



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS –
PPGENFBIO**

TESE

**GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM UM HOSPITAL EM BOA VISTA-RR:
TERRITÓRIO DAS DIMENSÕES SUBJETIVAS PARA A GERÊNCIA DE PESSOAL
NA ÁREA DA SAÚDE**

**Orientanda: Glória Maria Souto Maior Costa Lima
Orientadora: Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo**

BOA VISTA

2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS –
PPGENFBIO**

LINHA DE PESQUISA INSTITUCIONAL

“Motricidade humana e Cuidado: mecanismos e efeitos moleculares, celulares e fisiológicos do corpo em suas diversas experiências biológicas, históricas e ambientais.”

**GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM UM HOSPITAL EM BOA VISTA-RR:
TERRITÓRIO DAS DIMENSÕES SUBJETIVAS PARA A GERÊNCIA DE PESSOAL
NA ÁREA DA SAÚDE**

**Orientanda: Glória Maria Souto Maior Costa Lima
Orientadora: Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo**

BOA VISTA

2019

GLÓRIA MARIA SOUTO MAIOR COSTA LIMA

**GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM UM HOSPITAL EM BOA VISTA-RR:
TERRITÓRIO DAS DIMENSÕES SUBJETIVAS PARA A GERÊNCIA DE PESSOAL
NA ÁREA DA SAÚDE**

Tese submetida à avaliação da Banca de Defesa Final do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO), do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Dr^aNébia Maria Almeida de Figueiredo

BOA VISTA

2019

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

S732 SOUTO MAIOR COSTA LIMA, GLÓRIA MARIA
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM UM HOSPITAL EM BOA
VISTA-RR: TERRITÓRIO DAS DIMENSÕES SUBJETIVAS PARA A
GERÊNCIA DE PESSOAL NA ÁREA DA SAÚDE / GLÓRIA MARIA
SOUTO MAIOR COSTA LIMA. -- Rio de Janeiro, 2019.
172

Orientadora: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem e Biociências, 2019.

1. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS. 2. GESTÃO POR
PROCESSOS. 3. SUBJETIVIDADE. 4. SAÚDE E BEM-ESTAR.
5. PROMOÇÃO DE SAÚDE. I. Almeida de Figueiredo,
Nébia Maria , orient. II. Título.

GLÓRIA MARIA SOUTO MAIOR COSTA LIMA

**GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM UM HOSPITAL EM BOA VISTA-RR:
TERRITÓRIO DAS DIMENSÕES SUBJETIVAS PARA A GERÊNCIA DE PESSOAL
NA ÁREA DA SAÚDE**

Tese submetida à avaliação da Banca de Defesa Final do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO – Doutorado), do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Banca Examinadora

Prof.^a. Dr.^a. Nêbia Maria Almeida de Figueiredo
Presidente – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Silva Teresa Carvalho de Araújo
Primeira Examinadora – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr.^a. Maria Alberta García Jiménez
Segunda Examinadora – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva
Terceiro Examinador – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr.^a. Teresinha de Souza Agra Belmonte
Quarta Examinadora – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Suplentes

Prof.^a. Dr.^a. Iraci dos Santos
Primeira Suplente – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof.^a. Dr.^a. Joanir Pereira Passos
Segunda Suplente – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Boa Vista
2019

DEDICATÓRIA

Dedico essa Tese ao meu marido, Jadir Rodrigues Lima, e ao meu filho, Wilson Costa Lima, que, com muito amor, apoiaram-me nas horas mais difíceis e tiveram paciência nas viagens e ausências. Aos meus pais, Luiz Antônio Ribas Costa e Maria Consolata Souto Maior Costa, por sempre me apoiarem e não permitirem que eu desistisse.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida e por me dar saúde para a concretização desse sonho.

Agradeço ao meu marido e ao meu filho pela paciência e amor comigo, principalmente nos momentos mais difíceis.

Agradeço aos meus pais amados e aos meus irmãos pela força e pelo carinho durante essa caminhada.

Agradeço a minha querida orientadora, Dr^a. Nêbia Maria Almeida de Figueiredo, pelo carinho, atenção, paciência e confiança, mesmo com a longa distância, transmitindo-me seus vastos conhecimentos e me possibilitando alcançar os objetivos.

Agradeço à Universidade Estadual de Roraima e ao Magnífico Reitor Regys Odlare Lima de Freitas, por ter proporcionado esse Dinter através do convênio com a UNIRIO.

Agradeço aos professores do PPGENFBIO, principalmente os que não mediram esforços em vir até Roraima para ministrar suas aulas: Dr^a. Joanir Pereira Passos, Dr^a. Nêbia Maria Almeida de Figueiredo, Dr^a. Teresa Tonini, Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva e Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva.

Agradeço em especial à professora Dr^a. Joanir Pereira Passos, pelo carinho, amizade e força durante todo o processo, bem como aos professores Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva e Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva pela atenção e paciência.

Agradeço à amiga Land Mary, pela amizade, atenção e paciência comigo durante toda essa caminhada e, também, à amiga Iris Anita pelo apoio de sempre.

Agradeço as professoras do Colegiado de Administração e aos queridos acadêmicos do Curso de Administração pelo apoio e paciência nesse período.

Agradeço aos amigos pelas palavras de apoio e carinho.

Enfim, sem citar nomes, agradeço aos que, direta ou indiretamente, de alguma forma, contribuíram para este momento tão importante da Defesa da Tese.

A todos vocês... meu muito obrigada!

PERSEVERANÇA

*“Se na tua dura vida a felicidade
Parece estar em distante lugar,
Maior precisa ser a tua vontade
De persegui-la até a encontrar.*

*E nunca temas uma tempestade,
Não deixes nada te desanimar,
Quanto maior for a dificuldade,
Com mais empenho deves lutar.*

*Sigas em frente com humildade,
Buscando o próximo respeitar,
Propagues a justiça e a verdade
E assim farás o mundo melhorar.*

*Aos princípios tenhas fidelidade,
O amor e a fé podem tudo mudar,
O teu sonho se tornará realidade
Se nele não deixares de acreditar.”*

Dennys Távora

LIMA, Glória M.S.M.C. **Gestão de Recursos Humanos em um Hospital em Boa Vista-RR**: território das dimensões subjetivas para a gerência de pessoal na área da saúde. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

RESUMO

Introdução: A pesquisa busca destacar as estratégias da Gestão de Recursos Humanos junto aos profissionais de saúde de um hospital público em Boa Vista/RR, considerando ações preventivas à saúde e à manutenção da saúde. A preocupação com as pessoas da área da saúde também pode ser um negócio que produz outra riqueza, outro sujeito, uma consideração com o que é subjetivo; as pessoas são riquezas que se escondem, ou as esquecemos, e elas produzem novas riquezas. E, em se tratando de pessoas, este estudo gerou ideias sobre elas e sobre os locais onde trabalham. **Marco Teórico:** Este estudo está ancorado na Gestão de Recursos Humanos e nos processos de trabalho dos profissionais de saúde de um hospital em Boa Vista-RR. A empresa que motiva seus colaboradores pode ter em troca a fidelidade a ponto de se manter na empresa de maneira satisfatória (RIBAS, 2015). A área de gestão de pessoas é caracterizada, então, como um conjunto de políticas e práticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo (DUTRA, 2016). **Metodologia:** A pesquisa trata de um estudo descritivo, sustentado pelo método qualitativo, pois deu conta da investigação, parecendo ser o melhor caminho ou a melhor escolha, uma vez que se pretendeu abarcar diferentes fenômenos a partir do que os participantes falaram sobre a área de Recursos Humanos de um hospital público de Roraima. Para manter o rigor da pesquisa qualitativa, foi utilizado o referencial de Goldemberg (2004) na orientação da pesquisa. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011). O objetivo da análise é dar forma conveniente e representar, de outro modo, a informação por intermédio de procedimentos de transformação. **Resultados e Discussão dos Dados:** O Departamento de Recursos Humanos pouco faz por eles (por problemas diversos), sendo apenas um espaço para reclamar e resolver problemas, bem como de doenças (atestados e licenças) – é preciso, assim, pensar em reconfigurações do trabalho e pensar que existe uma ECOLOGIA de pensar este espaço a partir de suas práticas com e para pessoas. Procurar o DRH é saber que não tem cursos, não tem materiais, não possui ações de cuidado e as que tem não são realizadas pelo DRH, as quais, na maioria, são específicas da CCIH (Comissão de Controle de Infecções Hospitalares), sendo que os sintomas que interessam são: riscos na manipulação de equipamentos ou materiais; e, riscos no trabalho, pois para o DRH parece que as doenças e os acidentes são fundamentais. Os espaços estão doentes e os profissionais também, não havendo estratégias. **Conclusão:** O ambiente de trabalho dos profissionais de saúde – como o DRH é – estão doentes, não só para os que procuram, mas para quem trabalha neles. É um “lentamente” desencadeador de doenças, não físicas, mas emocionais e deve ser considerado pela Gestão de Recursos Humanos (Gestão de Recursos Humanos) e pelo Gestor Geral do Hospital como um espaço de risco.

Descritores: Gestão de Recursos Humanos, Subjetividade e Ações de saúde.

LIMA, Glória M.S.M.C. Management of Human Resources in a hospital in Boa Vista RR: Territory of the subjective dimensions for the management of personnel in the health area. 160 f. Thesis (Doctorate in Nursing and Biosciences). Center for Biological and Health Sciences. Graduate Program in Nursing and Biosciences, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

ABSTRACT

Introduction: The research seeks to highlight the strategies of Human Resources Management, together with the health professionals of a public hospital in Boa Vista / RR, considering preventive actions for health and health maintenance. Concern with the people of health can also be a business, which produces another wealth, another subject, a consideration of what is subjective. People are riches that hide, or we forget them, and they produce new riches. And in the case of people this study generated ideas about them and the places where they work. **Theoretical Framework:** This study is anchored in the Human Resources Management and in the work processes of the health professionals of a hospital in Boa Vista-RR. "The company that motivates its employees can have in return the loyalty to the point of staying in the company in a satisfactory way" (RIBAS, 2015). The area of people management is characterized as a set of policies and practices that allow the reconciliation of expectations between the organization and people so that both can carry them out over time (DUTRA, 2016). **Methodology:** The research deals with a descriptive study, supported by the qualitative method, because it gave an account of the research, seeming to be the best way or the best choice, since it was intended to cover different phenomena from what the participants talked about in the area of Human Resources of a public hospital in Roraima. To maintain the rigor of the qualitative research, Goldemberg (2004) was used, in the orientation of the research. For the data analysis, the Bardin (2011) content analysis was used. The purpose of the analysis is to conveniently shape and otherwise represent the information by means of transformation procedures. **Results and Discussion of Data:** HRD does little for them (for various problems) is just a space to complain and solve problems and diseases (certificates and licenses). You have to think about reconfigurations of work. To think that there is an ECOLOGY to think this space from its practices with and for people. Searching the DRH is knowing that there are no courses, no materials, no care actions and have them not performed by the HRD and most are specific to the CCIH (Hospital Infection Control Commission) and the symptoms that are of interest are: risks in the handling of equipment or materials; risks to work, because for HRD it seems that diseases and accidents are fundamental. Spaces are sick and professionals too and there are no strategies. **Conclusion:** The working environment of health professionals such as DRH is or is sick, not only for those seeking but for those who work in them. It is a "slowly" triggering disease, not physical but emotional and should be considered by RH (GRH) by the Hospital General Manager as a risk area.

Descriptors: Human Resource Management, Subjectivity and Health Actions.

LIMA, Glória M.S.M.C. Gestión de Recursos Humanos en un hospital en Boa Vista RR: Territorio de las dimensiones subjetivas para la gerencia de personal en el área de la salud. 160 f. Tesis (Doctorado en Enfermería y Biociencias). Centro de Ciencias Biológicas y de la Salud. Programa de Postgrado en Enfermería y Biociencias, Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2019.

RESUMO ESPANHOL

Introducción: La investigación busca destacar las estrategias de la Gestión de Recursos Humanos, junto a los profesionales de salud de un hospital público en Boa Vista/RR, considerando acciones preventivas para la salud y el mantenimiento de la salud. La preocupación con las personas del área de la salud, también puede ser un negocio, que produce otra riqueza, otro sujeto, una consideración con lo que es subjetivo. Las personas son riquezas que se esconden, o los olvidamos, y ellas, producen nuevas riquezas. Y, cuando se trata de personas este estudio ha generado ideas sobre ellas y sobre los lugares donde trabajan.

Marco Teórico: Este estudio está anclado en la Gestión de Recursos Humanos y en los procesos de trabajo de los profesionales de salud de un hospital en Boa Vista-RR. "La empresa que motiva a sus colaboradores puede tener a cambio la fidelidad hasta el punto de mantenerse en la empresa de manera satisfactoria" (RIBAS, 2015). El área de gestión de personas se caracteriza como un conjunto de políticas y prácticas que permiten la conciliación de expectativas entre la organización y las personas para que ambas puedan realizarlas a lo largo del tiempo (DUTRA, 2016). **Metodología:** La investigación trata de un estudio descriptivo, sustentado por el método cualitativo, pues dio cuenta de la investigación, pareciendo ser el mejor camino o la mejor elección, pues se pretendió abarcar diferentes fenómenos a partir de lo que los participantes hablaron sobre el área de Recursos Humanos de un hospital Público de Roraima. Para mantener el rigor de la investigación cualitativa, se utilizó Goldemberg (2004), en la orientación de la investigación. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido de Bardin (2011). El objetivo del análisis es dar forma conveniente y representa de otro modo la información, por intermedio de procedimientos de transformación. **Resultados y Discusión de los Datos:** el DRH poco hace por ellos (por problemas diversos) es sólo un espacio de reclamar y resolver problemas y de enfermedades (certificados y licencias). Es necesario pensar en reconfiguraciones del trabajo. Pensar que existe una ECOLOGÍA de pensar este espacio a partir de sus prácticas con y para las personas. Buscar el DRH es saber que no tiene cursos, no tiene materiales, no tiene acciones de cuidado y si las tiene no son realizadas por el DRH y en la mayoría son específicas del CCIH (comisión de control de infecciones hospitalarias) y los síntomas que interesan son: riesgos en la manipulación de equipos o materiales; riesgos en el trabajo, pues para el DRH parece que las enfermedades y los accidentes son fundamentales. Los espacios están enfermos y los profesionales también y no hay estrategias. **Conclusión:** El ambiente de trabajo de los profesionales de la salud como el DRH es o están enfermos, no sólo para los que buscan, sino para quienes trabajan en ellos. Es un "lentamente" desencadenante de enfermedades, no físicas, pero emocionales y debe ser considerado por la Gestión de RH (GRH) por el Gerente General del Hospital como un espacio de riesgo.

Descriptor: Gestión de Recursos Humanos, Subjetividad y Acciones de salud.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1	Cartografia das âncoras teóricas.....	24
Figura 2	O DRH e os Gestores: apropriada de caixa escura da comunicação.....	36
Figura 3	Hierarquia das necessidades de Maslow e Teoria de motivação-higiene de Herzberg.....	39
Figura 4	Cartografia do capítulo.....	50
Figura 5	Macro-Molecular.....	51
Figura 6	Micro e Macro-Molecular.....	51
Figura 7	Espaço.....	55
Figura 8	Foto do Hospital Geral de Roraima.....	62
Figura 9	Gestores da área de saúde.....	63
Figura 10	Analogia Guattari (2012).Estrutura Organizacional da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima – Unidades de Saúde.....	75
Figura 11	Imagem 1.....	98
Figura 12	DRH como um cérebro.....	104
Figura 13	DRH e os departamentos de saúde.....	109
Figura 14	O DRH como espaço.....	111
Figura 15	Os porquês do NÃO.....	129
Figura 16	Desafios objetivos e subjetivos.....	132
Figura 17	Estrutura do projeto.....	142
Gráfico 01	Licenças médicas do mês de julho de 2018.....	77
Gráfico 02	Licenças na área de enfermagem.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Tipos de necessidades.....	38
Quadro 02	Apresentação dos instrumentos de coletas de dados.....	64
Quadro 03	Questionário sóciodemográfico dos gerentes da área de saúde do hospital.....	67
Quadro 04	Questionário sóciodemográfico dos profissionais de saúde.....	67
Quadro 05	Espaço do trabalho.....	69
Quadro 06	Motivos para procurar o DRH.....	72
Quadro 07	Percentual por categoria.....	76
Quadro 08	Promoção da saúde promovida pelo DRH.....	81
Quadro 09	Unidades de Registro da palavra NÃO.....	81
Quadro 10	Unidades de registro da palavra SIM.....	82
Quadro 11	Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 1º Gestor-Gerente de Recursos Humanos.....	83
Quadro 12	Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 2º Gestor-Núcleo Saúde do Trabalhador.....	84
Quadro 13	Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 3º Gestor-Control de Infecção Hospitalar.....	84
Quadro 14	Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 4º Gestor-Enfermagem.....	85
Quadro 15	Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 5º Gestor-Assistente Social.....	86
Quadro 16	Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 6º Gestor-Nutrição.....	86
Quadro 17	Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 7º Gestor-Terapia e Suporte.....	87
Quadro 18	Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 8º Gestor-Médica.....	87
Quadro 19	Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 9º Gestor-Farmácia.....	88
Quadro 20	Promoção da saúde (Recursos Humanos) – 1º Gestor.....	89

Quadro 21	Promoção da Saúde (Núcleo Saúde do Trabalhador) – 2º Gestor.....	90
Quadro 22	Promoção da Saúde (Controle de Infecção Hospitalar) – 3º Gestor.....	91
Quadro 23	Promoção da Saúde (Enfermagem) – 4º Gestor.....	92
Quadro 24	Promoção da Saúde (Assistente Social) – 5º Gestor.....	93
Quadro 25	Promoção da Saúde (Nutrição) – 6º Gestor.....	94
Quadro 26	Promoção da Saúde (Terapia e Suporte) – 7º Gestor.....	95
Quadro 27	Promoção da Saúde (Médica) – 8º Gestor.....	96
Quadro 28	Promoção da Saúde (Farmácia) – 9º Gestor.....	96
Quadro 29	Síntese da análise de conteúdos.....	97
Quadro 30	Respostas dos profissionais sobre temas que dizem respeito ao RH e à promoção da saúde.....	100
Quadro 31	Respostas POSITIVAS sobre o AMBIENTE do DRH.....	100
Quadro 32	Respostas NEGATIVAS sobre o AMBIENTE do DRH.....	101
Quadro 33	Os motivos que os profissionais procuram o DRH e como são atendidos.	101
Quadro 34	Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.....	113
Quadro 35	Painel de respostas dos gerentes sobre princípios.....	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
DRH	Departamento de Recursos Humanos
GRH	Gestão de Recursos Humanos
RH	Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
NHB	Necessidade Humana Básica
QVT	Qualidade de vida no Trabalho

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Tema e Problema.....	16
1.2 Objeto e Pressupostos/Hipóteses.....	19
1.3 Questões Norteadoras.....	19
1.4 Objetivos.....	20
<i>1.4.1 Objetivo geral.....</i>	<i>20</i>
<i>1.4.2Objetivos específicos.....</i>	<i>20</i>
1.5 Justificativa e Relevância.....	20
1.6 A Tese.....	21
CAPÍTULO 2 – ÂNCORAS TEÓRICAS: A ERUDIÇÃO DA GESTÃO (TEORIA SISTÊMICA), DA GESTÃO DE PROCESSOS, DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E NA SUBJETIVIDADE NO CORPO, NO ESPAÇO E NO TRABALHO.....	22
2.1 Gestão de Processos.....	24
<i>2.1.1 Processos de Recursos Humanos.....</i>	<i>30</i>
2.2 Gestão de Recursos Humanos.....	32
<i>2.2.1 Gestão estratégica de pessoas.....</i>	<i>41</i>
<i>2.2.2 O absenteísmo e a gestão de pessoas.....</i>	<i>42</i>
<i>2.2.3 Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador.....</i>	<i>43</i>
<i>2.2.4 Bem-estar do trabalhador.....</i>	<i>46</i>
2.3 Subjetividade no Corpo, no Espaço e no Trabalho.....	49
CAPÍTULO 3 – O MÉTODO: ÂNCORAS METODOLÓGICAS.....	59
3.1 Desenho do Estudo – opção pelo método.....	59
<i>3.1.1 Análise de conteúdo e documental.....</i>	<i>60</i>
3.2 Local da Pesquisa.....	61
3.3 Participantes da Pesquisa.....	62
<i>3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....</i>	<i>62</i>
3.4 Aspectos Éticos.....	63
<i>3.4.1 Riscos e benefícios da pesquisa.....</i>	<i>63</i>
3.5 Os Momentos do Início do Trabalho.....	65

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS: A QUESTÃO DA OBJETIVIDADE E DA SUBJETIVIDADE NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	67
4.1 Dados Quantitativos – objetividade.....	67
4.2 Dados Qualitativos – a subjetividade em busca de categorizações.....	79
<i>4.2.1 Análise de conteúdo de 21 profissionais de saúde.....</i>	<i>80</i>
<i>4.2.2 Resultados das entrevistas com os profissionais de saúde.....</i>	<i>80</i>
<i>4.2.3 Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.....</i>	<i>83</i>
<i>4.2.4 Promoção da saúde pelo Departamento de Recursos Humanos.....</i>	<i>88</i>
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS.....	98
5.1 Considerações Introdutórias.....	98
5.2 Ambiente para a Saúde.....	100
5.3 Princípios: saber e fazer (segurança e saúde do trabalhador).....	113
5.4 Ações/Promoção de Saúde aos Profissionais de Saúde.....	119
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS EMN GEST(AÇÃO).....	131
CAPÍTULO 7 – PROGRAMAÇÃO (AGENDA) – PÓS-DOCTORADO.....	135
7.1 Considerações.....	135
7.2 A Agenda.....	135
CAPÍTULO 8 – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PESQUISA – ENSINO – EXTENSÃO.....	136
8.1 O Programa Proposto a ser Desenvolvido com a Universidade e Serviços.....	136
8.2 O que é o Projeto?.....	141
8.3 Objetivos.....	141
8.4 População Alvo.....	141
8.5 Estrutura Organizacional.....	142
REFERÊNCIAS.....	143
APÊNDICES E ANEXOS.....	153

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 Tema e Problema

Como gestora e professora de Recursos Humanos, e com dificuldade de “visualizar” processos como ferramentas utilizadas pelos recursos, vi-me tentada a investigá-los para saber se ocorrem conforme o que está cientificamente definido ou se encontraria os mesmos problemas em um espaço mais complexo, que é o hospital. Isso porque, é nesse espaço que estão os profissionais de saúde fazendo seus próprios processos de trabalhar a saúde dos outros sem se preocuparem ou saberem quem deveria cuidar deles. Como me encontro em uma Universidade, na qual ensinamos Gestão, Processos, Planejamento e Organização, entendo que poderia fazer uma conexão entre o ensino e a prática, com vistas a ampliar conhecimentos sobre o tema nesta área.

O termo gestão de recursos humanos foi escolhido pela pesquisadora, apesar de hoje existirem várias nomenclaturas para a área de recursos humanos, como: Gestão de Pessoas, Capital Intelectual, Capital Humano, dentre outras, mas o termo Gestão de Recursos Humanos não ficou em desuso, sendo ainda muito utilizado por profissionais e teóricos. Na pesquisa será utilizado o termo Gestão de Recursos Humanos em sua maioria, mas serão utilizados outros termos, citados por autores que embasam a pesquisa. Além disso, há de se considerar aspectos que atravessam o tema e a prática que, às vezes “metaforicamente”, “obstruem”, “enfartam” os processos se considerarmos as mudanças contínuas no mundo atual, as quais envolvem o próprio “SER” humano como potencial que gere processos, que precisa manter e montar uma ética, que deve definir sua filosofia de trabalho e considerar que é necessário e legal se preocupar com o adoecimento dos trabalhadores independentemente de suas áreas de ação. Ao pensar nos profissionais de saúde, considere a natureza de seus trabalhos que envolvem riscos diversos em seu cotidiano, quando encontram seus clientes.

O tema compreende que se preocupar com as pessoas da área da saúde também pode ser um negócio que produz outra riqueza, outro sujeito, uma consideração com o que é subjetivo; as pessoas são riquezas que se escondem, ou as esquecemos, e elas produzem novas riquezas. E, em se tratando de pessoas, parece-me que este estudo deve gerar ideias sobre elas e sobre os locais onde trabalham.

Segundo Sordi (2015), uma característica muito comum em diversas organizações é a estrutura organizacional concebida segundo o conceito de “silos funcionais”, que executam e gerenciam um conjunto de atividades bastante específicas e especializadas. Silo funcional é relacionado com os setores individuais de uma empresa, como compras, finanças, marketing, que ficam focados em suas atividades, preocupando-se com o sucesso individual e não com o da empresa como um todo.

De acordo com Arozo (2006), a quebra dos silos funcionais e a integração entre as diversas áreas das empresas, bem como a adoção de uma visão por processos, são assuntos há anos largamente divulgados e encorajados. Entretanto, mesmo com a adoção de sistemas integrados de gestão e de reestruturações organizacionais, a obtenção de resultados tangíveis e quantificáveis, através da integração interna, continua sendo um desafio para grande parte das empresas.

Quando tratamos sobre gestão, não podemos esquecer a fonte de origem, que envolve Frederick Taylor quando desenvolveu “*Princípios Gerais da Administração Científica*”, assim como os conceitos que classificou de eficiência, especialização e medições de processos. A partir desse estudo, surgiram as atitudes administrativas de medir o desempenho das atividades e de definir perfil e habilidades requeridas aos seus executores, culminando na especialização de atividades e de profissionais (SORDI, 2015).

Este estudo está ancorado na Gestão de Recursos Humanos e nos processos de trabalho dos profissionais de saúde de um hospital em Boa Vista-RR, uma vez que a empresa que motiva seus colaboradores pode ter em troca a fidelidade a ponto de se manter na empresa de maneira satisfatória (RIBAS, 2015). O que pode ser diferente, ter problemas diferentes e espaços diferentes são os profissionais de saúde deste estudo, que podem ter problemas iguais ou diferentes das pessoas da área administrativa, tratando de coisas mais subjetivas e qualitativas que os outros, porque também geram processos de administração de tratamentos de cuidados, de tecnologias e de processos de intervenção em outras pessoas – os clientes – que podem adoecer, ou estão adoecidas.

A gestão de pessoas é considerada a capacidade de gerir pessoas, a figura do gestor precisa ter habilidades para conduzir da melhor forma seus colaboradores. Portanto, um bom sistema de gestão de pessoas deve ter os objetivos bem traçados, para que as avaliações de eficiência e eficácia sejam corretas (FALCO, 2012).

Conforme Ribas (2015), a Gestão de Recursos Humanos visualiza as pessoas como recursos vivos e inteligentes que deixaram de ser vistos como apêndice da máquina administrativa para serem tratados como recurso fundamental para a consecução dos objetivos

da empresa. Esse modelo reconhece que o comportamento humano é o foco principal da gestão e articula-se em torno dos binômios, dos envolvimento, da motivação, da fidelidade, da estabilidade e da assistência – submissão. Partindo dessa ideia, percebe-se o quanto as equipes de trabalho têm a ganhar, bem como a própria empresa:

toda pessoa que trabalha espera ser reconhecida pelo que faz e se ela tem esse reconhecimento procura se envolver para suprir as necessidades do local em que presta serviço. Uma vez que a empresa motiva seus colaboradores ela pode ter em troca a fidelidade a ponto de se manterem na empresa de maneira satisfeita (RIBAS, 2015, p. 27).

Neste sentido, a área da saúde não foge à regra em termos destas necessidades. O impacto não é só financeiro que os recursos humanos provocam nos orçamentos da saúde, sendo prudente afirmar que eles não são os responsáveis pelos gastos, muito pelo contrário, gasta-se pouco se for melhorar as condições de trabalho dos diversos aparelhos de procedimentos que não passam por manutenção, do “ínfimo” dimensionamento de pessoal (principalmente na enfermagem, que é a maior força de trabalho na área de saúde e a segunda no Brasil e nos hospitais), que adoecem frequentemente por doenças diversas, especialmente pelas doenças musculoesqueléticas, o que me fez questionar quem cuida deles e por que não há uma preocupação neste aspecto. Assim, decidimos, então, investigar o que está relacionado ao desenvolvimento do capital humano e da aquisição de competências individuais da GRH quanto à promoção de saúde.

Para isso não basta um acréscimo de formação. Faz-se necessária uma mudança de atitude no sentido do desenvolvimento de Recursos Humanos com maior grau de responsabilização, orientado não apenas para o cumprimento de objetivos e índices de desempenho previamente negociados e ancorados na orientação estratégica da empresa, porém igualmente com uma crescente autonomia e liberdade de ação: condições indispensáveis para o desenvolvimento de atos criativos.

Além do mais, sabemos que não existe uma preocupação em propor, aos profissionais, aquisições de conhecimento e competência e, quando estas existem, as propostas são limitadas a estratégias equivocadas de gestão de recursos humanos face às realidades dos serviços e às demandas da população, redundando em estresse, infelicidade e baixa auto estima do trabalhador, aliados à assistência insuficiente e de qualidade muito questionável.

Por muito tempo, na prática e na teoria, tem sido dito que a Gestão de Recursos Humanos é responsável pelas pessoas que trabalham nas Instituições. No entanto, o que é feito como ação de cuidar, entendido como potencial humano desaparece no meio das

atividades administrativas de papéis, e a Gestão de Recursos Humanos (GRH) acaba controlando apenas as férias, as licenças, a folha de pagamento e as demais atividades burocráticas.

1.2 Objeto

OBJETO: Gestão de Recursos Humanos na promoção de saúde.

Este objeto trás algumas reflexões e afirmações que serão verificadas.

- a) Os profissionais de saúde do hospital sabem que o DRH tem como uma de suas estratégias programas ou ações que lhes interessam como manutenção da saúde ou prevenção de doenças;
- b) Os profissionais da área de saúde do hospital desconhecem os processos envolvidos no seguimento de Recursos Humanos de modo a utilizá-los inadequadamente na promoção de sua saúde;
- c) O DRH do hospital sabe que é de sua responsabilidade a manutenção de políticas e de atenção aos aspectos legais para evitar riscos à saúde de seus profissionais de saúde; e,
- d) O DRH não sabe dessas responsabilidades e como a gestão esta instituída, não dando conta dos interesses dos profissionais de saúde com o local de ação e intervenção.

1.3 Questões Norteadoras

As questões que norteiam o estudo são:

- Como a Gestão de Recursos Humanos pode contribuir com a saúde dos profissionais de saúde do Hospital, no processo de trabalho?
- Como a Gestão de Recursos Humanos do hospital vem atendendo os profissionais de saúde, quanto a prevenção de doenças e manutenção da saúde?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Contribuir com as estratégias da Gestão de Recursos Humanos, junto aos profissionais de saúde de um hospital público em Boa Vista/RR, considerando as ações preventivas à saúde e manutenção da saúde.

1.4.2 Objetivos específicos

- a) Identificar como a Gestão de Recursos Humanos trabalha as estratégias relacionadas a ações de saúde e bem-estar dos profissionais da área de saúde no trabalho;
- b) Analisar como acontecem as comunicações entre a Gestão de Recursos Humanos e os gestores da área de saúde de um hospital público em Boa Vista-RR; e,
- c) Propor um programa estratégico de mudanças que considere Saúde, Corpo e Espaço como diretrizes da Gestão de Recursos Humanos.

1.5 Justificativa e Relevância

A proposta deste estudo traz em si uma questão importante que deve ser investigada: como gestora de recursos humanos (de outra área), com um olhar para os profissionais de saúde dentro dos aspectos. Agora gestora, procuro saber sobre os resultados, bem como que eles dependem de menos tempo despendido e de menor custo no desenvolvimento dos processos, o que representa um estudo de grande relevância para a gestão do hospital e para os profissionais de saúde, e, no âmbito teórico, para futuras pesquisas nas áreas administrativas e de saúde.

Assim, destacamos as principais considerações relacionadas à justificativa:

- a) Mostrar para os gestores hospitalares que a GRH pode contribuir com a área da saúde, considerando outros aspectos para além do absenteísmo, em especial para o que acontece com os profissionais quando trabalham;
- b) Acreditar que a gestão de processos realizada em empresas comuns pode ser utilizada em uma empresa hospitalar, considerando-se os aspectos que envolvem quantidade, qualidade, racionalidade e subjetividade;
- c) Que os profissionais de saúde podem ser orientados nos processos de gestão de seus trabalhos, buscando melhorias nos processos relacionados aos cuidados prestados e aos aspectos ambientais, tecnológicos e políticas de recursos humanos; e,
- d) Que é necessário discutir e analisar com os profissionais de saúde sobre quais são as políticas de gestão instituídas para a área de saúde, para eles, para seus espaços e para os clientes que cuidam.

Finalmente, o estudo deverá levantar muitas questões a partir destas considerações, não só para as áreas específicas, mas para o ensino e a prática.

1.6 A Tese

A tese que se pretende defender é que a trabalhando as Políticas de Recursos Humanos as mesmas trazem aos profissionais da saúde uma maior qualidade de vida no trabalho e, com isso, melhorias no trabalho prestado, podendo diminuir, ainda mais, o sofrimento dos clientes e familiares, dando apoio e atenção, bem como trazendo alegria e dignidade a todos os envolvidos no processo de saúde. Com isso, a Gestão de Processos e de Recursos Humanos estará produzindo “RIQUEZAS” relacionadas aos serviços que presta (saúde), dignidade e reconhecimento para profissionais e clientes e “Marketing” positivo para o hospital.

Assim sendo, poderemos também contribuir com as transformações que podem ocorrer no hospital, uma vez que as dimensões subjetivas se tornam fundamentais nestes espaços, assim como a passagem de viver dentro do hospital, pois lidar com os seres humanos é um dos maiores desafios. E se considerarmos o DRH como um território de dimensões subjetivas, estamos ampliando nosso olhar para outras questões que envolvem tensões, objetividade e subjetividade, e esta tese está ancorada, no Capítulo 2 em produções teóricas e na elaboração dos dados que se encontram a seguir.

CAPÍTULO 2

ÂNCORAS TEÓRICAS – A ERUDIÇÃO DA GESTÃO (TEORIA SISTÊMICA), DA GESTÃO DE PROCESSOS, DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E NA SUBJETIVIDADE NO CORPO, NO ESPAÇO E NO TRABALHO

Vive-se, atualmente, em sociedades doentes do processo. Como afirma Ferro (1998), num olhar para a Europa entre 1840-1914: as distâncias diminuem, o mundo torna-se mais acanhado, as mudanças multiplicam-se, a unidade do hemisfério afirma-se. Neste mundo estranho em transformação, há atividades moleculares que desaparecem, as profissões nascem e morrem antes que passe uma geração, uma patente de invenção ou técnica de exploração expulsa tudo para morrer por sua vez. Há empresas que nascem, outras agonizam; acontece o mesmo em um grande número de lares – “sempre em nome da lei, do progresso ou da liberdade”. Não é diferente nos tempos de hoje, uma vez que, provavelmente, o progresso tem piorado mais a nossa saúde e o nosso ambiente, e feito os gestores darem reviravoltas para resolver suas questões.

A pesquisa é ancorada na abordagem sistêmica, uma teoria que não é recente, pois surgiu na metade do século XX, mas é tão atual e instigante para quem considera o sistema aberto. Assim, é a melhor saída para os tempos de agora, e não poderia ser de outra forma, já que seu autor Ludwig Von Bertalanffy a divulgou a partir de seus estudos de auto regulação dos sistemas orgânicos. Por isso, é uma teoria que se origina na própria vida por integrar “sistemas abertos” que interagem com o meio ambiente, incorporando alterações benéficas e neutralizando as maléficas (auto regulação regenerativa de sistemas) (SORDI, 2015).

A teoria sistêmica abriu, então, novas possibilidades de análise para o espaço das organizações. O autor considera o lado externo e passou a considerar a complexidade crescente das organizações, pois envolve pessoas/indivíduos, grupos e fatores ambientais, como a política, a economia e a biologia.

Os sistemas abertos, tal como as organizações, possuem como característica marcante um intercâmbio permanente com o ambiente, influenciando-o e sendo por ele influenciado. Uma característica particular das organizações em relação aos organismos é sua capacidade de estender seu ciclo de vida através de reorganizações estruturais (FERREIRA; REIS; PEREIRA, 1997).

A Teoria dos Sistemas possui dois principais conceitos: interdependência das partes e tratamento complexo da realidade complexa. Aliás, esse complexo da realidade complexa envolve discursos da era moderna que têm se preocupado em debater a abertura de fronteiras, de esquecer o reducionismo das coisas e do determinismo rígido que não pode reinar mais na esfera da análise (e da compreensão), da sociedade, das relações sociais e do comportamento humano (VEJA; PENA; NASCIMENTO, 1999).

A abordagem sistêmica procura entender, ainda, a gestão de pessoas a partir da interação entre os seus subsistemas, e destes com toda a organização, com o ambiente externo e com as pessoas. Essa abordagem nos ajuda a enxergar o papel da empresa na gestão e o movimento da empresa para a pessoa (DUTRA, 2016). Sordi (2015, p.5) amplia ainda mais a importância para os gestores, em que a organização autogerida, dentro do conceito de “auto-regulação regenerativa importada da TGS e incorporada à abordagem sistêmica de Administração, é o estágio ideal, por implementar um sistema auto-regulado cujo o funcionamento é, independente da substância concreta dos elementos que a formam”.

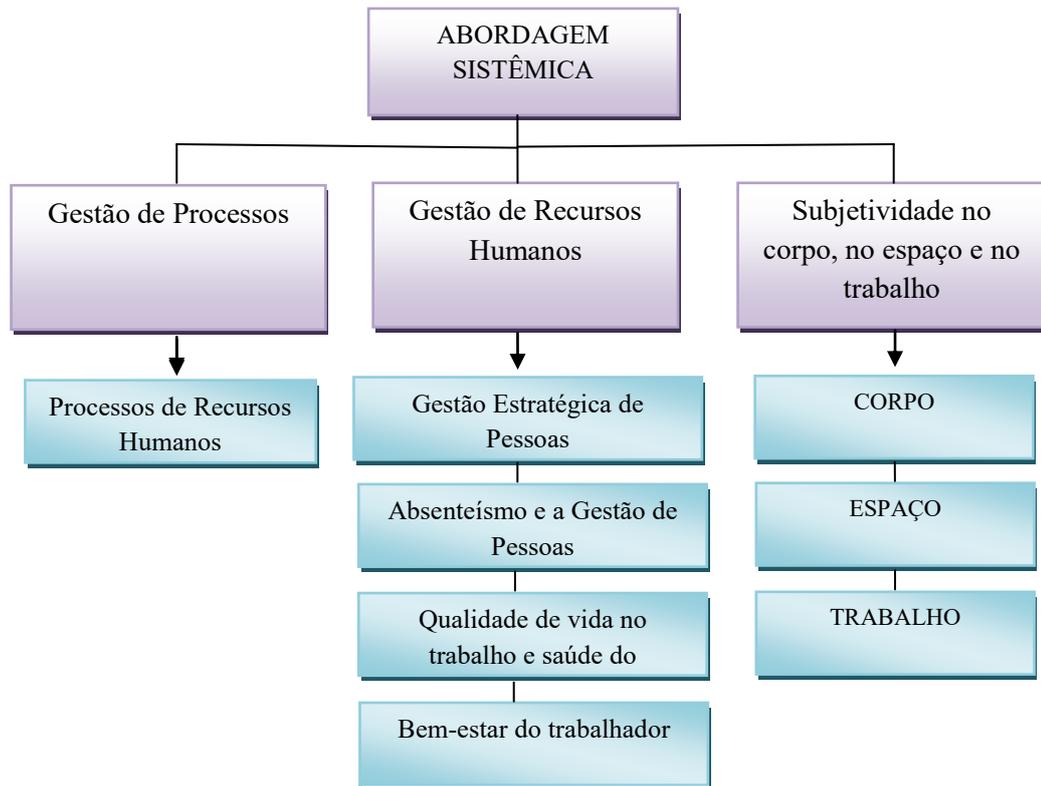
De acordo com Ferro (1998, p. 14), “há cinquenta anos a ONU criou a OMS (Organização Mundial de Saúde) tendo como objetivo a saúde, estado de bem-estar completo, físico, mental e social; e não apenas ausência de doenças e enfermidades”. Neste sentido, são âncoras que sustentam o estudo e serão ampliadas a seguir, mas que nos dão a exata noção de que a gestão de processos, na base do SUS (Sistema Único de Saúde), é uma política que deve dar conta das assistências primária, secundária e terciária em um Brasil que se encontra em caos, e que adoecer pessoas em todos os níveis e condições de vida.

Uma outra âncora para fundamentar o tema e os problemas aqui destacados na apresentação do estudo, trata do individualismo e, desse tempo, como a “ERA DO VAZIO”, como referido na apresentação do livro de Silva (2005), em que faz algumas reflexões que interessam a este estudo. De um modo geral, estamos no vazio ou no excesso? Vivemos um tempo extremo ou um novo e instável equilíbrio? Caminhamos no fio de navalha e cortamos os nós que nos prejudicam a um passado cheio de correntes e de moralismo? Entramos numa fase de descalabro ético ou, finalmente, estamos pondo os valores a serviço dos homens e não dos homens a serviço de uma moral de submissão (...) o que eles vão perguntar? Que exigem novos pontos de vista para que as respostas não se convertam em menos lamentos a respeito de uma idade de furo, crítica e improvável perda (SILVA, 2005).

Ele afirma, ainda, que a obra de Lipovetsky (2005) é uma nova abordagem e uma profusão de hipóteses altamente prospectivas das demais que carregam os conectores do saber, provocam choques, seduzem ou angustiam. Assim, as considerações deste capítulo de

conexão entre temas da atualidade e da gestão moderna, a respeito de questões relacionadas às pessoas e à saúde, nortearão a fundamentação teórica com os temas principais: Gestão de Processos, Gestão de Recursos Humanos e Subjetividade no corpo, no espaço e no trabalho.

Figura 01. Cartografia das âncoras teóricas.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

2.1 Gestão de Processos

O discurso macro de Gestão ligado a diversas funções dentro de uma empresa de produtos diversos, de negócios e de serviços, são dirigidos, comumente, às pessoas que produzem racionalmente riquezas, coisas que vendem coisas mensuráveis e possíveis de serem vistas – sempre tendo em mente, obrigatoriamente, a satisfação do cliente, que não é o hospital, mas os funcionários, que são os clientes do DRH (setor que desenvolve serviços para eles).

As atividades de gestão também compreendem questões de comunicação e de interação no trabalho, de pessoas e de áreas de produção, valorização do trabalho em equipe, cooperação e responsabilidade individual. Consoante Sordi (2015, p.20), “a gestão por processos atua principalmente na redução de interferências e de perdas de correntes de

interfaces entre organizações, áreas funcionais e níveis hierárquicos, de marketing, serviços de consultorias, softwares e demais recursos orientadores a processos de negociação”.

A Gestão de Processos, de acordo com Silva e Jardel (2014) implica na forma como o trabalho é realizado, corroborando para que haja o desenvolvimento do sincronismo entre os departamentos organizacionais. Assim, os departamentos podem trabalhar de forma mais integrada, o que também contribui para que ocorra a interação entre os mais diversos processos da organização.

A Gestão por Processos pode ser aplicada, então, a qualquer tipo de organização, não importando o seu porte, podendo ser pública ou privada, uma vez que o seu foco está alinhado à visão do cliente e à formação da sua cadeia de valores. “Através da gestão por processo é possível visualizar a criação de uma nova cultura, com vistas a uma inovadora forma de visualizar e gerenciar uma organização” (SILVA; JORGE, 2014, p. 15).

Processo pode ser definido como um conjunto de atividades inter-relacionadas na realização de um trabalho visando atender necessidades específicas. À medida que a organização vai se estruturando, passa a criar sua própria história, com tradições, identidade e padrões de comportamentos exclusivos de quem deseja ir mais além. E, assim, na intenção de galgar seus objetivos, tenta se organizar e administrar por meio de processos e outras ferramentas que possibilitem materializar suas próprias ações (SOUZA, 2016).

Para Davenport (1994), o processo pode ser considerado como um conjunto de rotinas ordenadas de forma específica, no tempo e espaço, que possua começo (*inputs*) e fim (*outputs*) e que precisam estar literalmente identificados para facilitar a sua execução. No entendimento de Ribeiro (2013), ter foco no cliente, seja este interno ou externo, é a melhor forma de entender o processo, haja vista que é nos clientes que os processos têm início, meio e o fim. Ainda, no entendimento de Pereira e Pacheco (2018), as pessoas estão associadas ao processo e a evolução dessas atividades com resultados positivos e está diretamente relacionada à maneira como as pessoas irão conduzir o processo.

Tentando fazer uma conexão entre o que é Gestão de Empresas, considerando-se o hospital como uma delas, e que apesar de seus clientes serem também donos de empresas e fazerem negócios, vendem produtos e equipamentos para cuidar de clientes, o interesse final também envolve ou deve envolver seus trabalhadores, que, neste estudo, são os da saúde, pois vendem serviços, criam tecnologias e produzem conhecimentos.

Os gestores mais modernos sabem que a fonte teórica do que fazem é baseada na Teoria Geral dos Sistemas, a qual envolve discursos e práticas abertas como furos para a

oxigenação, a fim de interagir (como sistema orgânico) com o ambiente e as pessoas, bem como com as empresas.

Numa época em que a “biologia molecular” é a bola da vez da(s) ciência(s), que tem (êm) usado seus princípios, o desenho de célula para pensar empresas e processos casa muito bem com o que se fala como sistemas que não reduzem ações e saberes para pensar/fazer relações entre partes, entre processos, assim como para criar conexões quantitativas-qualitativas. Desta forma, não é tão “inseguro” falar da abordagem sistêmica na “Gestão” das organizações, como o hospital e, por isso, alguns conceitos são assumidos nesta tese e dizem respeito a:

- a) SISTEMA – “é um conjunto de elementos inter conectados cuja transformação em uma de suas partes influencia todas as demais. Significa combinar, ajustar, formar um conjunto, afirmar-se que há uma relação de causa-efeito entre as partes que compõem um todo (sistema)” (SORDI, 2015, p. 5);
- b) GESTÃO – o termo designa a abordagem administrativa, conduzindo a Gestão por Processos ou a abordagem sistêmica para a gestão das organizações. Assumi, então, o termo Processo de Negócio, que são processos tangíveis, como os realizados nas linhas de produção, em que se pode verificar um trabalho sendo executado por meio de diferentes atividades sequenciais que corroboram para a composição do produto final. O processo de negócio, assim como o processo produtivo, é composto por diversas etapas de produção ou atividades a serem executadas (SORDI, 2015);
- c) PESSOAS – historicamente, as pessoas vêm sendo encaradas pela organização como um insumo, ou seja, como um recurso a ser administrado. Apesar das grandes transformações na organização da produção, os conceitos sobre gestão de pessoas e sua transformação em práticas gerenciais têm, ainda, como principal fio condutor o controle sobre as pessoas (DUTRA, 2016). “A gestão de pessoas consiste num conjunto de políticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo” (DUTRA, 2016, p. 17); e,
- d) PRODUTOS – de maneira geral, desenvolver produtos consiste em um conjunto de atividades por meio das quais se busca, a partir das necessidades do mercado, possibilidades e restrições tecnológicas, e, considerando as estratégias competitivas de uma empresa, deve-se chegar às especificações de um produto e de seu processo de produção (KAHN; BARCZAK; MOSS, 2006). Por situar-se na interface entre empresa e mercado, as atividades de desenvolvimento de produtos podem ser

consideradas um dos principais processos de uma empresa e, para ser bem-sucedido, faz-se relevante que as empresas empreguem boas práticas de gestão para conduzi-los (ERNST, 2002; KAHN; BARCZAK; MOSS, 2006).

Essas definições aqui escolhidas se aproximam e podem ser adaptadas ao estudo porque tratam de Gestão de Recursos Humanos em seu processo de trabalhar na empresa hospitalar que também administra, tem processos, adquire produtos, e o pessoal produz riquezas visíveis e invisíveis, como afirma Toffler (1985) no que ele chama de “Riqueza Revolucionária”, e que muito dos “ditos” se encaixam nesta ancoragem. Referindo-se a essa questão, podemos nos reportar aos profissionais de saúde, o que eles fazem? É importante compreendermos que a riqueza não é produzida e gerada apenas nos campos, fábricas, escritórios e/ou por meio de máquinas modernas. A riqueza revolucionária que nos referimos não está relacionada apenas a dinheiro e a ganhos que possam ser traduzidos em termos monetários e financeiros, pois ela é muito mais abrangente que isso, devendo interessar aos gestores muita produção e muito dinheiro, eficiência no trabalho e qualidade no produto, ficando de fora o conhecimento de viver a vida com qualidade, de estar feliz com o que se faz – muitas vezes ganhando pouco, mas que merecia mais. Nessa relação trabalho X custos X dinheiro na saúde, e em que o cuidar é um problema nos dias atuais, devíamos, do mesmo modo, ter cuidado e produto que se ofertam, custam dinheiro e produzem poder (TOFFLER, 1985).

O autor ainda afirma que, em todas as partes do mundo, a importância do conhecimento para a criação de riquezas é cada dia melhor e está prestes a atingir um nível mais relevante. Como resultado, todos nós ricos e pobres de alguma forma viveremos e trabalharemos como riqueza revolucionária e com as consequências do que acontece no mundo a nossa volta (TOFFER, 1985).

O que ele nos diz, absorvendo para o nosso projeto de Gestão de Pessoas na área de saúde, é que o interessante da GRH é a contribuição da área de negócios para a Instituição de Saúde. Neste sentido, faz-se importante acreditar que a Gestão de Processo de Negócios, através de seus Departamentos de Recursos Humanos (DRH), pode contribuir com os negócios da saúde e cuidar dos seus profissionais da saúde, sendo uma mudança significativa de pensar e de fazer. Podemos acreditar, também, que existe uma desatenção para com eles como sujeitos de nossa atenção e como gestores e, assim, mudamos, então, o foco do negócio/produto/dinheiro para pensar riqueza como saúde e conhecimento – no mínimo, é desafiador e também possível pensar assim. Por outro lado, os profissionais de saúde parecem

pouco se preocupar com isso, principalmente nos hospitais públicos, bem como não pensam que sua vida vale dinheiro, que o que produzem custa dinheiro e que os clientes custam dinheiro.

Pelo menos, acreditamos que este estudo tem, em parte, uma revolução teórica que se exercita na prática como um movimento de intervenção, um outro agenciamento da área da Gestão de Negócios para a área da saúde, com a preocupação centrada nas pessoas da área da saúde. Agenciamento é entendido por Deleuze (2004, p.20), em seu uso mais amplo, como remetendo

remete a Instituições muito fortemente territorializadas como agenciamento judiciário,conjugal, familiar, etc, o agenciamento comporta dois seguimentos: um de conteúdo, outro de expressão. Todo agenciamento é maquínico de corpos, de ações de paixões; são corpos reagindo um com os outros, este é o agenciamento de conteúdo. O outro agenciamento de expressão é de corpos coletivos, de atos e enunciados, transformações incorpóreas atribuindo-se aos corpos. Cada indivíduo lida com grandes agenciamentos sociais, que tem códigos específicos que funcionam como Molares por um lado e quando depende de agenciamentos locais, funcionam como Moleculares.

Estes estão fundamentados em muitos teóricos, como outros que vimos como subjetividade, que é da própria orientação do PPGENFBIO. O termo Molares envolve Molar e o Molecular, termos usados não só por Deleuze (2004), mas principalmente por Guattari (1996), quando começa dizendo que prefere o termo subjetivação, e não ideologia, como produtora de subjetividade.

O sujeito (estamos falando de gestores e funcionários), segundo toda uma tradição da filosofia e das ciências humanas, é algo de um domínio de não suportar natureza humana. A sugestão de Guattari é de que máquina química, que é fabricada, modelada, recebida e consumida pelas pessoas, as máquinas de produção de subjetividades variam. Em sistemas tradicionais, a subjetividade é fabricada por máquinas (sujeitos biológicos e localizados num espaço) territorializadas, na escola de uma etnia, uma corporação profissional (profissionais da saúde), de uma casta. Se pensar no sistema capitalístico, a produção é industrial e se dá em escala internacional; assim, ele nos dá um exemplo para a nossa maior compreensão: se uma fábrica de leite em forma de leite condensado, com todas as moléculas que lhes vão ser acrescentadas, injetasse representações das mães nas crianças como parte de um processo de produção subjetiva, seriam requeridos muitos pais, mães, Édipo e triangulações para recompor uma estrutura de família.

Afinal, o que seria essa subjetividade que estamos incluindo na gestão de Recursos Humanos? Como esclarecem Guattari e Rolnik (1996), a subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Os processos de subjetivação, de otimização, ou seja, a produção de sentido, de eficiência semiótica, são centrados em agentes individuais no funcionamento de instâncias ultra psíquicas, micro sociais e em agentes grupais. Esses processos são duplamente centrados e implicam no funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza econômica, social, tecnológica, icônica, ecológica, etnológica, de mídia, enfim, não são mais imediatamente antropológicas, quanto de natureza infra-humano, infra psíquico, infra pessoal (sistema de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagens, de valor, de modos de memorização e de produção eólica, de imbrico e de automatismo, de sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos, etc.).

Toda a questão está em elucidar como os agenciamentos de enunciações reais podem colocar em conexão as diferentes instâncias. O indivíduo, para Guattari e Rolnik (1996), é dissociado de subjetividade, porque ele é o resultado de uma produção: ele generalizado, registrado, modelado e a subjetividade não é passível de totalizações ou de centralização no indivíduo? Assim, uma coisa é a individualização do corpo e outra é a multiplicidade de agenciamentos de subjetivação: a subjetividade é, essencialmente, fabricada e modelada no registro social.

Quando tratamos de uma instituição envolvida neste processo de subjetivação, falamos do hospital que é espaço Molar e Molecular de agenciamentos diversos que são feitos verticais ou horizontais, dependendo de sua política, filosofia e estrutura física, que nem sempre sua produção é de riqueza, economia – a riqueza produzida no hospital pode ser de conhecimento através de pesquisa, de formação de novos profissionais e de oferecimento de serviços de saúde, embora saibamos que tudo tem um custo.

Conforme Guattari e Rolnik (1996), as expressões Molar e Molecular são consequentes de seus estudos em farmácia, em que ele utilizou para pensar a questão micropolítica das formações do desejo no campo social e de como os dois se cruzam: o molar é o nível das diferenças sociais mais amplas com o molecular que envolveu as lutas sociais e, este, segundo o autor, diz respeito a todos os níveis: infra pessoais (o que está em jogo é o sonho e a criação); pessoais (as relações de autodomação, aquilo que os psicanalistas chamam de super ego); e, interpessoais (as intervenções de novas formas de sociabilidade na vida doméstica, amorosa, profissional e na relação com a vizinhança, com a escola, etc.).

Como gestores querendo contribuir com Recursos Humanos na área da saúde, não podemos esquecer tanto o aspecto do humano que é a própria empresa, e como nos apropriar para saber o que cobrar deles. Toffler (2007, p.10) chama a produção de:

riqueza extraordinária e a defende explicando: as grandes quedas dos mercados de ações, de novas tecnologias e mesmo guerras e disputas entre nações não são nada se comparadas à verdadeira dimensão da revolução que vivenciamos – mudança revolucionária como um acontecimento de importância similar, porém mais abrangente, sendo a revolução industrial – evento em que milhares de pequenas mudanças somaram-se para criar um novo sistema econômico que resultou na forma de vida da civilização e que chamamos de modernidade.

Toda instituição tem, portanto, “pequenos guetos institucionais” para mudar e orientar as pessoas que estão no meio e na base dos processos que a área da saúde sabe que existem e faz, sempre focando o cliente como a pessoa principal, na tentativa de criar, diminuir o tempo de internação e retornos, sem nunca mensurar e lembrar do quanto os profissionais de saúde fazem, trabalham, adoecem.

2.1.1 Processos de Recursos Humanos

As organizações têm buscado um diferencial nos processos relacionados às pessoas, uma vez que são as pessoas que transformam o planejamento em realidade, nas operações e nos processos do dia-a-dia. As modernas práticas de gestão de pessoas exigem certos processos que guardam algumas semelhanças entre o que é praticado na iniciativa privada e o que é transferido ao serviço público. Esses processos podem ser encarados como etapas para o funcionamento da organização, sendo elas: descrição e formatação dos cargos; recrutamento e seleção; administração de cargos e salários; gestão de benefícios e incentivos; avaliação de desempenho; treinamento para o desenvolvimento pessoal e organizacional; e, segurança e qualidade de vida no trabalho (TORRES, 2012).

O planejamento de recursos humanos é o processo de prever e tomar medidas para a movimentação de pessoas, dentro e fora da organização, e visa ajudar os gerentes a alocar pessoas da forma mais eficaz e produtiva, onde e quando for necessário, para que as metas e os objetivos da empresa sejam atingidos (BARBIERI, 2016). O planejamento do quadro de pessoas é uma peça fundamental para a gestão da movimentação, sendo imprescindível para a organização quanto a clareza sobre a sua necessidade de pessoas ao longo do tempo, tanto em termos quantitativos quanto em termos qualitativos (DUTRA, 2016).

Nesse planejamento de pessoas está o processo de captação (recrutamento) e de seleção de talentos, que é a busca de talentos humanos no mercado de trabalho. O recrutamento de pessoal é uma atividade de responsabilidade dos Recursos Humanos, o qual tem por finalidade a captação de recursos humanos, interna e externamente, à organização, objetivando municiar o subsistema de seleção de pessoal em seu entendimento aos clientes internos da empresa (MARRAS, 2016).

Outro processo fundamental de recursos humanos é o treinamento e o desenvolvimento, que, de acordo com Barbieri (2016), decorre do fato da necessidade das pessoas se atualizarem, buscarem mais conhecimento, bem como das instituições estarem inseridas numa sociedade da informação e do conhecimento, e numa economia global que está em contínua mudança. A competição e a competitividade sempre estão presentes nas tomadas de decisões, na estratégia e na gestão das organizações, o que demanda aperfeiçoamento contínuo dos gerentes.

Treinamento é um processo de assimilação cultural de curto prazo, cujo objetivo é repassar ou reciclar conhecimentos, habilidades ou atitudes (CHA) relacionados diretamente à execução de tarefas ou a sua otimização no trabalho (MARRAS, 2016). Todo treinamento e toda educação continuada devem levar em consideração o indivíduo e o grupo, e todo esse esforço de preparar e desenvolver pessoas deve focar, também, o segmento de negócios da empresa e a capacidade de aprendizagem do aluno. Ou seja, treinamento e educação devem ser customizados e adaptados às necessidades da empresa e do colaborador (BARBIERI, 2016).

A avaliação de desempenho e o plano de cargos e salários são processos da gestão de pessoas que proporcionam segurança aos funcionários. Conforme Marras (2016) a avaliação de desempenho é o instrumento gerencial que permite ao administrador mensurar os resultados obtidos por um empregado ou por um grupo, em período e área específicos (conhecimentos, metas, habilidades, etc.).

A atividade de cargos cuida da análise e da avaliação de cargos, considerando os critérios já estabelecidos a cada cargo e em relação aos demais, observando as responsabilidades e as limitações para o seu desempenho (ARAÚJO; GARCIA, 2014).

O estudo de cargos e salários é um instrumento que permite à empresa a administração de seus recursos humanos na contratação, movimentações horizontais (méritos) e verticais (promoções) de seus profissionais e retenção dos talentos da empresa. O processo de cargos e salários permite a ascensão profissional dos colaboradores de acordo com as suas aptidões e

desempenhos: assim como subsidiará o desenvolvimento do plano de carreiras (ARAÚJO; GARCIA, 2014, p. 49).

A Gestão de Pessoas, através de seus processos, deve tornar a relação entre indivíduo e organização a mais produtiva e a menos conflituosa possível.

2.2 Gestão de Recursos Humanos

A área de gestão de pessoas é caracterizada como um conjunto de políticas e práticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas, para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo (DUTRA, 2016). De acordo com Gil (2016), a Gestão de Pessoas é uma função gerencial que visa a cooperação das pessoas que atuam nas organizações para o alcance dos objetivos, tanto organizacionais quanto individuais.

Numa evolução histórica, a Gestão de Pessoas é uma atividade cujas origens podem ser identificadas num passado bastante remoto. Quando algumas pessoas começaram a empregar outras para a realização de determinadas tarefas mediante algum tipo de pagamento, iniciou-se, a rigor, a Gestão de Pessoas, assumindo formas diferenciadas ao longo da história, já que as relações que as pessoas estabeleceram no processo de trabalho variaram significativamente em função das revoluções tecnológicas e sociais.

As organizações e a Gestão de Pessoas passam por transformações em todo mundo, as quais vêm sendo motivadas pelo surgimento de um novo contrato psicológico entre as pessoas e a organização. O contrato psicológico é um contrato tácito, ou seja, ele está presente independentemente de estar formalizado ou de as partes terem consciência dele. O contrato psicológico entre as pessoas e a organização está presente e define, então, as expectativas na relação entre ambas (DUTRA, 2016).

Esse novo contrato psicológico é influenciado por alterações importantes nas expectativas das pessoas em relação à organização. A partir de um ambiente mais competitivo, as pessoas percebem rapidamente que sua mobilidade, tanto no interior da organização quanto no mercado, está atrelada ao seu contínuo desenvolvimento, e passam a demandar das organizações a criação de condições objetivas e concretas para o seu desenvolvimento contínuo, passando a assumir investimentos em seu desenvolvimento e mudando valores na relação com as organizações (DUTRA, 2016).

Segundo Armstrong (2009), a Gestão de Pessoas deve ser coerente com os mais primordiais valores da organização, a partir da qual os trabalhos individuais e coletivos dos colaboradores contribuem para o alcance dos objetivos organizacionais. Além disso, o autor

destaca as principais características da Gestão de Pessoas (GP), quais sejam: a estratégia com ênfase na integração, o foco no empreendimento e nos valores do negócio, e a base na crença de que as pessoas devem ser tratadas como recursos valiosos para a organização (capital humano). Boxall, Purcell e Wright (2007), por sua vez, entendem que o maior desafio da teoria e da metodologia de GP é se inserirem nos mais diversos tipos de interações – disciplinares e organizacionais – e, ao mesmo tempo, oferecerem efetivo suporte aos colaboradores dentro das organizações.

A Gestão de Pessoas também não deve ter papel tradicional de suporte, mas, sim, constituir com a competência essencial no alcance dos objetivos e resultados organizacionais e individuais, uma vez que os recursos humanos são valiosos e constituem uma fonte de vantagem competitiva. Sobretudo, as políticas e as práticas de Gestão de Pessoas precisam contribuir para um maior bem-estar dos membros organizacionais, permitindo-lhes uma maior realização pessoal e profissional; na verdade, este deveria ser o primeiro objetivo de qualquer organização (DEMO, 2010).

Conforme Knapik (2008), a área de gestão de pessoas necessita conhecer bem a organização, seu ambiente de trabalho, suas crenças, seus valores, o clima de trabalho e a cultura empresarial, para que possa gerenciar seus talentos e criar uma relação de ganha-ganha entre empresa e funcionários. Por isso, serão destacadas, nesse trabalho, as principais funções da área de gestão de pessoas, bem como sua importância na organização e na visão da análise cultural.

O modelo de gestão de pessoas proposto por Dutra (2016) ressalta o papel das pessoas, da organização, dos processos de gestão de pessoas, das bases estruturais e dos processos de apoio. Como papel das pessoas, cabe a gestão de seu desenvolvimento, de sua competitividade profissional e de sua carreira. Quanto à empresa, possui como função criar o espaço, estimular o desenvolvimento e oferecer suporte, bem como as condições para uma relação de crescimento mútuo, não baseados em processos e ferramentas, mas por meio de comprometimentos da empresa com as pessoas por meio do respeito à individualidade, da satisfação das pessoas, das propostas transparentes de intenções, entre outros itens.

Ainda, Dutra afirma que os processos de gestão de pessoas compreendem: as práticas de captação, internalização, transferências, promoções e recolocação; de desenvolvimento através de capacitação, carreira e verificação de desempenho; e, por fim, a categoria de valorização, realizada pelas práticas de remuneração, premiação, serviços e facilidades. Chamam-se de bases estruturais o conjunto de compromissos mútuos estabelecidos entre as pessoas e a empresa, traduzidos em políticas e práticas, clima, dinâmicas, saúde, segurança,

ergonomia e participação nos processos decisórios. Por último, encontram-se os processos de apoio que compreendem interações não ligadas unicamente à gestão de pessoas, mas são fundamentais, uma vez que consistem em informações, comunicação, relações sindicais e com a comunidade.

Depois de descrever, de modo mais amplo e geral, sobre Gestão nesta âncora como se estivéssemos rastreando aspectos, agora adentro ao Hospital para poder nos transportar como Gestores para o setor de Recursos Humanos e trazer as pessoas que trabalham neste espaço – local de prática e de saberes que é fixo e fluxo, como afirma Santos (1999), para atender os profissionais de saúde.

Olhar ou pensar assim sobre os recursos humanos é criar (neste estudo) um outro modo de pensar a Gestão do Hospital como empresa de saúde, o que nos obriga a pensar na pessoa – individual – e nas pessoas – coletivo. Os profissionais da saúde têm direitos como todos os outros, mas é imprescindível considerar os locais de trabalho daqueles que trabalham no DRH e dos que estão nos espaços do Hospital cuidando de doentes e doenças, sob riscos de trabalho que intervêm em suas saúdes, como: físicos, químicos, biológicos e emocionais, relações humanas e o próprio meio ambiente.

Normalmente, trabalham em espaços de risco, em ambiente arriscado, com condições de trabalho inadequadas e submetidos a ruídos, iluminação, arejamento, higiene dos espaços que podem provocar riscos: neste momento, pensamos na Gestão de risco na saúde. Esta postura envolve o Departamento de Recursos Humanos, e entender não é só pensar em recursos humanos, mas estar atento aos direitos de todos aqueles que se envolvem em cargos sociais e deveres, da autonomia de cada um que, muitas vezes, é submetida a uma gestão autoritária, perseguidora, dominadora e verticalizada em que os profissionais não têm auto dominação sobre nada.

Quando nos reportamos e pensamos na Gestão de Direitos Humanos (DRH) dos profissionais de saúde falamos a partir do que Santos (2014, p. 10) acredita:

estão a anunciar um novo modelo que reside num valor performático, e não no seu conteúdo real. De fato a promessa de uma posição de autonomia é duplamente traiçoeira. A primeira, porque ninguém na sociedade depende dele ou dela própria a não ser para tarefas elementares a nós mesmos, neste caso é duvidoso. Segundo, porque, não existe autonomia sem condições de autonomia.

Para ser gestor de recursos humanos, principalmente os da área da saúde, deve-se repensar as políticas para eles como de direitos, considerando a individualidade de cada um –

o que parece um desafio a ser realizado – e um “profundo” conhecimento de que direitos humanos devem ser considerados pelo gestor do DRH. Aqui temos pensado se ele sabe o que é trabalho em saúde, bem como que elementos e tensões estão no processo de trabalho.

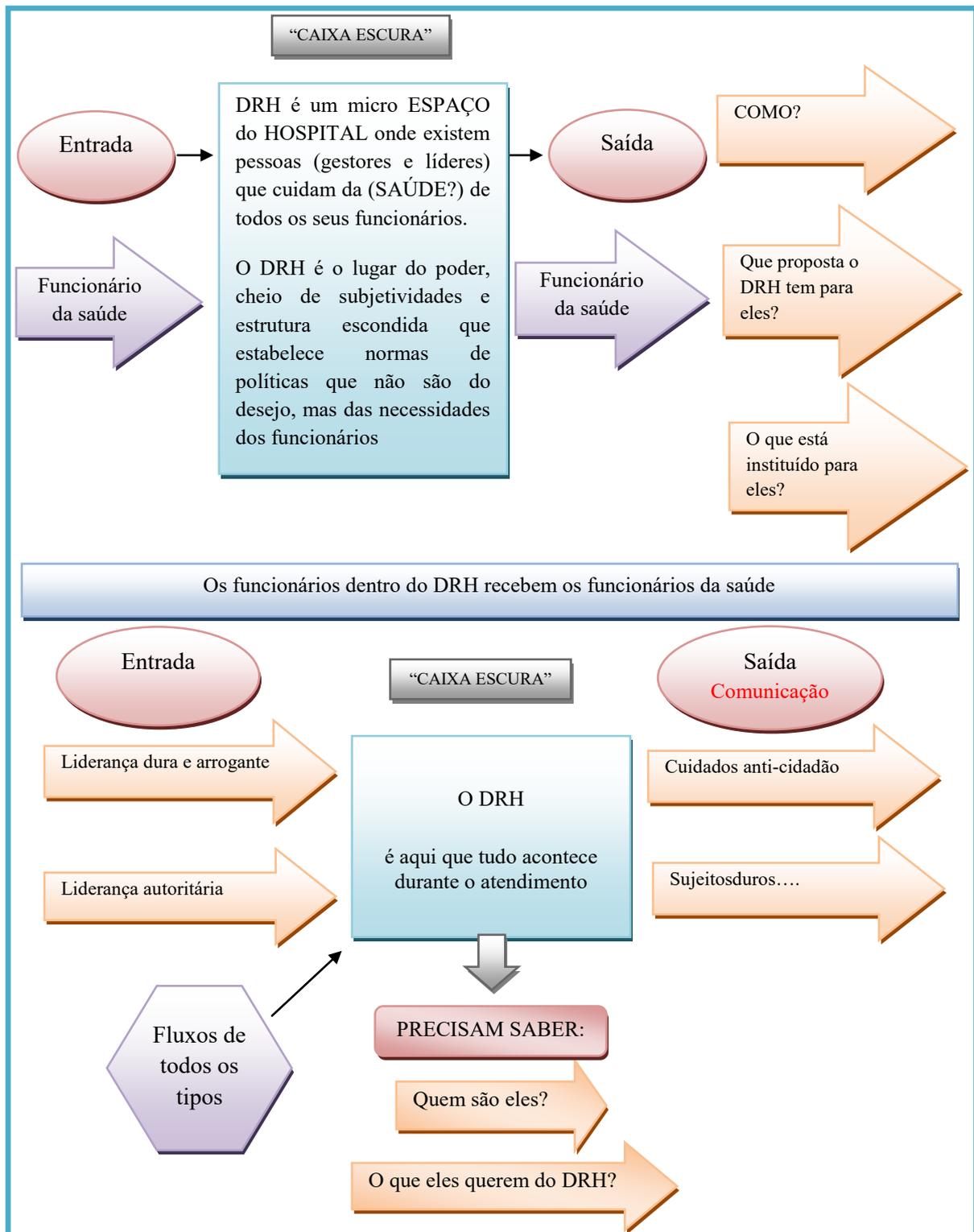
Parece-nos fundamental acreditar que o DRH, além de normas técnicas fechadas, possa ser mais flexível, e quando estiver exercendo suas funções de rastrear, admitir e treinar pessoal, possa, também, manter estas técnicas, treinamentos e educação continuada que envolvam direitos e cidadania como políticas positivas e como direitos sociais. Quanto a isso, Santos (2014, p. 23) afirma:

o Estado garante direitos sociais, em especial os direitos econômicos e sociais (falando de um macro-território, sabemos que o Hospital é um micro, nos quais os trabalhadores de saúde são representantes do Estado e cuidam de seu posto), a comunidade dos cidadãos dilui-se do ponto de se tornar indistinguível da comunidade humana (...), e nós gestores de recursos humanos precisamos estar atentos a todos, devemos ter propostas de cuidados para com eles. Arendt (1951) diz: “aos direitos de cidadania sobre os direitos humanos, antes pobre de significado, desliza para o vazio normativo”.

Aliás, “VAZIO” é o tema deste século, pois Silva, na apresentação do livro de Lipovetsky (2005) sobre a “Era do vazio”, pergunta: Estamos vazios ou no excesso? Estamos na época pós-moralista, o fim de uma época de valorização do sacrifício e de condenação do prazer, como se vivêssemos a época de uma ética a La Carte (...); era de tempo de excessos, do efêmero, o imaginário flui, refluir não cabe mais nas medidas rígidas (...); tudo se move, tudo muda, tudo é fluxo. A modernidade escorre para a pós-modernidade; é um tempo em que o excesso e o vazio enfrentam-se num combate que gera autonomia, novas liberdades e produz também como não poderia deixar de ser novos problemas, novas angústias e novas expectativas.

Neste sentido, a imagem adaptada por nós pode objetivar a ideia que temos do DRH para pensar de onde falamos e quem somos como gestores, uma vez que o DRH pode ser comparado a uma caixa escura de comunicação (uma caixa de ressonância do que entra e sai).

Figura 02. O DRH e os Gestores: apropriada de caixa escura da comunicação.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Como os funcionários da saúde são atendidos no DRH, é parte de nossa tese que se ancora em comunicação, nos processos e nas políticas que são estabelecidos e circulam dentro do DRH, isto é, saber como eles são considerados quando se encontram com os funcionários do DRH. O pressuposto é de que eles são atendidos como sujeitos históricos, políticos,

autônomos e únicos como seres humanos e, considerando o tempo de agora, são sujeitos de uma outra comunicação, que se dilui e some diante das tecnologias digitais, dando lugar a indiferença, a não atenção ao outro.

Estamos vivendo situações adversas na Gestão dos espaços de trabalhar e temos estado “indiferentes” a tudo em torno de nós, o que tem nos deixado sem saber como resolver problemas de gestão pessoal. Quando se trata de funcionários da saúde, pela especificidade e natureza de seus trabalhos e das situações dos hospitais, eles também acabam achando que seu trabalho não tem sentido, não faz a menor diferença quando se perguntam: qual é o sentido de meu trabalho em Hospital Público agonizando por falta de tudo? Ou mesmo da Universidade, do DRH, e quando se trata de pessoas, falta esperança, falta desejo.

Quanto a isso, pensamos: como dar sentido ao trabalho do DRH do local em que trabalhamos se gestores e funcionários se isolam atrás do balcão e/ou dos cargos? O que necessito deles como profissionais da saúde? Eles se preocupam comigo? Tudo sucumbe diante de nós. Porém, este é apenas um aspecto do humano que se mostra, que é flutuante, e trabalhar com esta flutuação é um desafio diário, uma vez que, eles e os profissionais, vivem sem finalidade em sua história de vida. Assim, Nietzsche (1989) *apud* Lipovetsky (2005, p. 21) acrescenta:

qualquer sentido é melhor do que nenhum sentido, e nem mesmo isto ainda é verdade, hoje em dia (um discurso atual) ao invés da necessidade de dar sentido a si mesma, foi varrida e a existência indiferente do sentido, pode se desdobrar em tragédia ou abismo, sem aspiração e as novas escalas de valores; melhor assim: novas questões, liberadas dos sonhos nostálgicos; e espera-se que pelo menos a apatia “new-look” tenha a virtude de desancorá-la.

Este discurso aqui colocado deveria ter sentido neste século, que também inclui o sentido e o papel do DRH. Isso está nas teorias da motivação, como a de Abraham Maslow, que trata das necessidades humanas básicas, e nós temos incluído, também, o desejo como força, como potência, forças motivadoras de reações e contra reações do sujeito individual e coletivo.

Morgan (1996, p. 45), tratando sobre a motivação, traz Maslow para sua discussão ao tratar do ser humano como um tipo de organismo psicológico que luta (e nos dias de hoje ainda é assim) e precisa satisfazer as suas necessidades na busca de crescimento e desenvolvimento:

os seres humanos são motivados por uma hierarquia de necessidades (e de um corpo, do desejo que é colocado pelos doutores deste estudo) que progride através de diferentes tipos, a saber, biológicos, sociais e psicológicos, e teve implicações muito graves, pois considerou que as organizações burocráticas, que procuravam motivar os empregados através do dinheiro ou simplesmente oferecerem segurança no trabalho, confirmavam o desenvolvimento do ser humano do nível mais baixo da hierarquia de necessidades (MORGAN, 1996, p. 47).

Neste sentido, colocamos este texto como um ponto de revisão para nós, como uma maneira que as organizações podem satisfazer os diferentes níveis de necessidades da hierarquia. De acordo com Maslow (2000) não se trata de novos truques, macetes ou técnicas superficiais que podem ser usados para manipular mais eficientemente seres humanos. Trata-se sim, de um conjunto básico de valores ortodoxos sendo claramente confrontados por um outro sistema de valores mais moderno, mais eficiente e verdadeiro. Fala-se aqui das conseqüências verdadeiramente revolucionárias da descoberta de que a natureza humana tem sido desvalorizada.

Quadro 01. Tipos de necessidades.

TIPOS DE NECESSIDADES	PROPOSTAS DESTE SÉCULO
Auto-realização	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajamento completo, comprometimento do empregado; • Trabalho que se torna uma das principais dimensões de expressão devido ao empregado.
Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de cargos que permitam realização, autonomia, responsabilidade e controle pessoal; • Trabalho que valorize o desenvolvimento profissional; • Reconhecimento pelo bom desempenho, como: promoções, condecorações, empregado do mês.
Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Organização do trabalho de modo a permitir interação com os colegas; • Possibilidade de atividades sociais e esportivas; • Reuniões sociais fora da organização.
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro doenças e planos de aposentadoria; • Segurança no emprego; • Divulgação do desencadeamento do plano de carreira dentro da organização.
Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Salário e benefícios; • Segurança e condições agradáveis no trabalho.

Fonte: Adaptação de Maslow (1962).

No século atual existem outros tipos de necessidades, mas Maslow ainda tem muita interferência na história das NHBs (Necessidades Humanas Básicas) nas organizações. Desta forma, podemos citar, ainda, mais duas teorias importantes que retratam essas necessidades, quais sejam:

a) Teoria de Herzberg

A Teoria de Frederick Herzberg foi criada na metade do século XX. Para Herzberg, apesar de ser indevidamente empregado para identificar qualquer esforço de humanização do

trabalho, o enriquecimento da labuta ocorre somente com a incorporação de motivadores adicionais à tarefa para torná-la mais recompensadora; é “um deliberado aumento da responsabilidade, da amplitude e do desafio do trabalho” (HERSEY; BLANCHARD, 1986, p. 77).

Figura 03. Hierarquia das necessidades de Maslow e Teoria de motivação-higiene de Herzberg.



Fonte: Adaptado de Queiroz (1996).

Herzberg propõe o enriquecimento de tarefas como elemento para se alcançar a satisfação no cargo. Este enriquecimento pode ser tanto vertical (aumento do grau de dificuldade do trabalho), quanto lateral (diversificação de atribuições). Para Herzberg, a única forma de fazer com que o indivíduo sentisse vontade própria de realizara tarefa seria proporcionando-lhe satisfação no trabalho; em outras palavras, a motivação aconteceria apenas através dos fatores motivadores. O caminho apontado por Herzberg para a motivação é o enriquecimento da tarefa, sendo que, por enriquecimento da tarefa, entende-se “um deliberado aumento da responsabilidade, da amplitude e do desafio do trabalho” (HERSEY;BLANCHARD, 1986,p.77).

b) Teoria de MacGregor

Douglas McGregor (1992) demonstrou a necessidade de adotar uma postura Y em relação aos trabalhadores, confiando-lhes responsabilidade e autoridade para que o desafio e a satisfação sejam estimulados, e o trabalho possa ser tido como algo agradável. McGregor classifica os incentivos ou recompensas em diversas categorias: os incentivos extrínsecos – ligados ao ambiente e à relação entre o comportamento e o trabalho;e, os incentivos

intrínsecos – inerentes à própria natureza da tarefa, realização do indivíduo no desempenho de seu trabalho (BUENO, 2002).

A estratégia proposta por McGregor é a Administração, que deve criar condições tais que os membros da organização, em todos os níveis, possam melhor alcançar seus próprios objetivos, dirigindo seus esforços para os objetivos da organização. Como parte das teorias administrativas, a teoria comportamental procura demonstrar uma variedade de estilos administrativos utilizados nas organizações; o comportamento das pessoas tem relação direta com as convicções e com os estilos utilizados pelos administradores. As teorias X e Y apresentam certas convicções sobre a maneira pela qual as pessoas se comportam dentro das organizações (BUENO, 2002).

Muitos itens foram ampliados, outros em processo de discussões ou determinantes, como é o caso da reforma no trabalho, bem como nas normas e leis que os regulamentam: quais são as necessidades de hoje? Acreditamos que as NHB, como autoestima, sociais e fisiológicas, estão em franca dormência, até porque o mundo também está assim e, conseqüentemente, as pessoas: faltam políticas e o gestor não aparece! Então, o que o DRH faz para atender o pessoal? Quais são suas políticas e propostas?

Como fazer com as pessoas de hoje que não se enquadram mais só “nas necessidades humanas (processos e direitos humanos no trabalho)” nesta era do vazio que, segundo Lipovetsky (2005, p. 26), tornou-se indiferente,

e essa indiferença não se identifica com a ausência de motivação, mas se identifica, sim, com o pouco de motivação com a “ausência”, com a desestabilização dos comportamentos e julgamentos hoje “flutuantes” a exemplo das variações da opinião pública. O homem indiferente não se apega a nada, não tem certeza absoluta, adaptam-se a tudo, suas opiniões são suscetíveis de modificações rápidas.

Os homens e as mulheres da área da saúde se comportam da mesma forma, o que coloca em risco a vida do outro quando pode cuidar, simplesmente porque é para fazer, e assim não fazem o melhor porque estão “indiferentes”, o gestor está “indiferente” dos problemas básicos e da base que os aflige, estando indiferentes dos colegas e os clientes também estão indiferentes, e por aí vai...

O que o DRH poderá contribuir para o alívio do sofrimento humano, nos dias de hoje, é um princípio fundamental nas ciências da saúde. Isto é também pensado por Santos (2014, p. 124) quando fala do sofrimento (e esta não é a preocupação dos DRHs):

a civilização do sofrimento humano nos nossos dias e a conseqüente indiferença com que encaramos o sofrimento dos outros, mesmo se a sua presença nos nossos sentidos é avassaladora tem muitas causas. Entre elas, o impacto da sociedade de informação e comunicação – a repetição de visibilidade de repetição – e a aversão ao sofrimento induzida pela medicalização da vida.

Em conseqüência, Santos (2014, p. 125) refere que “a conceitualização (e dignificação) do sofrimento humano passou a ser feita através de categorias abstratas, sejam elas filosóficas ou éticas, que desvalorizam a dimensão visceral do sofrimento e sua marca visível de experiência vivida na carne”.

2.2.1 Gestão Estratégica de Pessoas

De acordo com Mascarenhas e Kirschbaum (2008), a evolução da Gestão de Pessoas e seus principais fundamentos e implicações está na incidência de se trabalhar como gestão estratégica de pessoas, associado a um alinhamento estratégico, trazendo novas ferramentas de Gestão de Pessoas úteis à construção de sistemas produtivos que valorizem o envolvimento, a integração e o desenvolvimento dos indivíduos.

No que tange ao papel da Gestão de Recursos Humanos nas organizações, atualmente, vários autores o entendem como estratégico. Ulrich *et al.* (1991) afirmam que o panorama competitivo está constantemente se alterando, demandando novos modelos de competitividade que, por seu turno, exigem capacidades organizacionais que possibilitarão às empresas atenderem melhor a seus clientes e se diferenciarem de seus concorrentes. Essas capacidades organizacionais derivam da redefinição e da redistribuição das práticas, funções e profissionais de GP. Resumindo as visões de autores como Guest (1987), Storey (1995) e Legge (2006), é possível observar que as pessoas assumiram papel estratégico e relevante nas organizações, e sua gestão deve ser devidamente suportada por teorias coesas e consistentes e, ainda, precisa estar alinhada ao planejamento e à estratégia organizacional.

Para Girardi (2009), a Gestão de Recursos Humanos cumpre função estratégica na organização, reconhecendo o indivíduo como diferencial competitivo procurando investir no conhecimento e no desenvolvimento dos seus profissionais. Além disso, deve atuar em sintonia com a estratégia organizacional, preocupando-se em prover pessoas talentosas, capacitá-las, recompensá-las e mantê-las comprometidas com o objetivo empresarial, tratando dos processos de recrutamento, seleção, treinamento, desenvolvimento, remuneração, avaliação de desempenho e outros que possibilitem assegurar a produtividade ou oferecimento de serviço e, principalmente, o comprometimento dos indivíduos.

De acordo com Gil (2016), não é possível, no entanto, falar em gestão estratégica quando a área de Gestão de Pessoas, em função de suas atribuições, é reconhecida como estritamente operacional ou tem como principal papel o ajustamento ou a adaptação às metas ou aos objetivos da organização. Assim, é necessário que a Gestão de Pessoas seja reconhecida como parceira tanto no processo de formulação, quanto no de implantação das estratégias da organização.

Consideram-se como ações da Gestão de Recursos Humanos a saúde do trabalhador, medidas de prevenção de doenças e a promoção à saúde que visem a melhoria da qualidade de vida e trabalho, incluindo questões relacionadas: ao ambiente e à organização do trabalho; ao direito à informação sobre os riscos e à participação dos trabalhadores nas ações de vigilância aos ambientes; à assistência à saúde do trabalhador; à identificação e notificação dos acidentes e das doenças relacionadas com o trabalho; e, à formação e capacitação em saúde do trabalhador e políticas de informação para a construção do perfil epidemiológico de morbimortalidade dos trabalhadores (CARNEIRO, 2006).

2.2.2 O absenteísmo e a gestão de pessoas

Para compreender os modelos desenvolvidos atualmente na condução das pessoas nas diversas organizações, precisa-se conhecer um pouco sobre a complexidade das organizações e os modelos adotados na administração das pessoas no processo produtivo. Estudos citados por Lee e Ericksen (1990) indicam que o absenteísmo é inversamente proporcional à satisfação no trabalho, e a ausência pode ser considerada uma forma de se afastar de pequenas situações indesejáveis. A observação de fatores como condições de trabalho, natureza da supervisão, estilos de liderança, participação na tomada de decisões e relacionamentos profissionais pode ajudar a entender o impacto do absenteísmo nas organizações.

Na nova percepção de relação de trabalho, as pessoas são parceiras das organizações, o que implica em uma troca justa onde os colaboradores entram com esforço, dedicação, produtividade e colhem retornos interessantes e significativos para suas vidas, ou seja, a particularidade de cada um deve ser considerada. Cada pessoa, percebida como um microambiente, tem seus objetivos específicos e buscam na organização a satisfação destes; portanto, o que é significativo para um pode não ser para o outro, e administrar com as pessoas é levar em consideração esta especificidade.

O absenteísmo, genericamente, refere-se à ausência do trabalhador no local de trabalho. Dentre os denominados fatores humanos no processo de trabalho, que incluem as chamadas doenças ocupacionais e a rotatividade, o absenteísmo se situa entre os efeitos mais

danosos ao processo de trabalho e ao suporte social do trabalhador. O absenteísmo se caracteriza, nesse sentido, como tendo um duplo efeito: do ponto de vista do trabalhador, a possibilidade de desconto no salário, de demissão ou de outros problemas correlatos; do ponto de vista da organização do trabalho, a dificuldade de realização do trabalho previsto e os prejuízos porventura decorrentes.

As principais causas do absenteísmo são: doença efetivamente comprovada e não comprovada; razões diversas de caráter familiar; atrasos involuntários ou por motivos de força maior; faltas voluntárias por motivos pessoais; dificuldades e problemas financeiros; problemas de transporte; baixa motivação para trabalhar; supervisão precária da chefia; e, políticas inadequadas da organização (SOUTO, 1980).

Consoante Penalti, Zago e Quelha (2005), as políticas de absenteísmo orientadas para a prevenção das causas subjacentes estão se referindo às medidas concretas que a empresa toma e que são, basicamente, as seguintes:

- a) Medidas processuais, administrativas ou disciplinares, dificultando ou facilitando o comportamento de ausência (por exemplo, precarização do emprego, perda de vencimento e/ou de prêmios de assiduidade, complemento de subsídio de doença pago ou não pela empresa, exames de alta feita pelo médico do trabalho);
- b) Medidas preventivas orientadas para o indivíduo e o reforço da sua capacidade de trabalho (por exemplo, exames médicos periódicos, vacinação, formação, equipamento de proteção individual contra os riscos profissionais, educação para a saúde);
- c) Medidas preventivas orientadas para o ambiente de trabalho físico e psicossocial, de modo a neutralizar, reduzir ou minimizar a discrepância entre as exigências impostas pelo trabalho e a capacidade de resposta do indivíduo (por exemplo, criação sustentada de um ambiente de trabalho saudável, seguro e produtivo, participação na organização do trabalho e na gestão, participação no sistema de gestão de pessoas); e,
- d) Finalmente, medidas reintegrativas, ou seja, orientadas para a reintegração e reabilitação no local de trabalho, facilitando e apressando o retorno ao trabalho (por exemplo, suporte social do grupo de trabalho, política de incentivos, serviços ou programas de reabilitação no local de trabalho).

2.2.3 Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador

Os Recursos Humanos (os trabalhadores) são considerados um dos fatores mais importantes que influenciam a produção em qualquer tipo de instituição. Por isso, existe uma preocupação com a Qualidade de Vida no Trabalho, que pode ser considerada uma relação boa na interação entre empregado e empregador no que diz respeito à produtividade e ao bem-estar.

A partir dos anos 1980, passou a existir uma forte tendência em definir Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) pela maior participação do empregado dentro da organização, bem como pelo fascínio que as técnicas administrativas utilizadas no Japão exerciam nas organizações ocidentais, passando a serem vistas como uma forma de enfrentar os problemas de qualidade de produtividade. A Qualidade de Vida no Trabalho, assim concebida, gera uma organização mais humanizada, sendo que o seu ponto de partida é a noção de que os trabalhadores representam seres humanos e, nessa medida, devem ter suas potencialidades desenvolvidas e não usadas (DAVIS, 1981).

Por outro lado, Sekiou e Blodin (1984, p. 336) conceituam a Qualidade de Vida no Trabalho como uma “explicação concreta de uma filosofia humanista, pela introdução de métodos participativos, visando modificar aspectos do local de trabalho, a fim de criar uma situação nova, favorável à satisfação dos empregados”. Ainda, outros autores expressam sua preocupação em relação à satisfação das necessidades pessoais para a obtenção de uma melhor QVT. Nos estudos de Quirino (1987, p. 72), “QVT representa uma forma sistemática e globalizada do que era abordado na literatura de recursos humanos através de estudos da motivação, fatores ambientais, econômicos e da satisfação no trabalho”.

Segundo Hackman e Suttle (1977), a Qualidade de Vida no Trabalho afeta atitudes pessoais e comportamentais, tais como criatividade, vontade de inovar ou aceitar mudanças, capacidade de se adaptar a mudanças no ambiente de trabalho e grau de motivação interna para o trabalho, os quais são fatores importantes para a produtividade do indivíduo.

Para Guest (1979), QVT é um processo pelo qual uma organização tenta revelar o potencial criativo de seu pessoal, envolvendo-o em decisões que afetam suas vidas no trabalho. Uma característica marcante do processo é que seus objetivos não são simplesmente extrínsecos, focando melhor a produtividade e a eficiência em si; eles também são intrínsecos no que diz respeito ao que o trabalhador vê como fins de auto realização e auto engrandecimento. Em termos dos efeitos da qualidade de vida no trabalho sobre o bem-estar das pessoas, Davis (1981, p. 304) refere-se à QVT como as “condições favoráveis ou

desfavoráveis que resultam num ambiente de trabalho para as pessoas. O objetivo básico é contar com empregos que sejam excelentes tanto para o indivíduo como para a produção”.

Segundo Burigo (1997), a década de 1980 foi marcada pela ideia de participação dos trabalhadores nas decisões organizacionais, ocasionando maior conscientização por parte dos trabalhadores que começaram a questionar seus direitos; é também uma situação em que as empresas se viram obrigadas a recuperar suas condutas em relação aos seus funcionários. Na Europa, nos Estados Unidos da América, no Canadá e no México, a Qualidade de Vida no Trabalho está bastante desenvolvida. No Brasil, estão se desenvolvendo algumas pesquisas sobre Qualidade de Vida no Trabalho no sentido de ampliar o conhecimento e adaptar um modelo à nossa cultura.

Qualidade de Vida é uma noção polissêmica, eminentemente humana, e pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos considerados “uma construção social com marcas da relatividade” por determinada sociedade, como seu padrão de conforto e bem-estar. Neste sentido, o termo abrange muitos significados, refletindo conhecimentos, experiências e valores das pessoas e coletividades numa determinada época, espaço e histórias, sendo, portanto, uma construção social com marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

De acordo com Fleck(2000), indicadores de Qualidade de Vida vêm sendo utilizados por diversos autores de forma assistemática, e variam desde avaliações centradas exclusivamente no aspecto psicológico, na capacidade de retorno às atividades (HUNT; McKENNA, 1992) ou na adequação às tarefas sociais. Malm, May e Denker (1981) afirmam que a vida das pessoas é mais do que sintomas, desempenho de papel, habilidades sociais, admissões, recaídas, dias no hospital, carga para a família. Estas são parte da existência, mas não tudo.

Assim, constructos como “Status de saúde”, “Status funcional” e “Bem-estar” tornam tênues os limites do conceito de Qualidade de Vida. Lapiege e Hunt (1997) inferiram Qualidade de Vida a partir de uma variedade de indicadores, muitos dos quais diziam alguma coisa sobre a vida, mas pouco sobre sua qualidade. Segundo estes autores, para medir Qualidade de Vida era necessário incluir a medida de praticamente qualquer coisa de interesse de qualquer um.

A Qualidade de Vida, consoante Gill e Feinstein (1994), ao invés de uma descrição do *status* de saúde de uma pessoa, reflete a maneira como ela percebe e reage ao seu *status* de saúde e outros aspectos não médicos de sua vida. Calman (1984), por sua vez, entende

Qualidade de Vida como a diferença entre as expectativas e realizações, e quanto menor for esta diferença, maior será a Qualidade de Vida.

Além das condições ambientais que podem tornar o trabalho mais humano, autores como Nadler e Lawler (1983) associam QVT a fatores que predizem porque alguns esforços têm mais sucesso que outros. Desta forma, conceituam como um modo de pensar sobre as pessoas, sobre o trabalho e sobre a organização, sendo que seus elementos distintos são: a) preocupação sobre o impacto do trabalho, sobre as pessoas e atividade organizacional; e, b) a ideia de participação na solução de problemas organizacionais e na tomada de decisões.

Quirino (1987) afirma que, na mensuração da Qualidade de Vida no Trabalho, existem dois caminhos: o objetivo e o subjetivo. A mensuração das condições materiais, do nível de salário, dentre outras é denominada de objetivo, e a parte da percepção que as pessoas têm dessa condição é o subjetivo. A definição de qualidade de vida, portanto, é tão abrangente quanto a dimensão do ser humano; para a autora Limongi-França (2011), tem um cunho holístico por considerar o indivíduo em todas as suas dimensões, e seus estudos são desenvolvidos por diversas áreas do conhecimento.

2.2.4 Bem-estar do trabalhador

Segundo Albuquerque e Tróccoli (2004), o campo do bem-estar equivale ao estudo científico da felicidade. Nos últimos anos, pesquisa no campo do bem-estar tem girado em torno de duas grandes correntes filosóficas: Hedonismo e Eudaimonismo, sendo que ambas consistem em estados subjetivos positivos que emergem, de forma distinta, no campo da psicologia, referindo-se a concepções de felicidade (WATERMAN; SCHWARTZ; CONTI, 2008). Para Deci e Ryan (2008), maximizar o bem-estar tem sido visto como maximizar o sentimento de felicidade.

Ao longo do tempo, o conceito de bem-estar foi estendido a diferentes setores da sociedade e incorporado pelo mundo do trabalho, onde visa compreender a relação do indivíduo com seu ambiente laboral. Embora o trabalho constitua um fator fundamental para a sobrevivência e subjetividade humana, ele nem sempre possibilita satisfação, realização e felicidade, podendo, ao contrário, ser fonte de exaustão física e psíquica do sujeito (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

De acordo com Pascoal, Torres e Porto (2010), a ideia de que a felicidade pessoal pode ser alcançada no ambiente laboral tem estimulado estudos que visam identificar a forma de promover o bem-estar no trabalho (BET). Entretanto, a sua compreensão ainda se encontra

fundamentada em conceituações relacionadas ao bem-estar como estresse e saúde mental, sendo raros os estudos abordando um constructo específico do BET.

Assim sendo, o bem-estar no trabalho é um sentimento agradável que se origina das situações vivenciadas pelo(s) indivíduo(s) na execução das tarefas. Consoante Ferreira (2011), a manifestação individual ou coletiva do bem-estar no trabalho se caracteriza pela vivência de sentimentos (isolados ou associados) que ocorrem, com maior frequência, nas seguintes modalidades: alegria, amizade, ânimo, confiança, conforto, disposição, equidade, equilíbrio, estima, felicidade, harmonia, justiça, liberdade, prazer, respeito, satisfação, segurança e simpatia. A vivência duradoura deste sentimento pelos trabalhadores constitui, então, um fator de promoção da saúde nas situações de trabalho e indica a presença de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

De acordo com Siqueira e Padovan (2008), o bem-estar no trabalho é constituído por três dimensões: satisfação no trabalho, envolvimento no trabalho e comprometimento organizacional afetivo. Enquanto a satisfação no trabalho captura a orientação afetiva dos colaboradores em relação a um trabalho específico, o comprometimento organizacional afetivo faz uma avaliação mais ampla da extensão em que o colaborador se identifica e procura se envolver na organização.

Para Siqueira e Gomide (2004), estas três dimensões podem representar tanto os vínculos positivos com o trabalho quanto com a organização, representada pelo comprometimento organizacional afetivo. A dimensão denominada satisfação no trabalho pode ser definida como o grau de contentamento com os relacionamentos no trabalho, com chefias e colegas, com o trabalho realizado e com o sistema de recompensas, envolvendo salários e promoções.

O envolvimento com o trabalho é o nível de identificação com o trabalho realizado, e o comprometimento organizacional afetivo são os sentimentos positivos e negativos que o empregado poderia ter em relação à organização empregadora (SIQUEIRA, 2008). A busca em conhecer o que gera sentimentos positivos em trabalhadores no ambiente de trabalho é tema corrente em diversos estudos na área do comportamento organizacional. Lodahl e Kejner (1965), na década de 1960, definiram envolvimento com o trabalho como o grau em que o desempenho do trabalho afeta a autoestima do trabalhador. No contexto das organizações modernas existe sempre a procura por colaboradores que apresentem maior comprometimento no trabalho.

Desta forma, o comprometimento organizacional é entendido por Mowday, Steers e Porter (1979) como uma identificação do colaborador com a organização e com seus

objetivos. No entanto, Meyer e Allen (1991) foram os que melhor descreveram um modelo de comprometimento organizacional, apresentando três vertentes para o comprometimento, sendo elas: a afetiva, a calculativa e a normativa.

No Brasil, Ferreira *et al.* (2007) afirmam que o bem-estar no trabalho é um constructo super ordenado que contém uma dimensão cognitiva, avaliada pela satisfação, e uma dimensão afetiva, associada aos sentimentos positivos e negativos dirigidos ao trabalho. Por outro lado, Rego, Cunha e Souto (2007) analisam somente os afetos; portanto, o constructo reflete a frequência de experiências com afetos positivos e a escassez com experiências dos negativos.

Siqueira e Padovam (2008) consideram, ainda, que o bem-estar no trabalho é formado por vínculos afetivos positivos com o trabalho (satisfação e envolvimento) e com a organização (comprometimento organizacional afetivo). Paschoal (2008, p.23) conceitua que a “prevalência de emoções positivas no trabalho e a percepção do indivíduo de que, no seu trabalho, expressa e desenvolve seus potenciais e avança no alcance de suas metas de vida”; tanto aspectos afetivos, avaliados pelas emoções e humores, quanto cognitivos, representados pela realização.

Baseada na abordagem sistêmica e em estudos sobre a saúde do trabalhador, Paz (2004) concebe o bem-estar enquanto processo, definindo-o como a satisfação de necessidades e a realização de desejos dos indivíduos ao desempenhar seu papel na organização. Esta concepção responsabiliza a organização não só pela saúde individual de cada empregado, mas também por prover ambientes saudáveis que possibilitem relacionamentos e atitudes positivas quanto ao trabalho. Considera, também, que o bem-estar decorre de relações de reciprocidade entre o empregado e a organização, portanto pode ser afetado por características individuais e organizacionais.

Nesta concepção, conforme Dessen e Paz (2010), as organizações são sistemas abertos em constante troca com o meio, tendo o trabalhador um papel ativo na construção de seu bem-estar no trabalho. Este, por sua vez, é avaliado por meio da percepção do próprio indivíduo sobre as relações de reciprocidade que ele mantém com a organização. Esta relação de reciprocidade é caracterizada pela responsabilidade, tanto do empregado quanto da organização, no tocante à construção do bem-estar pessoal do trabalhador (DESSEN; PAZ, 2010). O empregado deve realizar suas atividades conforme estabelecido, com o objetivo de alcançar metas essenciais para que a organização sobreviva e cresça; já a organização deve prover um ambiente que possibilite o alcance destas metas e que não comprometa a saúde do trabalhador, por cujo bem-estar pessoal ela deve responsabilizar-se.

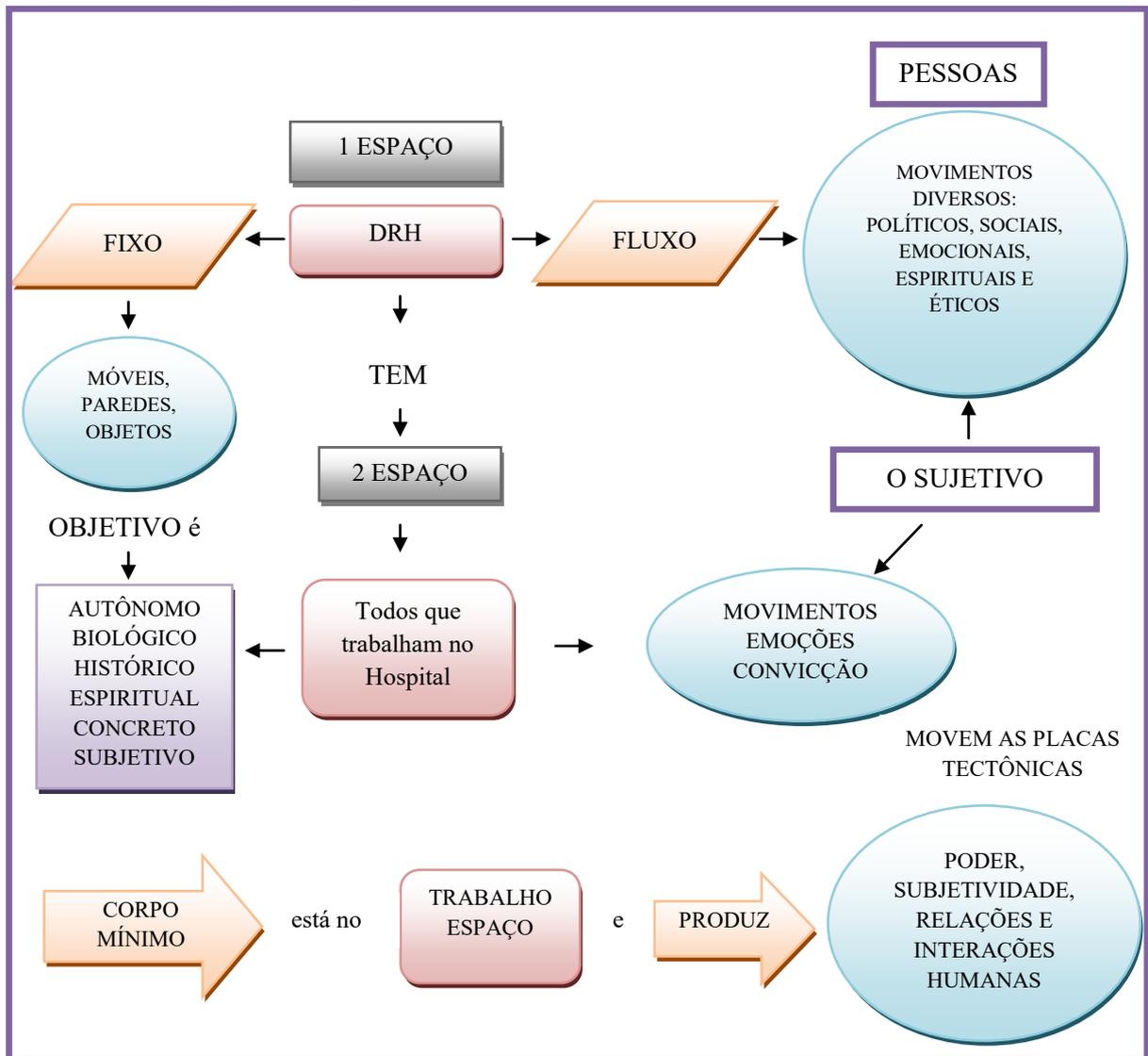
Warr (2007) afirma que o bem-estar depende, ainda, das relações estabelecidas com as outras pessoas e aponta a ajuda recebida delas como um elemento essencial. Neste sentido, o autor enfatiza o suporte do supervisor, especialmente no que se refere à aceitação de ideias, à participação e ao bem-estar de sua equipe. Paz (2004) também cita a relevância do suporte social, enquanto Van Horn *et al.* (2004) mencionam as relações com os colegas de trabalho. Ou seja, todo o tempo dedicado ao trabalho constitui um componente fundamental para a construção e o desenvolvimento do bem-estar pessoal e da felicidade dos trabalhadores.

2.3 Subjetividade no Corpo, no Espaço e no Trabalho

Tão difícil como a construção das duas âncoras anteriores e a articulação de um conteúdo que não é único da Administração, Gestão, dos Processos, porque envolvem vidas, pessoas, este capítulo exigiu de nós reflexões e posições que não são apenas concretas e nem abstratas, mas subjetivas a serem incluídas na gestão de pessoas. Os teóricos que ancoram este tema são os que se utilizam da subjetividade para discutir pessoas e trabalho, além da subjetividade ser um dos pilares teóricos do PPGENFBIO. Assim, parece importante criar imagens sobre o tema desta âncora para “tentar” mostrar a subjetividade e seus processos.

A necessidade de mostrar a imagem para a compreensão da objetividade e da subjetividade de como entendemos CORPO – ESPAÇO dentro dos DRH(s).

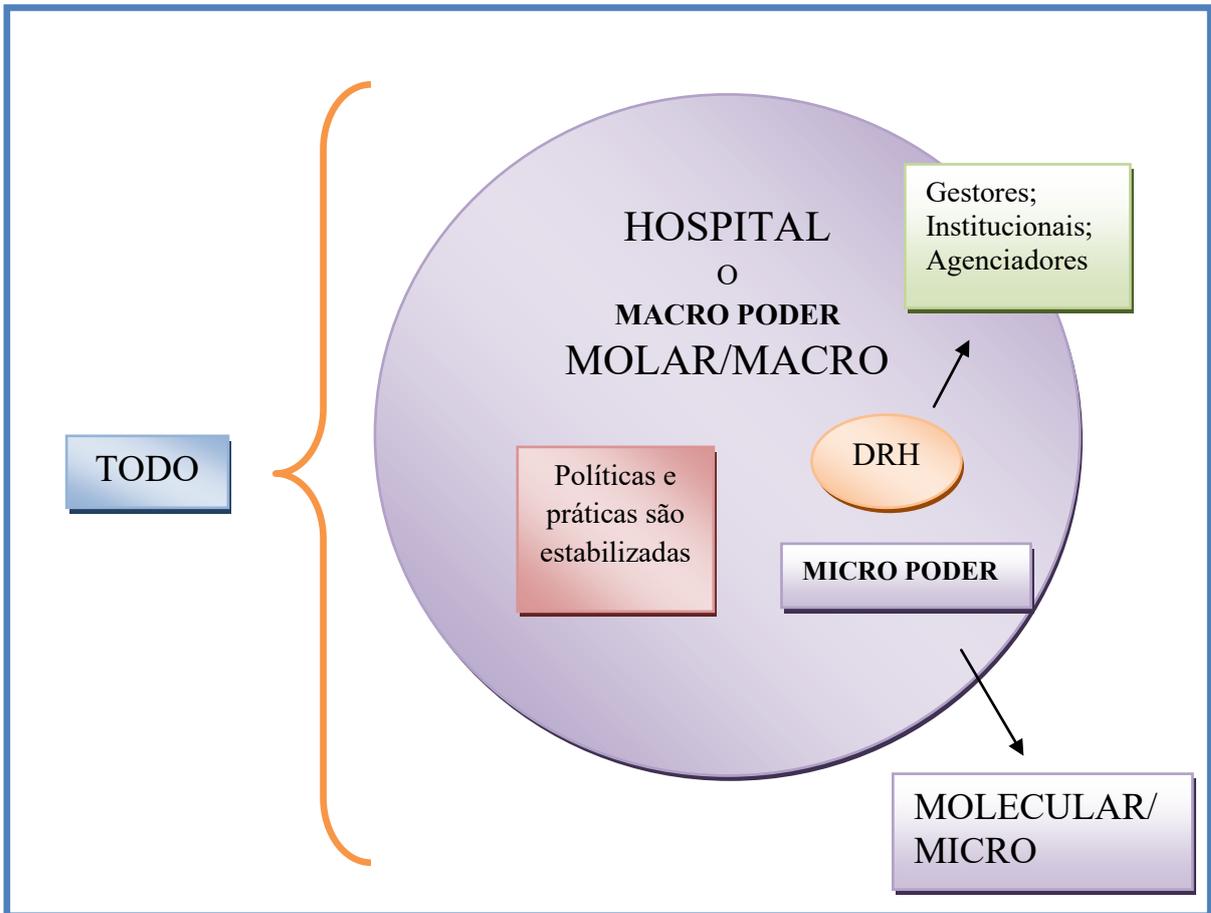
Figura 04. Cartografia do capítulo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

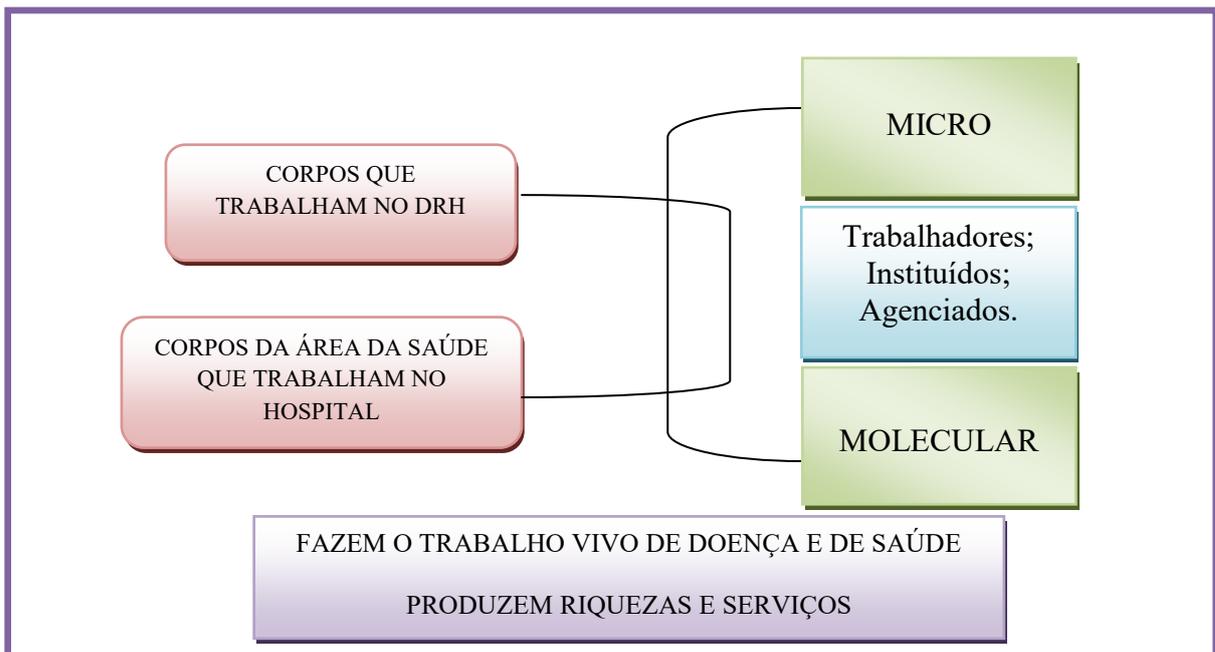
Este está envolvendo duas forças que são de ordem MOLAR (Macro) e MOLECULAR (Micro) que, juntas, são o todo e suas partes. Neste sentido, o DRH só existe porque está num espaço no qual existem corpos que cuidam do social, do institucional e do legal dos corpos que são cuidados por eles.

Figura 05. Macro-Molecular na perspectiva do DRH



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Figura 06. Micro-Molecular na perspectiva do DRH.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

a) Sobre o Corpo

Aqui não podemos perder de vista a Gestão, os Recursos Humanos e seus objetos de atenção, as pessoas da área de saúde de um hospital de Roraima, como também é imprescindível o corpo, numa categoria de estudo em todas as áreas e tudo que é feito, escrito. O trabalho é feito por ele, com ele e para ele; o corpo produz coisas materiais e subjetividades, sendo o conduto de compreensão do pensar sobre ele e sobre o mundo. É ele que interpreta, representa, que pensa, que afeta e é afetado em casa, no ensino e no trabalho.

Num discurso de reinterpretar o corpo, Barrenechea (2009) se utiliza do discurso e filosofia de Nietzsche, quando:

- a) propõe o corpo como fio condutor interpretativo;
- b) uma perspectiva fascinante e misteriosa do que a crença na alma e no espírito;
- c) como o mais afetivo e mais seguro para abordar todas as questões que investigam a vida humana; e,
- d) exalta o valor do corpo sustentando sua primazia vital – o corpo representa nossa possessão mais verdadeira.

Não apenas para Nietzsche (2001), mas para outros teóricos que falam de subjetividade, o corpo, além do que é concreto em si, é portador de uma outra essência responsável por todos os movimentos do mundo, não só aqueles que estão nas estruturas visíveis, mas como aqueles que estão nas estruturas “escondidas” dentro e fora do corpo.

Não queremos polemizar sobre o corpo, nem mostrar que está certo ou errado, mas compreender como ele é entendido e tratado pelo DRH, considerando que este tema é de interesse de gestores. Desta forma, parando para pensar sobre nós mesmos, acabamos percebendo que somos o corpo de Nietzsche, Deleuze, Guattari, Freud, Foucault, somos tatuados pelo que eles dizem.

Somos como corpo, identidades e paixões, com sentidos e significados que se misturam com os outros corpos fazendo diversas trocas através de uma mesma rede simbólica que envolve nossas vidas e a dos outros. Dizemos, fazemos coisas, como líder ou como liderado, que desencadeiam afeto e desafetos, agressões ou afagos numa luta eterna entre instituídos (o poder que estabelece normas, leis, modelos de ser) que ocupam cargos eleitos ou indicados, que nem sempre agradam aos instituintes que tentam, na base, destruir, desorganizar, reagir a movimentos políticos, questionar os códigos e as normas instituídas, viver em pleno fluxo; somos intensidades puras e, por isso, singulares, inviáveis e, juntos, viramos uma máquina de guerra e podemos fazer valer. O mesmo pode e deve acontecer com

os funcionários do hospital, uma vez que eles precisam reagir, buscar seus direitos e não deixar que os oprimam.

Máquinas de guerra, como diz Deleuze (2004, p.64), como uma linha de fuga que significa “sair de um lugar e ir para o outro, territorializar-se, ser a máquina de guerra é uma desterritorialização e não é fugir, não é sair do mundo, não é algo covarde, não é renunciar as ações. Ao contrário do imaginário, é igualmente fazer fugir, não obrigando os outros mas fazer fugir algo, fazer fugir um sistema como se arrebenta. Fugir é trocar uma linha, linhas de toda uma cartografia” e depois retornar para resolver.

Todos nós, de um modo ou de outro, temos vontade de fugir, como instituintes, e temos o direito de estar atento às injustiças, ao que é antiético, ao que nos adocece no ambiente de trabalho: a norma e as leis que não resolvem nada. A opressão, muitas vezes, ocasionada por gestores narcisistas causam muito sofrimento, com vontade de fugir. Na linguagem Deleuziana, fugir tem dois sentidos: perder sua clausura, esquivar, escapar, se fazer fugir, a fuga não significa sair para fugir, ir embora, cuidar da vida, evadir-se, mas está ligada a imprevisível criação de novos espaços – tempos, de agenciamentos institucionais (DELEUZE, 2004).

Quanto de nós desejamos novos líderes, novos espaços para trabalhar, sair e voltar, porque queremos estar no nosso “ninho”, num lugar que trabalhamos, tirar do lugar pessoas que nos fazem mal e nos perseguem. Existem situações diversas no trabalho que pode nos fazer fugir, e essas situações são entendidas como dispositivos do corpo (DELEUZE, 2004). O que diferencia as situações é uma certa distribuição dos possíveis, o recorte espaço-temporal da existência (papéis, funções, atividades, gostos, desejos, tipos de alegrias, dores e etc.).

A máquina de guerra (os corpos de DRH e os funcionários de saúde) é construída sobre a linha de fuga. A orientação explicativa para a compreensão da linha de fuga é: cada vez que uma linha de fuga se transforma em linha de morte, nós invocamos uma pulsão interior de morte, e assim invocamos um agenciamento do desejo, que põe em jogo máquina objetivamente entusiasticamente definível..., a máquina de guerra (DELEUZE, 2004). A guerra não tem, de forma alguma, como objeto um espaço muito especial, um espaço livre que ela compõe, ocupa e propaga. Assim, estamos incluindo no discurso da Gestão de Recursos Humanos a necessidade da existência de linhas de fuga, do desejo que enfrenta repressões, reage, busca direitos; que enfrenta as condições desesperadas e que acha na destruição dos outros e de si “o único objeto que lhe resta quando perde sua potência de se mover”.

Por isso, os gestores devem ter em seus projetos e planos aspectos que em envolvam desejos, uma vez que o corpo pode tudo quando é considerado único e singular, e piora quando se coletiviza.

b) Sobre Espaço:

O DRH é um lugar que acolhe normas, leis, controles sobre as pessoas que ali trabalham. Temos o conhecimento e precisamos colocar o espaço como o lugar onde vivemos, aprendemos e trabalhamos. Parece-nos, então, que é preciso pensar se assim somos líderes ou liderados, bem como considerar o espaço como vivido e concreto, consoante classifica Durckhein (1932) *apud* Bollnow (2008, p.18):

o espaço vivido é para o SELF (eu) um meio de realização em carne e osso, outra forma e expansão, intruso ou guardião, passagem ou permanência estrangeira ou pátria local de realização ou possibilidades de evolução, resistência e fronteira, órgão e adversário desse SELF (eu) em sua realidade instantânea de ser e viver; o espaço concreto é diferente de acordo com o ser de quem ele é.

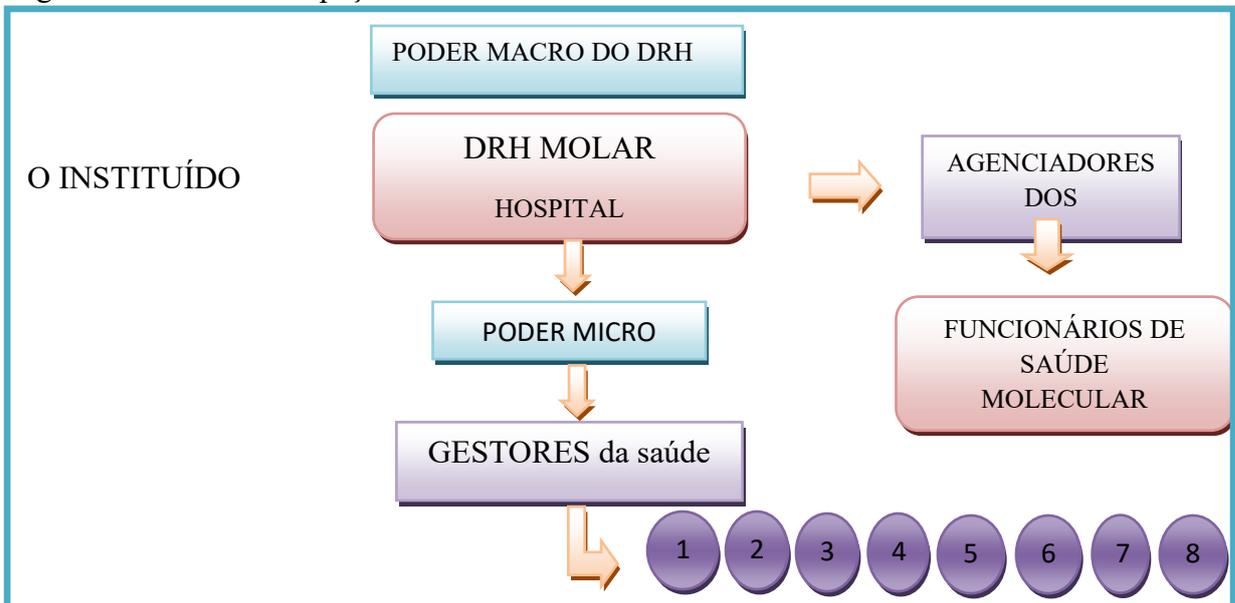
O espaço, de acordo com a vida que nele se realiza, modifica-se com o homem que nele está, e modifica-se com a atualidade de determinadas posturas e orientações que mais ou menos, instantaneamente, dominam todo o SELF (eu). O DRH é um desses espaços vividos e concretos que também se modifica com as políticas governamentais e orientadoras de processos e trabalhadores: políticas de trabalho, políticas de saúde que são federais, estaduais e municipais, além daquelas que se subjetivam nas ações humanas. O espaço – aqui o DRH –, para Santos (1999), também é um espaço fluxo o tempo todo pelos movimentos dos profissionais que o procura e pode ser entendido. Como nos diz o autor:

espaço como um conjunto indissociável de sistemas de objeto de sistemas de ações que podemos reconhecer suas categorias analíticas internas. Entre elas, estão a paisagem, a confirmação territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido e produtivo, as rugosidades e as formas de conteúdo (SANTOS, 1999, p. 19).

Ainda, Santos (1999) afirma que o espaço é como um conjunto de fixos que estão fixados em algum lugar. Os fluxos novos ou renovados reincidentem sobre as condições ambientais e as condições sociais, e redefinem cada lugar. Os fluxos são, neste sentido, um resultado direto ou indireto das ações, e atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor ao mesmo tempo em que se modificam. É nesse lugar, então,

que os profissionais de saúde buscam ajuda quando orientados sobre seus direitos e responsabilidades trabalhistas.

Figura 07. Estudo do Espaço.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os instituintes (oprimidos e coletivo), no discurso da subjetividade, são aqueles que mudam, destroem e constroem coisas. São agenciados e agenciadores quando se tornam máquinas de guerra, máquinas do desejo que reagem a todo tipo de opressão: pessoal, coletiva e política; aqui, eles são agenciados e agenciam também o que é molar. Este é o território das dimensões subjetivas da gestão de pessoas, que discutirei no último item desta âncora.

Tudo isso, no tempo de agora, deve considerar o lugar do cotidiano das atuais condições de globalização, assim como a ideia e o sentido de que cada um de nós está mudado, e de que devemos ter uma nova relação com o mundo e com nós mesmos. Segundo Santos (1999, p. 251),

a globalização faz redescobrir a corporeidade (a forma de mostrar o corpo), o mundo de fluidez, a vertigem, a velocidade, a frequência dos deslocamentos e a banalidade do movimento e das alusões a lugares e as coisas distantes, revelou por contraste, no ser humano. O corpo como uma certeza materialmente sensível, diante de um universo difícil de aprender. O autor repete o que Edgar Morindiz: hoje cada um de nós é como um ponto singular de um holograma que, em certa medida, contém um todo planetário.

Por isso, gerir recursos humanos não é uma tarefa fácil, uma vez que o ser humano é singular, instável, imprevisível, independentemente de ser bom ou ruim. O mundo com suas

mudanças, guerras, mídias o fragmentou, tornando-o uma mente anestesiada, como falamos anteriormente. Sendo assim, muitas são as tarefas a serem realizadas num sistema em falência em relação ao dimensionamento de pessoal e a divisão do trabalho, causando no DRH um espaço entendido como um campo de forças multicomplexas.

c) Sobre Trabalho e a produção de saúde:

Temos visto o hospital como um laboratório vivo para cuidar das doenças e/ou produzir saúde, o que constitui um trabalho tão singular em sua essência que ainda conseguimos ver suas delimitações, mesmo quando acreditamos que ele tem uma concretude capaz de ser mostrada. Novamente, e no centro da questão, está quem cuida e quem é cuidado: o CORPO que é do cliente e que é dos profissionais e tem os seguintes significados:

- 1) Matéria;
- 2) Objetivo;
- 3) Que recebe cuidados e tratamentos;
- 4) Essência – subjetividade;
- 5) Que faz cuidados e tratamentos;
- 6) Que está num espaço e no corpo de clientes; e,
- 7) Profissionais – trabalhando.

São corpos de sentidos e capturas, que Merhy, contaminado por Deleuze (2008, p. 11), na apresentação do livro, refere que a produção de bens naquilo que é do capital, e cita Marx para esta questão:

trabalho vivo enquanto “fonte” de valor, na medida em que as relações capitalísticas de produção o capturava sob a lógica do trabalho abstrato, as muitas possibilidades de olhar esse mundo do trabalho vivo ficaram secundárias. (...) entretanto, um olhar mais contemporâneo nos dias de hoje, não pode deixar de ver outras dimensões do capital, no ato produtivo o trabalho vivo é em si, acontecimento e ação, e como tal, está aberto aos processos díspares, tanto de capturas, pelas relações sociais capitalistas, como de fuga para lugares não obrigatoriamente dados, mas em produção instituinte.

Os profissionais de saúde estão em todos os espaços do hospital, ambulatórios, centros cirúrgicos, enfermarias, maternidade, centro de material, laboratórios diversos, cada um deles cheios de riscos e especificidades – espaços e pessoas produtoras de subjetividades. De acordo com Davel e Vergara (2013) certamente, como nós, você sabe como não evitar a

subjetividade, pois ao fazê-lo estaremos negando a própria condição humana. Queiramos ou não, ela está presente em todas as decisões e práticas funcionais. Está presente no nosso pensamento e na nossa fala. Está presente nos serviços que prestamos e nos bens que produzimos.

Quando falamos em Gestão de Recursos Humanos é impossível não ficar fora das fronteiras da objetividade e da subjetividade: uma linha muito tênue e que as une e tudo funciona como “osmose” (se mal comparado). É fundamental, neste aspecto, considerar que todos somos vida, participamos da vida produtiva da organização (hospitalar) e é nela que se encontram espaços fixos e fluxos (rios em movimento e ações de subjetividade). Estas subjetividades veiculam-se no poder, nos processos, nas atividades que desenvolvemos como indivíduo ou como coletividade.

Para Davel e Vergara (2013), essa subjetividade confere vitalidade às atividades de processos, movem, criam, recriam contextos e situações que podem levar a organização a posicionar-se de maneira competitiva, cooperativa e diferenciada com clientes, outras organizações e no ambiente de negócios em geral.

Se estamos a pretender contribuir com o hospital na gestão dos profissionais de saúde, dando a esta ação uma nova roupagem e linguagem, a subjetividade é o motor desencadeador deste movimento e desafio, que não é transferido da gestão da área de administração para a área de saúde. Saímos do que é fixo, do que é negócio, para incluir o SER subjetivo neles, como produtores de outras novas riquezas – produzir saúde em alguém que trata e cuida da saúde. É sair do TER para SER que os obriga a percorrer novos caminhos, e nós queremos contribuir a partir do que os trabalhadores do RH e da Saúde entendem e querem para o RH. Estamos falando, portanto, de ações e interações humanas, de sujeitos/pessoas com necessidades e desejos.

Assim, poderemos, também, contribuir com as transformações que podem ocorrer no hospital, sendo que as dimensões subjetivas se tornam fundamentais nestes espaços, bem como a paisagem de viver dentro do hospital, pois lidar com os seres humanos é um dos maiores desafios. A subjetividade que se exige de todos, principalmente dos Gestores, consoante Davel e Vergara (2013, p. 33), “significa mudanças radicais e adaptações drásticas exigindo do gestor reflexão, bom senso, sensibilidade, consciência de saber lidar com os seres humanos e as sutilezas de suas relações num ambiente sócio econômico cada vez mais percebido pela complexidade”.

Os autores também destacam as transformações que vêm ocorrendo na função de Recursos Humanos, as quais estão chamando a atenção e exigindo que é preciso combinar

“exterioridade e subjetividade com as sutilezas e sensibilidades subjetivas, para serem capazes de lidar com os aspectos relacionais e intrínsecos à natureza humana no âmbito do trabalho e atividade operacional” (DAVEL; VERGARA, 2013, p. 33). Considerar as questões subjetivas significa que a pessoa:

- a) Tem seu espaço interior, que ela percebe como completamente seu;
- b) Que esse espaço se relaciona com a exterioridade;
- c) Que ele é intrinsecamente construído;
- d) Que é decisivo nas escolhas das pessoas durante sua vida; e,
- e) Que acaba por provocar mudanças no entorno.

Não sabemos se estas questões fazem parte do leque de ações da DRH ou de suas estratégias para atender os profissionais do Hospital. Contudo, provavelmente não o são, porque temos sido formados sem considerar as questões acima colocadas, centrados na objetividade (do quantitativo).

CAPÍTULO 3

O MÉTODO: ÂNCORAS METODOLÓGICAS

3.1 Desenho do Estudo – opção pelo método

A pesquisa trata de um estudo descritivo, sustentado pelo método quanti- qualitativo, pois deu conta da investigação, parecendo ser o melhor caminho ou a melhor escolha, uma vez quase pretendeu abarcar diferentes fenômenos a partir do que os participantes falaram sobre a área de Recursos Humanos de um Hospital Público de Roraima.

A Pesquisa Qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atores e às relações e estruturas sociais, não se preocupando apenas em quantificar, mas em explicar os meandros das relações sociais, porque as abordagens qualitativas possibilitam aprofundar o estudo em um contexto histórico e compreender sinais evasivos, não percebidos pelos meios formais (MINAYO, 2007). Ela nos possibilita fazer reflexões filosóficas e científicas sobre a noção de complexidade e subjetividade que estão nos dados produzidos, principalmente de interesses das pesquisadoras pelas pessoas envolvidas como seres humanos únicos, cidadãos de direitos e deveres, cada um com sua história e desejos.

A abordagem quantitativa se pauta em pressupostos positivistas, na objetivação e generalização dos resultados; no distanciamento entre sujeito e objeto; e da neutralidade do pesquisador como elementos que asseguram e legitimam a cientificidade de uma pesquisa. Para Gamboa (1995), o positivismo, com o propósito de assegurar a objetividade e neutralidade na ciência, recorre a técnicas e instrumentos de coleta e tratamento dos dados tipicamente quantitativos.

Ainda Gamboa (1995) e Richardson (1999) destacam que a abordagem quantitativa se caracteriza por empregar a quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informação, quanto no tratamento dos dados, mediante procedimentos estatísticos.

a pesquisa qualitativa é um conjunto de práticas interpretativas que é possível utilizar multi-métodos e não pertence a uma única disciplina nem constitui um paradigma. Os dados são produzidos em uma interação dinâmica entre o sujeito e o objeto do conhecimento e que há vínculo indissociável entre o mundo objetivo e (inter) subjetivo dos sujeitos. Ela

ocorre em um “sitting natural” não construído artificialmente pelo pesquisador (MINAYO, 2007, p.199).

Para manter o rigor da pesquisa qualitativa, foi utilizado Goldemberg (2004) na orientação da pesquisa, uma vez que o pesquisador qualitativo observa, participa e pode ser de diferentes maneiras, o que exige um longo tempo para fazer isso se quiser manter o rigor na produção de dados. De acordo com Goldemberg (2004) é necessário que o pesquisador fique atento:

- a) A pesquisa qualitativa, através da observação participante e de entrevistas em “profundidade”, combate o perigo do viés;
- b) Na observação participante, realizada por um longo tempo, o pesquisador deverá estar imerso e participar da vida cotidiana do grupo ou da organização que estuda. Ele observa pessoas para ver como se comportam (aqui em tudo que interessa ao profissional de saúde) e conversa para descobrir as interpretações deles em diferentes situações;
- c) O pesquisador deve estar atento às dificuldades de ignorar informações que contrariam suas hipóteses ou pressupostos;
- d) É importante entrevistar todos os envolvidos (o gestor do DRH do hospital, os gestores da área da saúde e os profissionais da saúde) para evitar vieses, comparando as versões dos superiores com as dos subordinados (o nosso grupo de pesquisa); e,
- e) Goldemberg (2004) descreve, ainda, sobre a necessidade de tornar explícitos os resultados negativos do estudo, de mostrar as dificuldades e os descaminhos percorridos pelo pesquisador até os resultados de sua pesquisa.

Goldemberg (2004) sugere, também, algumas precauções sobre a objetividade, a representatividade de VIÉS na pesquisa qualitativa, como:

- a) Cientistas sociais acusam a pesquisa qualitativa de nos apresentar padrões de objetividade, rigor e controle científico;
- b) Não possui testes adequados de validade e fidelidade;
- c) Não produz generalização que vise a construção de um conjunto de leis de comportamento humano; e,
- d) Falta de regras de procedimentos rigorosa para guiar as atividades de coleta de dados, o que pode dar margem a vieses.

A pesquisa é um estudo e caso pois foi realizada em um hospital público na cidade de Boa Vista. Para Yin (2001) o estudo de caso é considerado como uma estratégia de pesquisa, que faz uso de uma abordagem específica que engloba tanto as coletas, como também as análises de dados. Seu propósito é descrever ricamente a existência de um fenômeno.

3.1.1 Tratamento dos dados

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. O objetivo da análise é dar forma conveniente e representa, de outro modo, a informação por intermédio de procedimentos de transformação. É uma operação de um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência (BARDIN, 2011).

Ainda, para Bardin (2011), a análise documental é a representação condensada da informação para consulta e armazenamento, e a análise de conteúdo é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma realidade que não a da mensagem.

A escolha de um campo de estudo para análise não implicou na exclusão de pensar outros e, sim, uma contribuição para a reflexão dos outros casos, tomando-se aquele estudo como referência. Uma pesquisa desta natureza ajuda a mergulhar o significado atribuído pelos agentes sociais envolvidos e no entendimento de suas concepções e percepções para compreender um caso, na totalidade em que está inserido.

O método utilizado na compilação dos dados foi a categorização, que segundo Bardin (2011) é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos.

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Consideramos que a obra de Laurence Bardin possui, assim, uma ancoragem consistente no rigor metodológico, com uma organização propícia à compreensão aprofundada do método.

3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público localizado na cidade de Boa Vista-RR, que atende a todas as áreas, possuindo 148 leitos, sendo um hospital de grande porte que apresenta ambulatórios, clínicas médicas, centros cirúrgicos, UTI, dentre outros, e tem como princípios o Sistema Único de Saúde. Também recebe estudantes das diversas áreas da saúde e possui centros de estudos para desenvolvimento de pesquisas, estando localizado na zona oeste da capital, em área de fácil acesso.

O Hospital possui 1.796 profissionais entre a área administrativa e área de saúde, destes 23 são servidores Federais. Os profissionais de saúde possuem regime de 30 horas semanas e os profissionais administrativos 40 horas semanais. A taxa de ocupação é de 80% a 100%. Possui a seguinte missão, visão e valores:

a) **MISSÃO** - O Hospital Geral de Roraima está sempre buscando ser referência pela qualidade dos serviços prestados, através dos mais modernos recursos tecnológicos e pela competência profissional de seu quadro médico e administrativo, sempre tendo à ética e o respeito pelo indivíduo como princípio básico da sua finalidade maior que é salvar vidas.

O Hospital Geral de Roraima é uma Instituição Pública Estadual com verbas exclusivos do SUS, que desenvolve ações integradas de assistência social de saúde. Buscando continuamente ser um centro de excelência e de vanguarda na assistência à saúde, o qual busca a melhoria da qualidade de vida com calor humano.

b) **VISÃO** - Ser reconhecida nacionalmente pela excelência, liderança em assistência à saúde e à geração de conhecimento, com responsabilidade social, atraindo e retendo talentos médicos e colaboradores.

c) **VALORES**: Humanismo; Calor humano; Ética e Justiça; Respeito à individualidade; Respeito à vida e ao meio ambiente; Pioneirismo e busca contínua das fronteiras do conhecimento; Transparência nas relações com clientes, parceiros, colaboradores e sociedade; Aprendizagem e desenvolvimento de pessoas; Compromisso com a qualidade e com o resultado.

Figura 08. Foto do Hospital Geral de Roraima.



Fonte: <http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia>. Fonte: <http://www.jornalopainel.com/hgr>.

O hospital é o continente no plano MACRO/MOLAR e um espaço do exercício de práticas e políticas de trabalho, de pesquisa e de ações diversas. Durante estes últimos três anos, além de atender a demanda assistencial de brasileiros, vem ampliando suas práticas para os imigrantes dos países vizinhos que se refugiam no Brasil, fugindo de situações político-humanas.

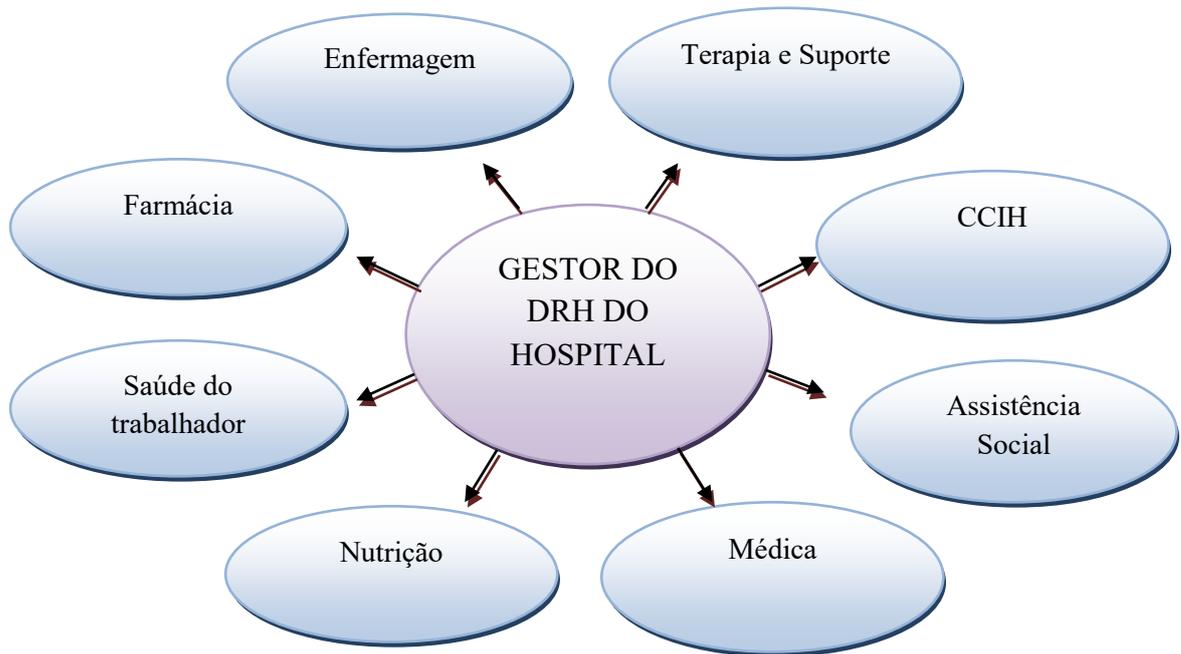
3.3 Participante da Pesquisa

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

a) O critério de inclusão é único e envolve a Gestora do RH e os Gestores e profissionais da área da saúde que trabalharem no hospital pesquisado há mais de 6 meses. É importante que os profissionais de saúde pesquisados tenham um certo tempo de trabalho no local, para poder avaliar, de forma efetiva e justa, a gestão de RH. Basta, também, que queiram participar da mesma, após o parecer do Comitê de Ética, e que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

b) Estarão inaptos a participar da pesquisa: os profissionais de saúde e gestores com menos de 6 meses de trabalho no hospital pesquisado – esses profissionais não poderão participar da pesquisa, uma vez que não terão como avaliar as ações do setor pesquisado devido a ter pouco tempo de trabalho no local – e os estagiários, uma vez que as atividades são normalmente diferenciadas devido a normatização de estágio.

Figura 09. Gestores da área de saúde.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

3.4 Aspectos Éticos

Esta pesquisa segue os procedimentos metodológicos, de acordo com os parâmetros éticos estabelecidos pela Resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas científicas, e utilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por escrito, dos participantes, como garantia de privacidade, sigilo, anonimato e direito de desistir da pesquisa a qualquer momento. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sob o parecer nº. 2708924, e, após aprovação, teve início à coleta de dados.

3.4.1 Riscos e benefícios da pesquisa

Segundo a Resolução CNS 510/16, sobre os riscos e benefícios, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em gradações variadas. Trata-se aqui de uma pesquisa envolvendo os profissionais de saúde, os gestores da área de saúde e o Gestor de Recursos Humanos, e, portanto, o risco da pesquisa é mínimo, podendo ter gerado algum constrangimento para o participante no momento das entrevistas.

Os participantes poderiam sentir sua privacidade ameaçada ou alguma pergunta poderia causar desconforto. Apesar desses riscos, a pesquisadora adotou as medidas cabíveis para proteger e minimizar quaisquer prejuízos ao participante e sua autonomia, sempre

solicitando anuência caso fosse necessário e mantendo sigilo dos registros feitos durante todas as fases da pesquisa, bem como de que seus nomes não serão divulgados em hipótese alguma para garantir a privacidade dos mesmos. O relatório final contém citações anônimas e o estudo estará disponível inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Os participantes da pesquisa ficaram livres para recusar e retirar seu consentimento, encerrando sua participação a qualquer tempo, sem penalidades, conforme a Resolução 510/16. Não há benefícios financeiros para os pesquisados e nem para as pesquisadoras, porém trata-se de uma análise importante relacionada às estratégias utilizadas pela gestão de recursos humanos quanto a saúde e o bem-estar dos profissionais de saúde, beneficiando, assim, os profissionais e, indiretamente, a sociedade em geral.

As entrevistas foram gravadas em áudio para que houvesse um maior detalhamento das respostas. Logo após a defesa da tese, o material (gravação) foi descartado para resguardar e proteger os participantes da pesquisa. Nenhuma pessoa, além da pesquisadora e sua orientadora, tiveram acesso às gravações.

A pesquisa trará benefícios ao hospital público pesquisado, pois disponibilizará um diagnóstico das estratégias e das ações da Gestão de Recursos Humanos quanto a saúde e o bem-estar dos profissionais de saúde, bem como sobre o plano de melhorias que proporcionará aos profissionais de saúde em ações voltadas para a sua saúde e seu bem-estar, e, indiretamente, à sociedade que, conseqüentemente, receberá um melhor atendimento. Além, obviamente, de contribuir cientificamente através de fundamentos teóricos na área da saúde e da Gestão de Recursos Humanos.

Acredita-se na possibilidade de produzir dados sem vieses e sem generalizações, mas na compreensão de quem são os profissionais de saúde, o que o DRH faz por eles e o que pode contribuir com os dados quantitativos e qualitativos produzidos, atendendo ao que é sugerido por Goldenberg (2004, p. 49) quando refere: “os dados de pesquisas qualitativas objetivam a compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto de maior relevância do aspecto subjetivo na ação social”.

3.5 Os Momentos do Início do Trabalho

PRIMEIRO – Realizou-se a construção de quatro instrumentos de pesquisa que foram apresentados no momento da produção dos dados, como constam no apêndice A.

Quadro 02. Apresentação dos instrumentos de coletas de dados.

SOCIODEMOGRÁFICOS	DOCUMENTO DO DRH (Gestor do RH)	DOCUMENTO DOS GESTORES (da área de saúde)	DOCUMENTOS DOS PROFISSIONAIS (da área da saúde)
Instrumentos 1,2 e 3	Instrumento 1	Instrumento 2	Instrumento 3
- Caracterização do trabalhador de saúde; - Locais de trabalho FIXOS/FLUXOS.	- O que está instituído no DRH para atenção dos profissionais de saúde; - Como os profissionais do DRH atendem os profissionais de saúde; - Quais são os problemas?	- Comunicação entre o DRH e os Gestores da área de saúde.	- O que está instituído no DRH para atenção dos profissionais de saúde; - Como os profissionais do DRH atendem os profissionais de saúde; - Quais são os problemas?
	Entrevista	Entrevista	Entrevista

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

SEGUNDO – Visita ao hospital para agendar os encontros com os profissionais de saúde e com os gestores da área de saúde e com os profissionais de saúde:

- a) Recursos Humanos (GESTOR 1);
- b) Saúde do Trabalhador (GESTOR 2);
- c) CCIH (GESTOR 3);
- d) Enfermagem (GESTOR 4);
- e) Assistência Social (GESTOR 5);
- f) Nutrição (GESTOR 6);
- g) Terapia e Suporte (GESTOR 7);
- h) Medicina (GESTOR 8); e,
- i) Farmácia (GESTOR 9).

Nessa ocasião, foi realizada a entrevista levantando as atividades e os programas voltados para a Saúde do Trabalhador desenvolvidos pela Gestão de Recursos Humanos do hospital público pesquisado, com vistas a identificar e analisar sua vinculação com a Promoção da Saúde no trabalho, com base em informações fornecidas pelo(a) gestor(a) de Recursos Humanos. Posteriormente, foi realizada a pesquisa com os gestores da área de saúde, a partir de entrevistas agendadas pela Gestora de Recursos Humanos e conforme a disponibilidade dos gestores e, em seguida, foi realizada a entrevista com os profissionais de saúde.

As entrevistas foram individuais. A Gestora de Recursos Humanos agendou as entrevistas com os gerentes da área de saúde, sendo entrevistados oito gerentes da área de saúde e um(a) gestor(a) de Recursos Humanos. As entrevistas foram realizadas em suas respectivas salas e tiveram 45 minutos, aproximadamente, de duração, sendo que apenas a

entrevista com a gestora de RH durou 1 hora e 20 minutos. Todos os participantes da pesquisa foram muito receptivos, havendo dificuldades apenas com o gerente da área médica pela indisponibilidade de tempo. Os 21 profissionais de saúde foram abordados no hospital, no horário de expediente, nos corredores e salas disponíveis, e a entrevista durou, no máximo, 20 minutos.

Foram realizadas quatro etapas de entrevistas para dar conta do que nos propomos, de acordo com o Quadro 02, no qual está a apresentação dos instrumentos de produção de dados.

TERCEIRO – Produzindo dados quantitativos e qualitativos que envolveram o encontro com os nove gestores, incluindo o do DRH, conforme já sinalizados como participantes da pesquisa e cada um respondeu sobre:

- 1º) Considerações sobre o ambiente de trabalho – respostas livres;
- 2º) Considerações sobre o DRH – respostas livres;
- 3º) Conhecimento e aplicação dos princípios da PNSST (Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador) – 7 questões X 9 respondentes (incluindo o setor da saúde do trabalhador) = 63 respostas;
- 4º) Promoção de saúde como ações do DRH – 13 questões X 9 respondentes = 117 respostas.

QUARTO – Produção e trabalho exaustivo dos dados para depois transformá-los em resultados e, posteriormente, realizar a elaboração e a organização da análise. O material produzido neste momento fez parte dos anexos do estudo.

QUINTO – Apresentação dos dados quantitativos.

SEXTO – Apresentação dos dados qualitativos.

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS – A QUESTÃO DA OBJETIVIDADE E DA SUBJETIVIDADE NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

É fundamental dizer que a escolha do método qualitativo foi o mais acertado, pois facilitou a travessia para encontrar, ou não, nos dados o que foi proposto como possibilidades de medir, conhecer e compreender o que foi encontrado. No entanto, a reflexão que fazemos é de que o processo de pesquisar é fácil no plano teórico, mas a intenção é difícil e, às vezes, exige persistência para não desistir: paciência, compreensão e vontade de terminar a pesquisa, uma vez que nem sempre os participantes estão disponíveis, principalmente os da área de saúde que se encontram nos espaços de trabalho cuidando de pessoas, divididos entre cuidar e oferecer informações – isso foi um desafio a parte.

4.1 Dados Quantitativos – objetividade

Ao optar por esta adjetivação do termo objetividade na fundamentação da produção dos dados quantitativos em um estudo de Administração/Gestão de Recursos Humanos, ancoramo-nos nos teóricos Davel e Vergara (2013), que ajudam a compreender os fundamentos do termo desta área, ainda nos dias atuais, quando referem: a administração de Recursos Humanos, que nasce na década de 1970, fundamenta-se nas tradições da psicologia industrial das teorias organizacionais, da abordagem sócio teórica, da dinâmica de grupos e, nutre-se dos modelos do behaviorismo, da organização duglosaxãe da psicologia comportamental americana.

Assim, o período compreendido entre 1960 e 1970 foi marcado pelo desenvolvimento de técnicas, como a descrição e a análise de cargos, o enriquecimento de tarefas e a gestão participativa por objetivos. Contudo, é a partir de 1970 que a ARH deixa de considerar pessoas unicamente como fatores de custo, e passa a vê-las como recursos à disposição da empresa, sendo que, nas últimas décadas, destacaram-se três abordagens dominantes: a) funcionalista; b) estratégica; e, c) política. Essas abordagens indicam duas versões da ARH: a versão PESADA e a versão LEVE.

A versão PESADA é concentrada na integração das políticas, nos sistemas e na atividade do DRH como estratégias da empresa enfatizando os aspectos quantitativos, calculáveis e estratégicos da ARH, da mesma forma racional como que lida com qualquer outro fator econômico. Em suma, a ARH tem sido constituída como campo teórico e prática social, orientada essencialmente por conteúdos das abordagens tradicionais, funcionais e normativas em ARH que expressam e reproduzem a epistemologia do modernismo, refletindo os termos da unidade da racionalidade, da objetividade e da performance.

Tudo isso aqui referenciado aproxima-se do que encontramos ao longo da produção de dados. Neste capítulo, são apresentados os dados demográficos, os dados qualitativos e os dados quantitativos, representados em quadros ou gráficos.

Quadro 03. Questionário sóciodemográfico dos gerentes da área de saúde do hospital.

Nº	GERÊNCIA	IDADE	GÊNERO	ESTADO DE ORIGEM
1	Recursos Humanos	40 anos	Feminino	Pará
2	Saúde do trabalhador	34 anos	Feminino	Pará
3	CCIH	38 anos	Feminino	Pará
4	Enfermagem	34 anos	Feminino	Amazonas
5	Assistência Social	30 anos	Feminino	Roraima
6	Nutrição	22 anos	Masculino	Amazonas
7	Terapia e Suporte	28 anos	Masculino	Piauí
8	Médica Trauma	38 anos	Masculino	Amazonas
9	Farmácia	29 anos	Feminino	Pará

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O grupo de gerentes é composto por nove profissionais, sendo oito da área da saúde. São profissionais relativamente jovens, com idades entre 29 e 38 anos, sendo seis mulheres e três homens, todos das regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Quadro 04. Questionário sóciodemográfico dos profissionais de saúde.

Nº	ÁREA	IDADE	GÊNERO	ESTADO DE ORIGEM
1	Médica Trauma	40 anos	Feminino	Pará
2	Enfermagem	34 anos	Feminino	Amazonas
3	Assistência Social	30 anos	Feminino	Roraima
4	Nutrição	22 anos	Masculino	Amazonas
5	Farmácia	29 anos	Feminino	Pará
6	Médica Trauma	38 anos	Masculino	Amazonas
7	Terapia e Suporte	28 anos	Masculino	Piauí
8	Médica Cirúrgica	36 anos	Masculino	Pernambuco
9	Médica Enfermaria	36 anos	Masculino	Pernambuco
10	Nutrição	34 anos	Feminino	Roraima
11	Nutrição	30 anos	Masculino	Amazonas
12	Enfermagem	35 anos	Feminino	Pará
13	Farmácia	44 anos	Feminino	Roraima
14	Farmácia	31 anos	Masculino	Pará
15	Assistência Social	43 anos	Feminino	Roraima

16	Assistência Social	40 anos	Feminino	Roraima
17	Enfermagem	45 anos	Feminino	São Paulo
18	Enfermagem	33 anos	Masculino	Amazonas
19	Médica Ambulatorial	38 anos	Masculino	Pará
20	Nutrição	32 anos	Feminino	Pará
21	Farmácia	31 anos	Feminino	Rio Grande do Norte

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os dados sócios demográficos dos profissionais de saúde aqui demonstrados são compostos por 21 profissionais da área da saúde, em um total de 09 homens e 12 mulheres, todos das regiões Norte e Nordeste, sendo apenas um profissional do Sudeste (São Paulo), em sua maioria na faixa de 20 a 45 anos. O total de 21 profissionais foi abordado nos espaços de trabalho, por isso três não conseguiram finalizar a pesquisa, uma vez que foram chamados de urgência no momento da entrevista. O perfil de profissionais pesquisados está bem dividido quanto ao gênero, tendo 43% de homens e 57% de mulheres. Apenas 24% correspondem a pessoas nascidas em Roraima e 76% correspondem a profissionais que vieram de outros estados, principalmente dos estados do Pará e Amazonas.

O Estado de Roraima, com essa diversidade de migrantes que trazem uma riqueza de costumes de seus estados de origem, contamina não só o Espaço Hospitalar, mas também o Estado, com modos de pensar e fazer diferentes, fazendo de Roraima um grande teatro de representação e de imaginação diversas. De acordo com os Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2015), 44% da população de Roraima é formada de pessoas não naturais.

Quadro 05. Espaço do trabalho.

Área	Calmo	Bem iluminado	Mal iluminado	Excesso de ruído	Agitado	Claro	Escuro	Circulação inadequada	Estreita	Proporciona conforto	Proporciona Desconforto	Infra-estrutura adequada	Infra-estrutura inadequada	Riscos Físicos	Riscos Biológicos	Higiene adequada	Higiene Inadequada
Médica Trauma																	
Enfermagem																	
Assistência Social																	
Nutrição																	
Farmácia																	
Médica Trauma																	
Terapia e Suporte																	
Médica Cirúrgica																	
Médica enfermaria																	
Nutrição																	
Nutrição																	
Enfermagem																	
Farmácia																	
Farmácia																	
Assistência Social																	
Assistência Social																	
Enfermagem																	
F4	05B 29,4%	02B 11,8%	15B 88,2	14B 82,35%	13B 76,5%	08B 47,03 %	16B 94,12 %	12B 70,59%	12B 70,59 %	12B 70,59%	05B 29,41%	11B 64,70%	04B 23,53%	06B 35,30 %	00B 0%	02B 11,8%	05N 29,41%
	12N 70,6%	15 N 88,2%	02N 11,8	03N 17,65%	04N 23,5%	09N 52,94 %	01N 5,88%	05N 29,41%	05N 29,41 %	05N 29,41%	12N 70,59%	06N 35,30%	13N 76,47%	11N 64,70 %	17N 100%	15N 88,2%	12B 70,59%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Legenda: B – Branco – Não
N – Negro - Sim

O Quadro 05 mostra o quanto é difícil encontrar um equilíbrio de respostas sobre o ambiente, o qual pode ser produtor de saúde ou de doença, quando divergem de coisas básicas como: iluminação, ruídos, infra estrutura e higiene.

As condições de saúde e de trabalho dos profissionais de saúde são consideradas um importante fator de dimensionamento da qualidade de vida no trabalho. As condições de trabalho interferem no estado psicofisiológico dos profissionais; como meio de otimização dessas condições de trabalho humano temos a ergonomia, que é considerada uma ciência do trabalho que atua, especificamente, na investigação das condições de conforto, segurança, eficiência e saúde no trabalho.

A abordagem da ergonomia é multidisciplinar, exigindo conhecimento do trabalho (tarefa), do trabalhador (usuário) e da organização (ambiente sócio técnico). Para Wisner (1987), a ergonomia constitui o conjunto de conhecimentos científicos relativos ao ser humano e necessários à concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia.

Ainda de acordo com o Quadro 05, podemos identificar que 12 profissionais (70,6%) consideram o seu ambiente de trabalho calmo, 15 o definem como bem iluminado (88,2%), três (17,65%) avaliam que o ambiente possui excesso de ruído, 02 Médicos/trauma e 01 Assistente Social (17,65%). Para Suter (2001), o ruído é um dos fatores de risco laborais mais comuns, sendo os níveis de ruído perigosos à saúde e facilmente identificáveis; sendo assim, na maioria dos casos é tecnicamente viável controlar o excesso de ruído aplicando a tecnologia existente. Quatro profissionais (23,5%) consideram o ambiente agitado (Enfermeiro, Assistente Social, Farmacêutico e Médico trauma), nove relatam que o ambiente é claro (52,94%), cinco (29,41%) comentaram sobre a circulação inadequada e cinco (29,41%) classificaram como estreito o ambiente.

Quanto a infraestrutura, seis (35,3%) consideram adequada, mas 13 (76,47%) consideram inadequada. A ergonomia, neste sentido, é considerada uma ciência do trabalho que atua especificamente na investigação das condições de conforto, segurança, eficiência e saúde no trabalho. A abordagem é multidisciplinar, exigindo conhecimento do trabalho (tarefa), do trabalhador (usuário) e da organização (ambiente sócio técnico).

Quanto aos riscos, 11 (64,7%) acreditam trabalhar com riscos físicos, enquanto 17 (100%) acreditam em riscos biológicos. Os fatores de riscos físicos presentes nos hospitais são, principalmente, as radiações ionizantes e não ionizantes. As radiações ionizantes são partículas subatômicas ou fótons que possuem energia suficiente para produzir íons ou partículas carregadas quando interagem com matéria. O nível de dano da radiação ionizante

depende da atividade, da energia e do tipo de radiação. Em ambiente hospitalar, a radiação ionizante é utilizada em procedimentos diagnósticos e terapêuticos produzidos por máquinas (raios X) ou radio nucleotídeos que possuem o potencial de causar diferentes tipos de câncer (estômago, fígado e etc.) e outros sintomas inespecíficos, como fadiga, sensação de náuseas e vômitos (KAMEN, 2013).

Já o fator de risco biológico se deve aos agentes biológicos que são organismos vivos ou produtos liberados pelo metabolismo desses mesmos organismos, estando incluídos os vírus, as bactérias, os fungos e seus metabólitos, os parasitas e alguns tipos de plantas. A porta de entrada no corpo humano pode ser por inalação, ingestão, absorção cutânea, olhos, mucosas ou lesões, acidentes com perfuro-cortantes e outros. Esses agentes podem, também, provocar reações alérgicas como pneumonias de hipersensibilidade, rinite alérgica e alguns tipos de asma (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY HEALTH AT WORK, 2010). Neste sentido, ambos os riscos são preocupantes aos profissionais de saúde e precisam ser controlados.

A respeito da higiene do local de trabalho, 15 (88,2%) acreditam que é adequada. Contudo, apenas cinco (29,4%) acreditam que o ambiente proporciona conforto, enquanto que 12 (70,6%) acreditam que proporciona desconforto. O posto de trabalho refere-se ao desenho do local e a uma série de equipamentos dispostos neste ambiente que podem ser observados objetivamente, sendo que as características do posto de trabalho podem influenciar no bem-estar e no conforto do trabalhador. A respeito dos condicionantes ambientais, Costa (2003) destacou que o espaço de trabalho mal projetado, com número insuficiente de equipamentos ou com manutenção precária, gera, além do desconforto térmico, umidade elevada e ruído excessivo.

Atravessando esses SIM e NÃO, estão as relações humanas que movimentam o fluxo do ambiente e podem, também, acarretar informações inadequadas, de afetos e desafetos nas relações do processo de trabalho, nos desentendimentos entre os que estão trabalhando, entre chefias e entre hierarquias diversas.

É pertinente dizer que o hospital é o local de trabalho e de viver, pois passamos a maior parte de nossas vidas nele, vivemos nossas alegrias e conflitos, vivemos em um ambiente coletivo e nem sempre nos damos conta disso; é nele que exercemos poder, somos políticos, ou o inverso. Guattari e Rolnik (1996, p.08) referem o seguinte:

as formações políticas e as instâncias executivas parecem totalmente incapazes de aprender essa problemática no conjunto de suas implicações.

Apesar de estarem começando a tomar como consciência parcial dos perigos mais evidentes que ameaçam o meio ambiente (o hospital com o seu lixo rico de microorganismos, secreções, produtos químicos que os profissionais manipulam é parte deste ambiente), eles geralmente se contentam em abordar o campo dos danos industriais e, ainda assim, unicamente em uma perspectiva tecnocrata, ao passo que uma articulação étnico-política que chama Guattari (2012) de ECOSOFIA entre os três registros ecológicos (o do meio ambiente, o das relações sociais e o da subjetividade humana) é que poderá esclarecer convenientemente tais questões.

Quadro 06. Motivos para procurar o DRH.

Nº	QUANDO PROCURA O RH?						
	Área	Salários	Férias	Legais	Doença	Falta	Outras situações
1							
2	Médica Trauma						
3	Enfermagem						
4	Assistência Social						
5	Nutrição						
6	Farmácia						
7	Médica Trauma						
8	Terapia e Suporte						
9	Médica Cirúrgica						
10	Médica enfermagem						
11	Nutrição						
12	Nutrição						
13	Enfermagem						
14	Farmácia						
15	Farmácia						
16	Assistência Social						
17	Assistência Social						
18	Enfermagem						
RESULTADO		02B	0 B	10 N	07 B	0 B	12 B
		15 N	17 N	07 B	10 N	17 N	05 B

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Legenda:
B – Branco – Não
N – Negro – Sim

No Quadro 06 foram identificados os principais motivos que fazem os profissionais de saúde procurarem o setor de Recursos Humanos, sendo que 100% dos entrevistados procuram o RH para resolver questões relacionadas a férias e a faltas, 88%(15) para resolverem questões sobre salário, 59% (10)sobre faltas (atestados),41% (07)para questões legais e 29% (05)para outras situações.

Historicamente, a gestão de pessoas passou por mudanças no decorrer dos anos. Suas atividades se baseavam em rotinas burocráticas relacionadas ao trabalho (salários, férias, 13º salário, licenças, atestados, advertências, etc.), sendo que, atualmente, é vislumbrada com “outro olhar”, considerando-se fatores humanísticos que vão muito além do cumprimento de atividades de forma eficiente e eficaz: o ambiente e as condições de trabalho, o relacionamento entre as pessoas, a qualidade de vida dos colaboradores, a qualidade da

produção, a liderança e a comunicação, a saúde dos profissionais, o bem-estar, a satisfação no trabalho, dentre outros.

Na pesquisa foi verificado que o hospital não trabalha a Gestão de Recursos Humanos de forma estratégica, não existindo integração entre os processos e não sendo trabalhadas ações que envolvem qualidade de vida no trabalho, promoção da saúde e bem-estar do trabalhador, e/ou qualquer outra ação que vise a valorização dos profissionais – essas ações são realizadas por outros setores.

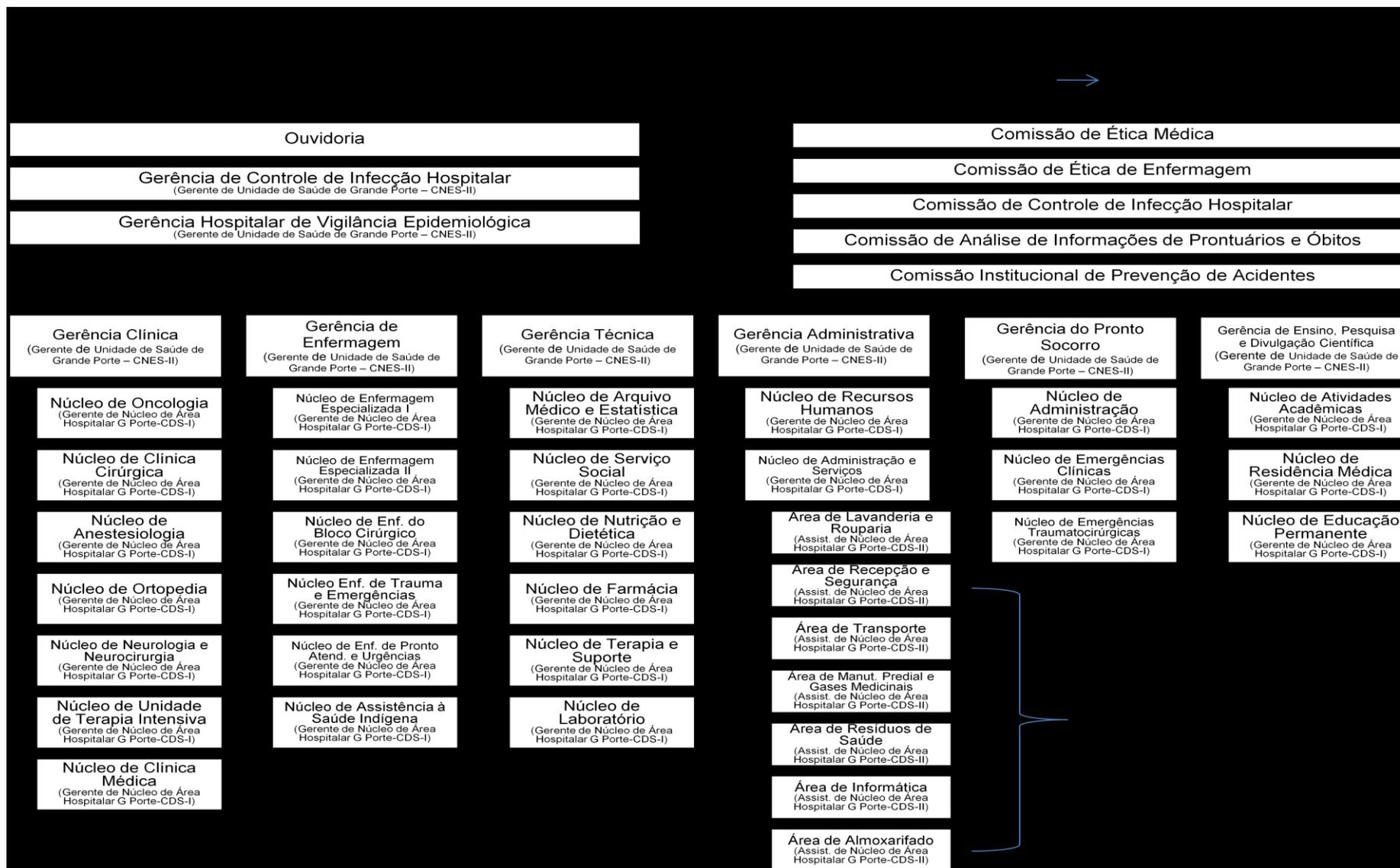
O modelo de gestão de pessoas proposto por Dutra (2016) ressalta o papel das pessoas, da organização, dos processos de gestão de pessoas, das bases estruturais e dos processos de apoio. De acordo com o parecer de Fischer (2002), entende-se por gestão de pessoas a maneira pela qual uma empresa se organiza para gerenciar o comportamento humano no trabalho, definindo princípios, estratégias, políticas e práticas de gestão, implementando, assim, diretrizes e desenvolvendo um estilo de gestão para se relacionar com aqueles que trabalham.

Para fortalecer o que mostramos sobre Gestão de RH e as diversas questões sugeridas nas Q1, Q2, Q3, Q4 e Q5 que apresentam a estrutura organizacional do hospital como espaço no qual todos trabalham, adoecem ou se previnem de doenças e o quanto é complexo e trabalhoso circular nesses diversos cenários, entendemos que o RH pode contribuir em prevenção de riscos no ambiente de trabalho, bem como considerar pessoas-corpos que agem e reagem como seu principal objeto de atenção e, neste sentido, poder-se-á mudar um pouco seu rumo, sua lógica e sua filosofia de Gestão de Potencial Humano, como produtores de riquezas políticas, econômicas e sociais.

Como afirma Guattari (2012), considera-se que é possível um outro olhar para o RH, uma vez que o sujeito não é evidente: não basta pensar para ser, como proclamava Descartes, já que inúmeras outras maneiras de existir se instauram fora da consciência, ao passo que o sujeito advém no momento em que o pensamento se obstina em aprender a si mesmo e se põe a girar como um peão enlouquecido, sem enganchar em nada dos territórios reais da existência (ele no hospital), os quais por sua vez derivam uns em relação aos outros, como placas tectônicas sob superfície dos continentes.

Apropriando-nos destas derivações orientadas por Guattari (2012), mostramos como elas podem ser destacadas no cronograma organizacional do Hospital Geral de Roraima.

Figura 10. Analogia Guattari (2012).Estrutura Organizacional da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima – Unidades de Saúde.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Também imaginando sobre as responsabilidades profissionais de saúde, apresentamos que adoecimentos são frequentes. Conforme o Quadro 06, no período de 01/07/2018 a 31/07/2018, sendo que quem mais adoece é a área da Enfermagem, com 168 licenças que correspondem a 71,77% das licenças por motivo de saúde no DRH, seguida de fisioterapeutas (6,22%), de auxiliares de serviços de saúde (3,32%) e gerais (3,32%), médicos (2,5%) e os demais cargos de saúde com menos de 2,5% (APÊNCICE B).

Quadro 07. Percentual por categoria.

Nº	CATEGORIA PROFISSIONAL	N	%
1	ADMINISTRADOR	1	0,41%
2	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	6	2,50%
3	ASSISTENTE SOCIAL	3	1,25%
4	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	32	13,27%
5	AUXILIAR DE SERVIÇOS DE SAÚDE	8	3,32%
6	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	8	3,32%
7	BIOQUÍMICO	5	2,08%
8	CIRURGIÃO DENTISTA	3	1,25%
9	COZINHEIRO	1	0,41%
10	ENFERMEIRO	27	11,20%
11	ESTATÍSTICO	1	0,41%
12	FARMACÊUTICO	2	0,83%
13	FISIOTERAPEUTA	15	6,22%
14	MÉDICO	6	2,50%
15	NUTRICIONISTA	2	0,83%
16	PSICÓLOGO	2	0,83%
17	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	109	45,23%
18	TÉCNICO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	5	2,07%
19	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	3	1,25%
20	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL	1	0,41%
21	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	0,41%
TOTAL		241	100,00%

Fonte. Dados da pesquisa, 2018.

A organização hospitalar contemporânea sofreu grande influência do fenômeno da reestruturação produtiva, o que provocou mudanças significativas no ambiente de trabalho. Contudo, essas mudanças não levaram em conta, na mesma proporção, a saúde e a segurança dos profissionais da saúde, culminando na exposição a novos ritmos de produção, fatores de riscos e no conseqüente surgimento de novas doenças ocupacionais.

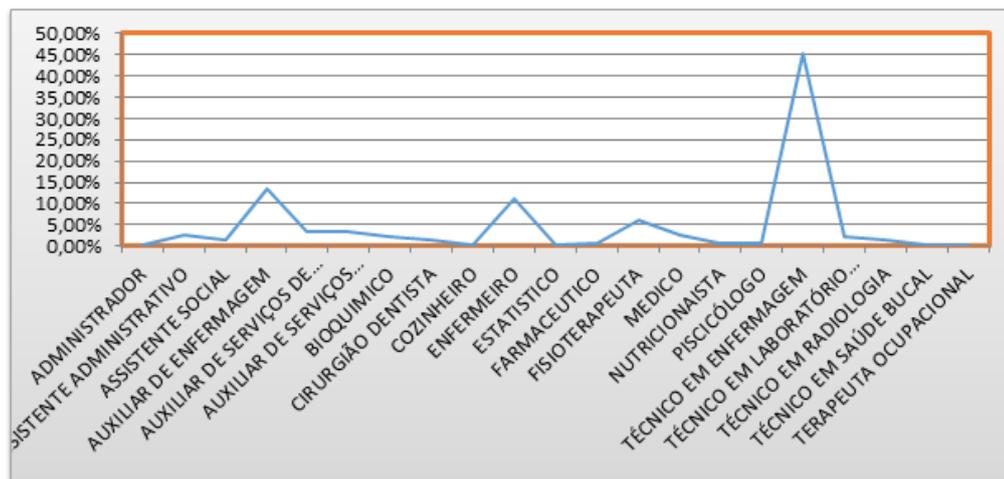
O absenteísmo relacionado a doença se caracteriza por ser um fenômeno multidimensional e complexo no campo da Saúde do Trabalhador, pois envolve a interação de

diversos fatores laborais que influenciam, diretamente, na saúde e na segurança dos trabalhadores. Estes fatores estão ligados às condições de trabalho que podem ocasionar agravos à saúde decorrentes da natureza ou do conteúdo da atividade exercida, da presença de fatores psicossociais ou, até mesmo, de fatores econômicos e sociais indissociáveis do trabalho (ISAH; OMOROGBE; OYOVWE, 2008; MININEL *et al.*, 2013).

A adoção de formas de monitoramento do absenteísmo-doença em uma organização é fundamental para subsidiar a adoção de estratégias que possibilitem melhorias contínuas das condições de trabalho por meio da compreensão do processo de adoecimento dos trabalhadores, suas principais causas e elaboração de formas eficazes de prevenção do adoecimento no ambiente de laboral (SANCINETTI *et al.*, 2011).

Os tipos de adoecimentos mais prevalentes nessas classes de trabalhadores estão relacionados aos transtornos musculoesqueléticos, transtornos de saúde mental e problemas do trato respiratório. Outros agravos de menor frequência, mas não menos importantes, são as afecções do aparelho cardiovascular, os distúrbios do aparelho gastrointestinal e os distúrbios do aparelho geniturinário (SILVA; MARZIALE, 2006; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Gráfico 01. Licenças médicas do mês de julho de 2018.

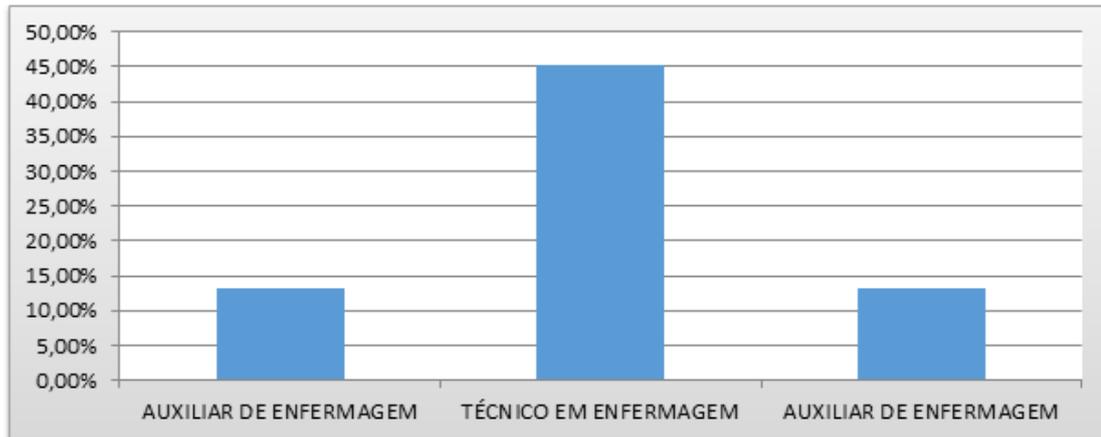


Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem, em particular, tem sido especialmente afetada pelo distúrbio musculoesquelético. Pesquisas realizadas em vários países exibem prevalências superiores a 80% de ocorrência desses distúrbios em trabalhadores de enfermagem (BOTHÁ; BRIDGER, 1998; LAGERSTRÖM *et al.*, 1995); ainda, estudos brasileiros mostram prevalências de 43% a 93% (MAGNAGO *et al.*, 2007).

Percebe-se claramente no Gráfico 01 os picos desproporcionais nas áreas de enfermagem, como auxiliar de enfermagem, enfermeiros e, principalmente, nos técnicos de enfermagem.

Gráfico 02. Licenças na área de enfermagem.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Magnago *et al.* (2007) relatam em suas pesquisas que o ambiente de trabalho, quando em condições adversas, é considerado como fator de risco para o desenvolvimento de alterações no sistema musculoesquelético. Entre os principais fatores de risco relacionados aos distúrbios musculoesqueléticos estão: a organização do trabalho (aumento da jornada de trabalho, horas extras excessivas, ritmo acelerado, déficit de trabalhadores); os fatores ambientais (mobiliários inadequados, iluminação insuficiente); e, as possíveis sobrecargas de segmentos corporais em determinados movimentos, como por exemplo: força excessiva para realizar determinadas tarefas, repetitividade de movimentos e de posturas inadequadas no desenvolvimento das atividades laborais. A exposição contínua e prolongada do corpo aos fatores de risco de tal ambiente favorece o surgimento das doenças ocupacionais (GURGUEIRA; ALEXANDRE; CORRÊA FILHO, 2003).

Em busca de categorização, os dados qualitativos aqui apresentados nos indicam uma primeira categoria de análise que definimos como: dados qualitativos. São estes dados que fortalecem os quantitativos apresentados.

4.2 Dados Qualitativos – a subjetividade em busca de categorizações

Igualmente como colocamos nos dados quantitativos, agora adjetivamos os qualitativos como os da subjetividade, trazendo de volta Davel e Vergara (2013, p. 14) para falar da subjetividade no estudo das pessoas:

a subjetividade no estudo das pessoas nas organizações é a de tornar compreensível a experiência humana em sua fonte mais complexa, rica e profunda (...), a subjetividade no pensamento filosófico grego é aquilo que é fundamental do ser humano e que permanece subjacente (...); desigual a interioridade da pessoa, singularidade e a espontaneidade do eu, e tudo aquilo que constrói a individualidade humana e sedimenta qualquer conhecimento possível (...), a subjetividade, a pessoa considerada na administração indica que a noção da pessoa é inseparável da representação da interioridade oposta a representações da exterioridade.

No discurso organizacional, podemos encontrar três níveis de repertórios de ideal de pessoas: a) pessoa como ser múltiplo, dimensional e polivalente; b) pessoa como ser integrado, “criativo”, derivado da versão holística; e, c) pessoa como ser “flexível” e “inovador” derivado dos repertórios da transtonalidade de mundos e da mudança para o novo.

Na perspectiva foucaultiana, o indivíduo não é dado, ele é sempre produto das técnicas sociais e do poder, dos processos de objetivação, subjetivação (...), no plano do discurso a gestão de pessoas pode ser analisada como um discurso pós moderno: a) empregando-se as ideias de Jaques Derrida sobre a indecisão e incontabilidade do significado da gestão de pessoas como uma forma de representação e, então se desconstruindo as hierarquias de caráter de textos normativos (...); b) emprestando-se das palavras de Foucault sobre poder e conhecimento para repensar a gestão de pessoas como um discurso ou um conjunto de práticas para reduzir a indeterminação envolvida no contrato de trabalho (...); e c) empregando-se as ideias da teoria de rede de atores para analisar como a gestão com pessoas pode ser vista como um discurso criado para sustentar os interesses de uma rede de pessoas (LEGGE, 1995).

Por enquanto, as questões da subjetividade, tanto quanto a da objetividade, merecem atenção na gestão organizacional e precisam ser mais amplamente admitidas na gestão de pessoas no plano do discurso: a gestão continua a declarar pessoas como estratégias. Alguns fatos indicam que elas ainda são/estão frequentemente inscritas em um movimento de racionalização permanente de custos (demissão em massa) e da busca desenfreada da flexibilidade (contratos de trabalhos temporários, terceirização, etc.) a curto prazo dentro da esfera da objetividade. A orientação de Legge (1995) em relação às políticas de gestão de

peçoas é de que as organizações precisam proporcionar aos indivíduos mecanismos de comprometimento com os objetivos organizacionais, ou seja, uma busca constante pela excelência, mas em um ambiente flexível, opondo-se, portanto, ao ambiente estruturado, impresso pelo modelo clássico de gestão.

Assim, a partir do Quadro 08 o texto produzido pelos participantes do estudo foi orientado pela análise de conteúdo.

4.2.1 Análise de conteúdo de 21 profissionais de saúde

É sempre em torno de três pólos cronológicos que são a pré-análise do conteúdo bruto das respostas, as expressões do material e os tratamentos dos resultados. Após uma leitura geral para a familiarização com o material produzido, sem nos deixar “invadir” por expressões e orientações por analogia com a atitude do psicanalista, foi utilizada uma das regras sugeridas por Bardin (2011) que é a da exaustividade, levando em conta todos os elementos encontrados nos textos.

Optou-se pela Unidade de Registro que é a unidade de significação a codificar, e que corresponde ao seguimento de conteúdo a considerar como Unidade Base, visando a categorização e a contagem frequencial e a ordem do recorte pode ser semântica ou lexical, por exemplo, uma frase, uma palavra e uma palavra-tema – embora a palavra NÃO tenha uma definição precisa em linguística, ser suscitada se for permanente.

4.2.2 Resultados das entrevistas com os profissionais de saúde

As respostas sobre o DRH e a promoção de saúde produziram um quadro com 13 questões solicitadas, que são introduzidos com a síntese de um texto de suas falas.

Quadro 08. Promoção da saúde promovidas pelo DRH.

Questões																					
	Não	Sim	Desconhece	Existe	Tem	Nunca	Murais	Memorandos	Redes Sociais	Folders	Nenhum	Sem contribuição	Qualidade de vida no trabalho	Proporcionar	Prevenção	Melhorar	Controle de infecção	Prevenção	Diminuição de faltas no trabalho	Infelizmente	Absenteísmo
Q 1	01												05	02	05	03	01				
Q 2	13		04																		
Q 3	06														03	01			03	07	03
Q 4	14										02	02								01	
Q 5	17																				
Q 6	06	04	08	01	01																
Q 7	16																			01	
Q 8	17																				
Q 9		17											01								
Q 10	17																				
Q 11	10	06	01		01																
Q 12			01			05	06	06	03	01											
Q 13	16					02															
Total	133	27	14	01	02	07	06	06	03	01	02	02	06	02	05	04	01	03	07	02	03

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Este quadro resulta da localização do NÃO e do SIM nos textos produzidos sobre promoção da saúde.

Quadro 09. Unidades de Registro da palavra NÃO.

Nº	UNIDADES DE REGISTRO	Nº	UNIDADES DE REGISTRO
1	Não que eu saiba	26	Em murais
2	Sim, mas não chega aos servidores	27	Em folders
3	Tem, mas não temos acesso às informações	28	Memorando
4	Existe, mas não chega aos servidores	29	Em redes sociais
5	Infelizmente não	30	À vezes pessoalmente
6	Sim, com certeza	31	Nunca fui informado
7	Qualidade de vida no trabalho	32	O RH nunca divulga ações de saúde
8	Melhores condições de trabalho	33	Não me lembro de receber
9	Reflete no nosso dia a dia	34	Nunca divulgou nenhuma ação de promoção de saúde
10	Precisamos estar com saúde	35	Não houve contribuição
11	Bem dispostos para trabalhar melhor	36	Não existem ações
12	Com saúde trabalha melhor	37	Nenhum programa que surtiu efeito
13	Com certeza é muito importante	38	Não tiveram contribuições
14	Saúde e bem-estar é igual felicidade no trabalho	39	Proporcionando qualidade de vida
15	Sem dúvidas reflete o trabalho prestado	40	Bem-estar
16	Nunca fui chamado	41	Prevenção de doenças
17	Tem sim, poucas, mas tem	42	Prevenção de acidentes de trabalho

18	Tem sim, já participei ministrando oficina	43	Controle de infecção
19	Sempre tem capacitação	44	Desconheço
20	Com equipe multiprofissional	45	Diminuição do absenteísmo
21	Tem algumas capacitações	46	Não existem ações
22	Já participei de uma	47	Prevenção de acidentes
23	Nunca fui convidado	48	Diminuição da falta
24	Nunca vi divulgação	49	Nunca participei de ação de promoção à saúde pela SESAU e CEREST
25	Desconheço		

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Sumário – 133 Questões – 49 unidades de registro. 133 NÃO indicam que nem os profissionais de saúde e o DRH sabem sobre promoção de ações de saúde do trabalhador.

Quadro 10. Unidades de registro da palavra SIM.

Nº	UNIDADES DE REGISTRO	Nº	UNIDADES DE REGISTRO
1	Qualidade de Vida no Trabalho	17	Sim, com saúde trabalhamos melhor
2	Prevenção de acidentes	18	Com certeza é muito importante
3	Prevenção de doenças	19	Saúde e bem-estar é igual a felicidade no trabalho
4	Melhores condições de trabalho	20	Reflete no trabalho prestado
5	Bem-estar no trabalho	21	Tem sim, poucas, mas tem
6	Controle de infecção hospitalar	22	Já participei ministrando oficinas
7	Diminuição do absenteísmo	23	Sempre têm capacitações com equipes multiprofissionais
8	Redução do número de faltas	24	Tem sim algumas capacitações
9	Diminuir afastamentos por motivo de doença	25	Sim, já participei de uma
10	Melhor qualidade no atendimento	26	Folders
11	Sim, mas não chega aos servidores	27	Murais
12	Tem, mas não temos acesso às informações	28	Memorandos
13	Sim, com certeza	29	Redes sociais
14	QVT, melhores condições de trabalho refletem no nosso trabalho	30	In loco
15	Sim, sem dúvidas	31	Às vezes pessoalmente
16	Sim, precisamos estar saudáveis e bem dispostos para trabalhar		

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Sumário – 31 Unidades de Registro–27 SIM, eles sabem que existe ou existiram ações de saúde para o trabalhador no DRH. Esses dados aqui apresentados são consequentes de todas as respostas dadas a esta questão, o que nos indicam as tabelas anteriores que trataram dos motivos da procura pelo DRH, das condições ambientais, dos espaços e das ausências por adoecimentos que transpassaram nos dados qualitativos.

4.2.3 Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

Quadro 11. Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 1º Gestor-Gerente de Recursos Humanos.

Princípios	Texto bruto	Unidade de Registro
P1	Sabe e se aplica. Procuram solucionar os problemas dos servidores referentes ao trabalho (questões burocráticas).	1. PROCURAM SOLUCIONAR os problemas dos servidores referentes ao trabalho 2. Questões burocráticas
P2	Sabe e não se aplica. No setor de RH do Hospital Geral de Roraima não são realizadas ações de promoção à saúde. A gerente citou que a Secretaria de Saúde realiza ações que envolvem todos os servidores da saúde, inclusive os servidores do HGR. Quando questionado se os servidores participam, a mesma respondeu que sim. Foi questionado se não havia no Hospital nenhum setor que realizasse essas ações de promoção da saúde dos profissionais de saúde e a gestora respondeu que o hospital possuía o setor chamado Cuidando do Cuidador e o CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) que, eventualmente, realizavam ações de promoção da saúde dos servidores.	3. No setor de RH do Hospital Geral de Roraima NÃO são realizadas ações de promoção a saúde . 4. A Secretaria de Saúde REALIZA ações que ENVOLVEM todos os servidores da saúde . 5. Servidores do HGR . 6. Quando questionado se os servidores PARTICIPAM , a mesma respondeu que sim. 7. O hospital POSSUÍA o setor chamado CUIDANDO do Cuidador . 8. O CCIH (Comissão de Controle de Infecção hospitalar) . 9. REALIZAVAM ações de promoção da saúde dos servidores.
P3	Sabe e se aplica. Possuem normas e rotinas do RH e os profissionais de saúde têm acesso a datas, prazos, pontos, entrega de autorização de atraso, faltas, formulários, etc.	10. POSSUEM normas e rotinas do RH. 11. Os profissionais de saúde têm acesso as datas. 12. Prazos. 13. Aos pontos. 14. ENTREGA de autorização de atraso. 15. Faltas. 16. Formulários.
P4	Sabe e não se aplica no RH. Mas o setor Cuidando do Cuidador, setor que cuida dos profissionais, possui enfermeiros, médicos... se o servidor necessitar de consulta é só agendar, são solicitados exames também.	17. Setor CUIDANDO do Cuidador . 18. Setor que CUIDA dos profissionais. 19. POSSUI enfermeiros. 20. Médicos. 21. Se o servidor NECESSITAR de consulta é só agendar. 22. SÃO SOLICITADOS exames também.
P5	Não sabe e não se aplica.	
P6	Sabe e aplica. Há bastante comunicação e diálogos com os gerentes, pessoalmente, por telefone, redes sociais....	23. HÁ bastante comunicação . 24. Diálogos com os gerentes. 25. Pessoalmente. 26. Por telefone. 27. Redes sociais.
P7	Sabe e não se aplica ao RH, o setor Cuidando do Cuidador realiza ações de prevenção e proporciona essa integralidade, dependendo do problema do profissional ele é encaminhado ao setor, acidente de trabalho....	28. O setor CUIDANDO do Cuidador REALIZA ações de prevenção . 29. PROPORCIONA essa integralidade. 30. DEPENDENDO do problema do profissional ele É ENCAMINHADO ao setor. 31. Acidente de trabalho.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 12. Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 2º Gestor- Núcleo Saúde do Trabalhador.

Princípios	Texto bruto	Unidade de Registro
P1	Sabe e aplica. O setor procurava atender os servidores quanto a saúde, e em breve serão realizados os exames periódicos e hoje são atendidos os servidores que sofreram algum acidente de trabalho.	1. PROCURAVA ATENDER os servidores quanto a saúde. 2. Em breve SERÃO realizados os exames periódicos. 3. Hoje são atendidos os servidores que SOFREM algum acidente de trabalho.
P2	Sabe e aplica. Quando iniciarem os exames periódicos, a coordenadora acredita que vão realizar a promoção da saúde dos profissionais, e com a CIPA a prevenção de acidentes no trabalho, prevenção de doenças ocupacionais e proporcionar qualidade de vida no trabalho.	4. Quando INICIAREM os exames periódicos. 5. A coordenadora ACREDITA que VÃO REALIZAR promoção de saúde dos profissionais e com a CIPA. 6. A PREVENÇÃO de doenças ocupacionais. 7. PROPORCIONAR qualidade de vida no trabalho.
P3	Não sabe e não se aplica. Terá a formalização de rotina após a elaboração do PCMSO e PPRA.	8. TERÁ a formalização de rotina após a elaboração do PCMSO e PPRA.
P4	Sabe e se aplica. Todos terão acesso aos exames periódicos e todas as ações registradas no PPRA.	9. Todos TERÃO acesso aos exames periódicos. 10. E todas as ações REGISTRADAS no PPRA.
P5	Sabe e se aplica. Assim que a CIPA estiver funcionando e as ações do PPRA.	11. Prudência das ações de Promoção, Proteção e Prevenção sobre assistência, reabilitação e reparação. 12. Assim que a CIPA ESTIVER funcionando. 13. As ações do PPRA.
P6	Sabe e aplica. Há uma ótima comunicação com a gestora sempre que precisamos dela.	14. HÁ uma ótima comunicação. 15. Com gestora sempre que PRECISAMOS dela.
P7	Sabe e aplica. O atendimento integral serão os exames periódicos, serão as atividades preventivas e as assistenciais a volta dos atendimentos laboratoriais.	16. Integralidade (atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas). 17. Sem prejuízo dos serviços assistenciais. 18. Atendimento integral SERÃO os exames periódicos. 19. SERÃO as atividades preventivas. 20. E as assistenciais a VOLTA dos atendimentos laboratoriais.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 13. Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 3º Gestor- Controle de Infecção Hospitalar.

Princípios	Texto bruto	Unidade de Registro
P1	Sabe e aplica. Somos sempre muito bem atendidos no RH, quando necessitamos.	1. SOMOS sempre muito bem atendidos no RH. 2. Quando necessitamos.
P2	Sabe e aplica. Existe o setor Saúde do Trabalhador, antes chamado de Cuidando do Cuidador, este setor realiza ações voltadas à promoção da saúde do trabalhador. Este setor está se estruturando ainda conforme as recomendações do Ministério do Trabalhador e da Comissão	3. EXISTE o setor Saúde do Trabalhador. 4. Antes chamado de cuidando do cuidador. 5. Este setor REALIZA ações voltadas à promoção da saúde do trabalhador. 6. Este setor ESTÁ se ESTRUTURANDO ainda conforme as recomendações do Ministério do Trabalhador. 7. E a Comissão (CCIH) também REALIZA

	(CCIH), também realiza ações de promoção à saúde dos profissionais.	ações de promoção à saúde dos profissionais .
P3	Sabe e aplica. Temos rotina pré estabelecida no setor.	8. TEMOS rotina pré estabelecida no setor.
P4	Sabe e aplica. Os profissionais terão acesso às ações e serviços à saúde através do setor Saúde do Trabalhador que está se estruturando.	9. Os profissionais TERÃO acesso às ações e serviços a saúde . 10. Através do setor Saúde do Trabalhador que ESTÁ se estruturando.
P5	Sabe e aplica. Estamos sempre buscando realizar ações preventivas e educativas. O Setor Saúde do Trabalhador faz assistência aos profissionais que sofreram acidentes no trabalho e está se estruturando para a prevenção de acidentes no trabalho, e o CCIH trabalha a prevenção de infecção hospitalar.	11. ESTAMOS sempre BUSCANDO REALIZAR ações preventivas e educativas. 12. O Setor Saúde do Trabalhador faz assistência aos profissionais. 13. Que SOFRERAM acidentes no trabalho. 14. EESTÁ se estruturando para a prevenção de acidentes no trabalho . 15. E o CCIH TRABALHA a prevenção de infecção hospitalar .
P6	Sabe e aplica. Temos sim um bom diálogo com o RH.	16. TEMOS sim um bom diálogo com o RH.
P7	Sabe e aplica. Temos sim esse atendimento integral, ou pelo menos procuramos dar esse atendimento integral, com o setor saúde do trabalhador acredito que vão melhorar as ações, porque aqui no setor CCIH realizamos apenas ações preventivas relacionadas à infecção hospitalar.	17. TEMOS sim esse atendimento integral. 18. Ou pelo menos PROCURAMOS DAR esse atendimento integral. 19. Com o setor saúde do trabalhador . 20. ACREDITO que VÃO melhorar as ações. 21. Porque aqui no setor CCIH REALIZAMOS apenas ações preventivas relacionadas à infecção hospitalar .

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 14. Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 4º Gestor-Enfermagem.

Princípios	Texto bruto	Unidade de Registro
P1	Sabe e aplica. Sim, mas não 100%, devido a muita burocracia e processos, a meu ver, desnecessários.	1. Sim, mas não 100%. 2. Devido a muita burocracia e processos. 3. Desnecessários.
P2	Não sabe e não se aplica. Não tem no hospital.	1. Não TEM no hospital .
P3	Sabe e aplica. Sim, tanto os protocolos como os rops (rotinas operacionais padrão).	1. Sim, tanto os protocolos como os rops (rotinas operacionais padrão).
P4	Sabe e aplica. Não na totalidade. São atendidos quando necessitam e com relação as vacinas, porque é obrigatório. Não tem PPRA, estão ainda planejando o setor Cuidando do Cuidador, que é um setor que realizava algumas ações de promoção à saúde, mas que não está atendendo no momento por não ter formalização e padrões...o setor está se estruturando para atender as exigências do Ministério do Trabalho, hoje só atende os acidentes de trabalho.	1. Não na totalidade. 2. São ATENDIDOS quando NECESSITAM . 3. Com relação as vacinas . 4. Porque É obrigatório. 5. Não TEM PPRA. 6. ESTÃO ainda PLANEJANDO o setor Cuidando do Cuidador. 7. É um setor que REALIZAVA algumas ações de promoção à saúde . 8. Mas que não ESTÁ atendendo no momento por não TER formalização e padrões. 9. O setor ESTÁ se ESTRUTURANDO para ATENDER as exigências do Ministério do Trabalho. 10. Hoje só ATENDE os acidentes de trabalho.
P5	Sabe e aplica. No caso de promoção voltada a assistência, passam por cursos, triagens realizadas pelo setor Ensino e	11. No caso de promoção VOLTADA a assistência. 12. PASSAM por cursos.

	Pesquisa e com a sua gestão.	13. Triagens REALIZADAS pelo setor Ensino e Pesquisa e com a sua gestão.
P6	Sabe e aplica. Temos sim um diálogo com a gestora do RH, conseguimos resolver quase sempre os problemas burocráticos referentes ao trabalho.	14. TEMOS sim um diálogo com a gestora do RH. 15. Conseguimos RESOLVER quase sempre os problemas burocráticos referentes ao trabalho.
P7	Sabe e aplica. Esta preocupação está vindo agora com a implantação da CIPA.	16. Esta preocupação ESTÁ VINDO agora com a implantação da CIPA.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 15. Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 5º Gestor-Assistente Social.

Princípios	Texto bruto	Unidade de Registro
P1	Sabe e aplica. Consegue resolver todos os problemas burocráticos dos seus funcionários. E os funcionários também são sempre atendidos.	1. CONSEGUE RESOLVER todos os problemas burocráticos dos seus funcionários. 2. E os funcionários também SÃO sempre atendidos.
P2	Não sabe e não se aplica. O Setor Cuidando do Cuidador e o CCIH realizam algumas ações, mas são muito raras.	3. O Setor CUIDANDO do Cuidador e o CCIH REALIZAM algumas ações. 4. Mas SÃO muito raras.
P3	Sabe e aplica. Existe sim rotina dos profissionais, mas no momento o setor está com poucos profissionais, então estamos atendendo por demanda.	5. EXISTE sim rotina dos profissionais. 6. Mas no momento o setor ESTÁ com poucos profissionais. 7. Então ESTAMOS ATENDENDO por demanda.
P4	Sabe e aplica. O setor Cuidando do Cuidador atende os profissionais e a sala de vacinas também.	8. O setor CUIDANDO do Cuidador ATENDE os profissionais. 9. E a sala de vacinas também.
P5	Não sabe e não se aplica. Não existem ações de prevenção, preparação... não que tenhamos conhecimento.	10. Não EXISTEM ações de prevenção. 11. Preparação. 12. Não que TENHAMOS conhecimento.
P6	Sabe e aplica. Tenho um bom relacionamento com a gestora de RH, sempre prestativa e consegue resolver a maioria dos problemas.	13. TENHO um bom relacionamento com a gestora de RH. 14. Sempre prestativa . 15. CONSEGUE RESOLVER a maioria dos problemas.
P7	Sabe e aplica. Há atendimento integral, mas não preventivo.	16. HÁ atendimento integral. 17. Mas não preventivo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 16. Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 6º Gestor-Nutrição.

Princípios	Texto bruto	Unidade de Registro
P1	Sabe e aplica. Apenas questões burocráticas, não tem nenhuma ação motivacional.	1. Apenas questões burocráticas. 2. Não TEM nenhuma ação motivacional.
P2	Não sabe e não se aplica. Não tem.	3. Não TEM .
P3	Sabe e aplica. Existe a rotina estabelecida no setor.	4. EXISTE a rotina estabelecida no setor.
P4	Não sabe e não se aplica. Poderíamos ser melhor assistidos. Só participamos de ações relacionadas à vacina.	5. PODERÍAMOS SER melhor assistidos. Só PARTICIPAMOS de ações relacionadas à vacina .
P5	Não sabe e não se aplica. Não existem ações voltadas para a promoção, proteção	6. Não EXISTEM ações VOLTADAS para a promoção, proteção e prevenção.

	e prevenção. E no setor nunca aconteceu acidente de trabalho, não havendo reabilitação, nem reparação. A promoção não acontece.	7. No setor nunca ACONTECEU acidente de trabalho. 8. Não HAVENDO reabilitação, nem reparação. A promoção não ACONTECE .
P6	Sabe e aplica. Existe sim. A gestora é bastante atenciosa.	9. EXISTE sim. 10. A gestora É bastante atenciosa.
P7	Não sabe e não se aplica. Não acontece. Não tem!	11. Não ACONTECE . 12. Não TEM!

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 17. Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 7º Gestor-Terapia e Suporte.

Princípios	Texto bruto	Unidade de Registro
P1	Sabe e aplica. Todos os profissionais de saúde são atendidos pelo RH para resolver problemas burocráticos, mas antes eles tentam resolver as pendências com o gestor.	1. Todos os profissionais de saúde SÃO ATENDIDOS pelo RH. 2. Para RESOLVER problemas burocráticos. 3. Mas antes eles TENTAM RESOLVER as pendências com o gestor.
P2	Não sabe e não se aplica. Desconheço, se tiver ações não são bem divulgadas.	4. Desconheço. 5. Se TIVER ações não SÃO bem divulgadas.
P3	Sabe e aplica. O setor possui rotinas, principalmente para os plantões.	6. O setor possui rotinas. 7. Principalmente para os plantões.
P4	Sabe e aplica. Tem o setor Cuidando do Cuidador que hoje é Saúde do Trabalhador, eles realizam algumas ações voltadas à saúde.	8. TEM o setor Cuidando do Cuidador. 9. Que hoje é Saúde do Trabalhador . 10. Eles realizam algumas ações VOLTADAS à saúde .
P5	Sabe e aplica. Apenas o setor Saúde do Trabalhador, mas eles param de atender, pois estão se reestruturando, hoje estão atendendo apenas casos de acidentes do trabalho.	11. Apenas o setor Saúde do Trabalhador . 12. Mas eles PARAM de ATENDER . 13. Pois ESTÃO se REESTRUTURANDO . 14. Hoje ESTÃO ATENDENDO apenas casos de acidentes do trabalho.
P6	Sabe e aplica. Temos um bom diálogo com a gestora e conseguimos resolver todos os problemas burocráticos com a mesma.	15. TEMOS um bom diálogo com a gestora. 16. E conseguimos RESOLVER todos os problemas burocráticos com a mesma.
P7	Não sabe e não aplica. Desconheço ações relacionadas a atividades preventivas, apenas assistenciais e, mesmo assim, o setor não está mais atendendo. Esperamos que voltem a atender e realizem ações preventivas com reestruturação.	17. Desconheço ações RELACIONADAS a atividades preventivas. 18. Apenas assistenciais. 19. E, mesmo assim, o setor não está mais ATENDENDO . 20. ESPERAMOS que VOLTEM a atender. 21. E REALIZEM ações preventivas com reestruturação.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 18. Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 8º Gestor-Médica.

Princípios	Texto bruto	Unidade de Registro
P1	Sabe e aplica. Sempre que precisamos do RH somos atendidos.	1. Sempre que PRECISAMOS do RH somos atendidos.
P2	Sabe e se aplica. Temos o setor hoje Saúde do Trabalhador que está se reestruturando para realizar essas ações. Hoje só atende casos de acidentes de trabalho, mas atenderá todos os servidores.	2. TEMOS o setor hoje Saúde do Trabalhador . 3. Que ESTÁ se reestruturando para realizar essas ações. 4. Hoje só ATENDE casos de acidentes de trabalho. 5. Mas ATENDERÁ todos os servidores.

P3	Sabe e aplica. Temos rotinas pré-estabelecidas dependendo da área. Trauma, centro cirúrgico, enfermaria...	6. TEMOS rotinas pré-estabelecidas DEPENDENDO da área. 7. Trauma. 8. Centro cirúrgico. 9. Enfermária.
P4	Sabe e aplica. Quando o setor Saúde do Trabalhador estiver reestruturado teremos acesso às ações de saúde.	10. Quando o setor Saúde do Trabalhador ESTIVER reestruturado. 11. TEREMOS acesso às ações de saúde .
P5	Sabe e aplica. Hoje temos a CCIH que trabalha a prevenção de infecção hospitalar, realiza algumas ações e a assistência é dada pela necessidade.	12. Hoje temos a CCIH que TRABALHA a prevenção de infecção hospitalar. 13. REALIZA algumas ações. 14. E a assistência É dada pela necessidade.
P6	Sabe e aplica. Temos uma boa relação com o RH. São sempre atenciosos no atendimento e a gestora sempre disposta a resolver os problemas burocráticos relacionados ao trabalho.	15. TEMOS uma boa relação com o RH. 16. SÃO sempre atenciosos no atendimento. 17. E a gestora sempre disposta a RESOLVER os problemas burocráticos relacionados ao trabalho.
P7	Sabe e não se aplica. Teremos quando o setor Saúde do Trabalhador tiver reestruturado, realizando realmente a promoção da saúde, com ações preventivas.	18. TEREMOS quando o setor Saúde do Trabalhador tiver reestruturado. 19. REALIZANDO realmente a promoção da saúde . 20. Com ações preventivas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 19. Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – 9º Gestor-Farmácia.

Princípios	Texto bruto	Unidade de Registro
P1	Sabe e aplica. Assuntos burocráticos, documentos.	1. Assuntos burocráticos. 2. Documentos.
P2	Não sabe e não se aplica. Não reconheço que existem ações de promoção da saúde no trabalho.	3. Não RECONHEÇO que EXISTEM ações de promoção da saúde no trabalho .
P3	Sabe e aplica. Temos rotina no setor, só não é formalizada.	4. TEMOS rotina no setor. 5. Só não É formalizada.
P4	Sabe e aplica. Setor Cuidando do Cuidador promove algumas ações e atende os profissionais; as ações que são realizadas não são bem divulgadas.	6. Setor CUIDANDO do Cuidador PROMOVE algumas ações. 7. E ATENDE os profissionais. 8. As ações que SÃO REALIZADAS não SÃO bem divulgadas.
P5	Sabe e aplica. Controle de infecção hospitalar (CCIH).	9. Controle de infecção hospitalar (CCIH) .
P6	Sabe e aplica. Mais ou menos, poderia ser melhor esse diálogo com os gestores.	10. Mais ou menos. 11. PODERIA SER melhor esse diálogo com os gestores.
P7	Sabe e aplica. De maneira parcial, devido a problemas de comunicação.	12. De maneira parcial. 13. Devido a problemas de comunicação.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Sumário- 07 questões – 63 respostas – 240 Unidades de Registro

4.2.4 Promoção da saúde pelo Departamento de Recursos Humanos

Neste item estão demonstrados os dados produzidos pelos profissionais que buscam o DRH para serem atendidos ou para saberem sobre as ações de saúde, consoante está proposto

nas Políticas de Saúde. Os profissionais que responderam a estas questões são profissionais da área de saúde.

Quadro 20. Promoção da saúde (Recursos Humanos) – 1º Gestor.

Questões	Texto Bruto	Unidade de Registro
Q 1	Reconhecer o trabalho do servidor, proporcionar o bem-estar para ele, porque se eu estou no local adequado, em um bom ambiente, a minha produção será maior.	1. RECONHECER o trabalho do servidor. 2. PROPORCIONAR o bem-estar para ele. 3. Porque se eu estou no local adequado, em um bom ambiente, a minha produção SERÁ maior.
Q 2	No Recursos Humanos do HGR não, mas no RH da Secretaria de Saúde sim. São desenvolvidos programas envolvendo todas as unidades de saúde. E o setor Cuidando do Cuidador poderia realizar essas ações, mas por ser um setor novo, realiza poucas ações.	4. No Recursos Humanos do HGR não. 5. Mas no RH da Secretaria de Saúde sim. 6. SÃO desenvolvidos programas envolvendo todas as unidades de saúde. 7. O setor CUIDANDO do Cuidador PODERIA REALIZAR essas ações, mas por ser um setor novo, REALIZA poucas ações.
Q 3	Melhora a produção, o servidor é reconhecido, autoestima, melhora tudo para o servidor. A gestora reconhece a importância dessas ações e reconhece que o RH do HGR deveria gerenciar os setores que realizam essas ações.	8. MELHORA a produção. 9. O servidor É reconhecido. 10. Autoestima. 11. Melhora tudo para o servidor. 12. A gestora RECONHECE a importância dessas ações. 13. RECONHECE que o RH do HGR DEVERIA GERENCIAR os setores que REALIZAM essas ações.
Q 4	Não possui informações sobre programas.	14. Não POSSUI informações sobre programas.
Q 5	O RH não possui programas que visem a melhoria da qualidade de vida dos profissionais, apenas a Secretaria de Saúde promove essas ações. Nossas ações aqui são voltadas às questões burocráticas relacionadas ao trabalho.	15. O RH não POSSUI programas que VISEM a melhoria da qualidade de vida dos profissionais. 16. Apenas a Secretaria de Saúde PROMOVE essas ações. 17. Nossas ações aqui SÃO voltadas às questões burocráticas RELACIONADAS ao trabalho.
Q 6	A Secretaria de Saúde.	18. A Secretaria de Saúde .
Q 7	Não. O RH do hospital só trabalha questões burocráticas relacionadas ao trabalho.	19. Não. 20. O RH do hospital só TRABALHA questões burocráticas relacionadas ao trabalho.
Q 8	O setor Cuidando do Cuidador realiza algumas atividades relacionadas à saúde dos profissionais.	21. O setor CUIDANDO do Cuidador REALIZA algumas atividades relacionadas à saúde dos profissionais.
Q 9	Com certeza é fundamental o cuidado à saúde do trabalhador e a busca do bem-estar. O profissional bem cuidado, cuidará melhor dos seus pacientes.	22. Com certeza É fundamental o cuidado à saúde do trabalhador. 23. BUSCA do bem-estar. 24. O profissional bem cuidado, CUIDARÁ melhor dos seus pacientes .
Q 10	Creio que há, sim, a participação de alguns profissionais nas ações dos setores Cuidando do Cuidador e CCIH.	25. CREIO que há, sim. 26. A participação de alguns profissionais nas ações dos setores CUIDANDO do Cuidador e CCIH . 27. CUIDANDO do Cuidador e CCIH .
Q 11	São realizadas algumas capacitações pelo departamento de ensino e pesquisa e pelo CCIH (Controle de Infecção hospitalar). O departamento de ensino e pesquisa faz todo o	28. SÃO REALIZADAS algumas capacitações. 29. Departamento de ensino e pesquisa e pelo CCIH (Controle de Infecção hospitalar) .

	planejamento e a logística dos treinamentos do HGR.	30. O departamento de ensino e pesquisa FAZ todo o planejamento. 31. Logística. 32. Treinamentos do HGR.
Q 12	Ofícios, memorandos, redes sociais...	33. Ofícios. 34. Memorandos. 35. Redes sociais.
Q 13	Divulgamos, sim, quando é solicitado...mas na maioria das vezes não chega a divulgação no RH. Divulgamos em redes sociais (WhatsApp). “O hospital está passando por um dos piores momentos, pois não há planejamento de recursos, materiais e humanos na Secretaria de Saúde. Faltam medicamentos, estrutura física para atender os pacientes e servidores”. “O problema do hospital não são os imigrantes, o problema de planejamento vem antes do problema de imigração, que apenas piorou a situação”.	36. DIVULGAMOS sim. 37. Quando É solicitado. 38. Mas na maioria das vezes não CHEGA a divulgação no RH. 39. DIVULGAMOS em redes sociais (WhatsApp). 40. O hospital ESTÁ PASSANDO por um dos piores momentos. 41. Não HÁ planejamento de recursos. 42. Materiais. 43. Humanos. 44. Secretaria de Saúde . 45. Faltam medicamentos . 46. Estrutura física para ATENDER os pacientes e servidores. 47. O problema do hospital não SÃO os imigrantes. 48. O problema de planejamento VEM antes do problema de imigração. 49. Imigração. 50. Apenas PIOROU a situação.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 21. Promoção da Saúde (Núcleo Saúde do Trabalhador)– 2º Gestor.

Questões	Texto Bruto	Unidade de Registro
Q 1	Prevenção de doenças e acompanhamento da saúde dos servidores e proporcionar mais qualidade de vida do trabalhador.	1. Prevenção de doenças . 2. Acompanhamento da saúde dos servidores . 3. PROPORCIONAR mais qualidade de vida do trabalhador.
Q 2	SIPAT – Foi realizada uma semana de ações referentes a prevenção de acidentes no trabalho, com brindes, palestras e no último dia foi realizada uma caminhada em frente ao hospital, referente a prevenção de acidentes no trabalho. O CEREST participou. Foi realizada, também, uma ação sobre fluxograma de acidente de trabalho nos setores do hospital. Já está sendo planejada a SIPAT deste ano, no qual será abordado o tema qualidade de vida no trabalho. Recentemente (há três meses) foi realizada uma palestra sobre a CIPA. Apenas 5% dos servidores participaram.	4. SIPAT – FOI REALIZADA uma semana de ações referentes a prevenção de acidentes no trabalho . 5. Com brindes. 6. Palestras. 7. E no último dia FOI REALIZADA uma caminhada em frente ao hospital . 8. Referente a prevenção de acidentes no trabalho . 9. O CEREST PARTICIPOU . 10. FOI REALIZADA , também, uma ação sobre fluxograma de acidente de trabalho nos setores do hospital. 11. Já ESTÁ SENDO planejada a SIPAT deste ano. 12. SERÁ ABORDADO o tema qualidade de vida no trabalho. 13. Recentemente (há três meses) FOI REALIZADA uma palestra sobre a CIPA. 14. Apenas 5% dos servidores PARTICIPARAM .
Q 3	O profissional terá mais conhecimento e dessa	15. O profissional TERÁ mais conhecimento.

	forma poderá dar um atendimento de melhor qualidade. Por isso, precisamos atualizar os profissionais quanto as questões de saúde, para que ele possa atender com mais qualidade os pacientes.	16. Dessa forma PODERÁ DAR um atendimento de melhor qualidade. 17. Por isso, PRECISAMOS ATUALIZAR os profissionais. 18. Quanto às questões de saúde . 19. Para que ele possa atender com mais qualidade os pacientes .
Q 4	Levando conhecimento aos profissionais de saúde, lembrando da importância do cuidado à saúde.	20. Levando conhecimento aos profissionais de saúde . 21. Lembrando da importância do cuidado a saúde .
Q 5	Já tiveram ações integradas, não existe, hoje, uma integração de setores voltadas para ações de promoção da saúde.	22. Já TIVERAM ações integradas. 23. Não existe, hoje, uma integração de setores VOLTADAS para ações de promoção da saúde .
Q 6	O CEREST	24. O CEREST.
Q 7	Sim. O SIPAT e algumas ações isoladas.	25. Sim. O SIPAT e algumas ações isoladas.
Q 8	Sim, há dois anos na criação do setor Cuidando do Cuidador que hoje é Saúde do Trabalhador.	26. Sim, HÁ dois anos na criação do setor CUIDANDO do Cuidador. 27. Hoje É Saúde do Trabalhador .
Q 9	Sim. Com certeza. É fundamental que os profissionais estejam bem de saúde para poderem trabalhar bem e com qualidade. Ausência de doença não é saúde. Lembrando da importância da saúde mental, não somente da física.	28. Sim. Com certeza. 29. É fundamental que os profissionais ESTEJAM bem de saúde . 30. Para PODEREM TRABALHAR bem e com qualidade. 31. Ausência de doença não é saúde . 32. Lembrando da importância da saúde mental, não somente da física .
Q 10	Sim, principalmente com a CIPA agora.	33. Sim, principalmente com a CIPA agora.
Q 11	Sim, na SIPAT participaram profissionais de várias áreas no planejamento e elaboração da programação da semana.	34. Sim, na SIPAT PARTICIPARAM profissionais de várias áreas no planejamento. 35. e elaboração da programação da semana.
Q 12	SIPAT – foi através de folder, nos murais, convite direto aos servidores em mãos.	36. SIPAT- FOI através de folder, nos murais, convite direto aos servidores em mãos.
Q 13	Sim, o RH sempre nos ajuda a divulgar. “Participaram dos eventos citados apenas 5% dos servidores”.	37. Sim, o RH sempre nos ajuda a DIVULGAR . 38. PARTICIPARAM dos eventos citados apenas 5% dos servidores.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 22. Promoção da Saúde (Controle de Infecção Hospitalar) – 3º Gestor.

Questões	Texto Bruto	Unidade de Registro
Q 1	Prevenção de doenças, promover conhecimento aos profissionais e diminuição do absenteísmo.	1. Prevenção de doenças. 2. PROMOVER conhecimento aos profissionais. 3. Diminuição do absenteísmo.
Q 2	O hospital está estruturando o setor saúde do trabalhador, voltados à prevenção de acidentes no trabalho. Nós também realizamos ações como o Dia D (envolve todos os setores e profissionais de saúde) e o projeto paciente seguro (projeto de diminuição de infecção hospitalar na UTI). O Dia D é um dia escolhido para a conscientização e educação dos profissionais de saúde quanto a infecção hospitalar. Neste dia promovemos várias ações, palestras, ações específicas nos setores, distribuição de	4. O Hospital ESTÁ estruturando o setor saúde do trabalhador . 5. A prevenção de acidentes no trabalho. 6. Nós também REALIZAMOS ações como o Dia D . 7. Envolve todos os setores e profissionais de saúde . 8. Projeto paciente seguro . 9. Projeto de diminuição de infecção hospitalar na UTI . 10. O Dia D É um dia ESCOLHIDO para a conscientização e educação dos profissionais de

	kits de higiene....	saúde. 11. Quanto a infecção hospitalar . 12. Neste dia PROMOVEMOS várias ações. 13. Palestras. 14. Ações específicas nos setores. 15. Distribuição de kits de higiene.
Q 3	Melhorando o atendimento.	16. Melhorando o atendimento.
Q 4	Melhoram muito, trazendo informação e conscientização a nós profissionais. É claro que estamos longe de promover a saúde dos profissionais, no sentido de cuidar da saúde, mas estamos engatinhando. As ações são importantes e refletem na qualidade de atendimento dos profissionais junto aos pacientes.	17. MELHORAM muito. 18. TRAZENDO informação e conscientização a nós profissionais. 19. É claro que ESTAMOS longe de PROMOVER a saúde dos profissionais . 20. No sentido de cuidar da saúde . 21. Mas ESTAMOS engatinhando. 22. As ações SÃO importantes. 23. REFLETEM na qualidade de atendimento dos profissionais junto aos pacientes.
Q 5	As ações são integradas, mas são os mesmos profissionais que participam. Procuramos sim melhorar a qualidade de vida dos profissionais, mas sabemos que estamos muito longe ainda disso.	24. As ações SÃO integradas. 25. Mas SÃO os mesmos profissionais que participam. 26. PROCURAMOS sim melhorar a qualidade de vida dos profissionais . 27. Mas SABEMOS que ESTAMOS muito longe ainda disso.
Q 6	Não. A SESAU pouco dá apoio.	28. A SESAU pouco DÁ apoio.
Q 7	Agora que vai começar com a estruturação do setor Saúde do Trabalhador.	29. Agora que VAI COMEÇAR com a estruturação do setor Saúde do Trabalhador .
Q 8	Sim. Foi criado nos últimos dois anos o setor Cuidando do Cuidador que está sendo reestruturado.	30. FOI CRIADO nos últimos dois anos o setor CUIDANDO do CUIDADOR que está sendo REESTRUTURADO .
Q 9	Com certeza. Trabalhamos com saúde e doença e a promoção da saúde dos profissionais de saúde reflete no trabalho prestado à sociedade.	31. Com certeza. 32. TRABALHAMOS com saúde . 33. Doença . 34. Promoção da saúde dos profissionais de saúde . 35. REFLETE no trabalho prestado à sociedade.
Q 10	Participam sim, mas a colaboração das pessoas é pouca. Então, contamos com um grupo de pessoas que sempre participam da elaboração e execução das ações.	36. PARTICIPAM sim. 37. Mas a colaboração das pessoas É pouca. 38. Então CONTAMOS com um grupo de pessoas. 39. Que sempre PARTICIPAM da elaboração e execução das ações.
Q 11	Sim. Sempre tem capacitações envolvendo vários profissionais.	40. Sempre TEM capacitações ENVOLVENDO vários profissionais.
Q 12	Memorandos, murais, in loco e folders.	41. Memorandos. 42. Murais. 43. In loco. 44. Folders.
Q 13	Não. O RH não faz divulgação. Nós mesmos que fazemos a divulgação.	45. O RH não FAZ divulgação. 46. Nós mesmos que FAZEMOS a divulgação.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 23. Promoção da Saúde (Enfermagem) – 4º Gestor.

Questões	Texto Bruto	Unidade de Registro
Q 1	Prevenção de acidentes, de doenças...	17. Prevenção de acidentes. 18. De doenças .
Q 2	Nós tínhamos o setor Cuidando do Cuidador (o setor está se readequando a normas do	19. Nós TÍNHAMOS o setor CUIDANDO do Cuidador .

	Ministério do Trabalho) e o CCIH que também realiza algumas ações de promoção à saúde.	20. O setor ESTÁ se readequando a normas do Ministério do Trabalho. 21. CCIH que também REALIZA algumas ações de promoção a saúde .
Q 3	Prevenção de acidentes, de doenças. Diminuição de custos devido a diminuição do absenteísmo, que é absurda no hospital.	22. Prevenção de acidentes. 23. De doenças . 24. Diminuição de custos devido a diminuição do absenteísmo. 25. Que É absurda no hospital .
Q 4	Já participei há muito tempo atrás e contribui sim, com mais conhecimento.	26. Já PARTICPEI há muito tempo atrás. 27. E CONTRIBUIU sim. 28. Com mais conhecimento.
Q 5	Quando tem, sim.	29. Quando TEM , sim.
Q 6	Tem, mas são campanhas pontuais com a Secretaria de Saúde (SESAU), como outubro rosa, novembro azul...(programas nacionais). Eu participo às vezes.	30. TEM , mas SÃO campanhas pontuais com a Secretaria de Saúde (SESAU) . 31. Como outubro rosa . 32. Novembro azul . 33. Programas nacionais. 34. Eu PARTICIPO às vezes.
Q 7	Sim. Através dos setores citados, Cuidando do Cuidador e CCIH.	35. Através dos setores citados, CUIDANDO do Cuidador e CCIH .
Q 8	Sim. Nos últimos dois anos.	36. Nos últimos dois anos.
Q 9	Sim. Com certeza. A prevenção diminui o absenteísmo e melhora a qualidade do trabalho.	37. Com certeza. 38. A prevenção DIMINUI o absenteísmo. 39. MELHORA a qualidade do trabalho .
Q 10	Não. Nunca fui chamada e nem os servidores que trabalham comigo.	40. Nunca FUI chamada. 41. Nem os servidores que TRABALHAM comigo.
Q 11	Tem, principalmente com o setor de Terapia e Suporte, este setor faz a ligação entre os setores. Recentemente aconteceu uma ação sobre LER/DORT.	42. TEM , principalmente com o setor de Terapia e Suporte. 43. Este setor FAZ a ligação entre os setores. 44. Recentemente ACONTECEU uma ação sobre LER/DORT.
Q 12	Memorando, murais, folders, raramente convidam pessoalmente.	45. Memorando. 46. Murais. 47. Folders. 48. Raramente CONVIDAM pessoalmente.
Q 13	Não. O RH não divulga ações de promoção de saúde, só divulga informações voltadas a questões burocráticas do trabalho, como cadastramento, cronogramas...	49. O RH não DIVULGA ações de promoção de saúde . 50. Só DIVULGA informações voltadas a questões burocráticas do trabalho. 51. Cadastramento. 52. Cronogramas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 24. Promoção da Saúde (Assistente Social) – 5º Gestor.

Questões	Texto Bruto	Unidade de Registro
Q 1	Melhor qualidade no processo saúde/doença.	1. Melhor qualidade no processo saúde/doença .
Q 2	Não possui. A CIPA está em processo de criação, tinha um setor que atendia os profissionais, mas ouvi falar que não existe mais.	2. Não possui . 3. A CIPA está em processo de criação. 4. Tinha um setor que atendia os profissionais. 5. Mas ouvi falar que não existe mais.
Q 3	Se cuidamos do cuidador, consequentemente vai gerar melhoria no cuidado aos pacientes e familiares (acompanhantes).	6. Se cuidamos do cuidador . 7. Consequentemente vai gerar melhoria no cuidado aos pacientes . 8. E familiares (acompanhantes).
Q 4	Se houvesse, com frequência, programas e	9. Se houvesse , com frequência, programas.

	ações de saúde, não sofreríamos tanto com a altíssima taxa de absenteísmo.	10. Ações de saúde. 11. Não SOFRERÍAMOS tanto. 12. Com a altíssima taxa de absenteísmo.
Q 5	Existem atividades multiprofissionais apenas para atender alguma necessidade específica.	13. EXISTEM atividades multiprofissionais. 14. Apenas para ATENDER alguma necessidade específica.
Q 6	Desconheço.	15. Desconheço.
Q 7	Não, ou nunca somos convidados.	16. Não, ou nunca SOMOS convidados.
Q 8	Não. Acontecem muito raramente palestras.	17. Não. ACONTECEM muito raramente palestras.
Q 9	Sim, com certeza. Precisamos estar bem de saúde para trabalharmos bem. Falo de corpo, mente e espírito.	18. Sim, com certeza. 19. PRECISAMOS ESTAR bem de saúde para trabalharmos bem. 20. Corpo, mente e espírito.
Q 10	Não. Nunca fomos convidados para participar de planejamento e elaboração de ações voltadas à promoção da saúde.	21. Não. Nunca FOMOS convidados. 22. PARTICIPAR de planejamento e elaboração de ações VOLTADAS à promoção da saúde.
Q 11	Houve uma palestra recentemente com duas psicólogas sobre a saúde e bem-estar do trabalhador. Não fui, pois o setor estava desfalcado.	23. HOUVE uma palestra recentemente com duas psicólogas. 24. Sobre a saúde e bem-estar do trabalhador. 25. Não fui, pois o setor ESTAVA desfalcado.
Q 12	Quando tem, como essa palestra, foi através de memorando, in loco e murais.	26. Quando TEM. 27. Como ESSA palestra. 28. FOI através de memorando. 29. In loco. 30. E murais.
Q 13	O RH nunca divulgou nenhuma ação de promoção à saúde.	31. O RH nunca DIVULGOU nenhuma ação de promoção à saúde.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 25. Promoção da Saúde (Nutrição) – 6º Gestor.

Questões	Texto Bruto	Unidade de Registro
Q 1	Tentar prevenir possíveis patologias e trazer qualidade no serviço prestado. Além da qualidade de vida do trabalhador e diminuição do absenteísmo.	1. TENTAR PREVENIR possíveis patologias. 2. E TRAZER qualidade no serviço prestado. 3. Além da qualidade de vida do trabalhador. 4. Diminuição do absenteísmo.
Q 2	Que eu saiba não. Pela SESAU também não...apenas datas específicas como outubro rosa e novembro azul, mas nada para o HGR. Deveriam ter ações específicas para o Hospital Geral.	5. Que eu saiba não. 6. Pela SESAU também não. 7. Apenas datas específicas. 8. Como outubro rosa. 9. E novembro azul. 10. Mas nada para o HGR. 11. DEVERIAM ter ações específicas para o Hospital Geral.
Q 3	De várias formas, levando conhecimento aos profissionais, motivando-os. Estimulando os profissionais para que os mesmos trabalhem com mais cuidado e mais qualidade.	12. De várias formas. 13. LEVANDO conhecimento aos profissionais. 14. MOTIVANDO -os. 15. ESTIMULANDO os profissionais. 16. Para que os mesmos TRABALHEM com mais cuidado e mais qualidade.
Q 4	Não contribuí por não ter esses programas e ações.	17. Não CONTRIBUI por não TER esses programas e ações.
Q 5	Não há integração, pelo menos não com a Nutrição.	18. Não HÁ integração. 19. Pelo menos não com a Nutrição.
Q 6	Não.	20. Não.
Q 7	Tinha um setor chamado Cuidando do Cuidador que atendia os profissionais e realizava algumas ações, mas não atende	21. TINHA um setor chamado CUIDANDO do Cuidador. 22. Que ATENDIA os profissionais.

	mais.	23. E REALIZAVA algumas ações. 24. Mas não ATENDE mais.
Q 8	Não que eu saiba.	25. Não que eu SAIBA .
Q 9	Com certeza. Acredito que muitos problemas que temos hoje no hospital poderiam ser resolvidos, se houvesse esse cuidado com a saúde dos profissionais. O absentismo é um deles...	26. Com certeza. 27. ACREDITO que muitos problemas que TEMOS hoje no hospital . 28. PODERIAM ser RESOLVIDOS . 29. Se HOUVESSE esse CUIDADO com a saúde dos profissionais . 30. O absentismo É um deles.
Q 10	Não existe. Mas acho muito importante a participação dos profissionais, principalmente o profissional de nutrição.	31. Não existe. 32. Mas ACHO muito importante a participação dos profissionais. 33. Principalmente o profissional de nutrição .
Q 11	Não. Já ouvi falar de treinamentos realizados pelo setor de Ensino e Pesquisa, mas o setor de nutrição nunca foi convidado. “Quando queremos implantar algo novo, nós mesmos elaboramos o treinamento, arcamos com tudo”.	34. Não. 35. JÁ OUVI FALAR de treinamentos. 36. REALIZADOS pelo setor de Ensino e Pesquisa. 37. Mas o setor de nutrição nunca FOI convidado. 38. Quando QUEREMOS IMPLANTAR algo novo. 39. Nós mesmos ELABORAMOS o treinamento. 40. ARCAMOS com tudo.
Q 12	Se existe, nós não somos convidados e nem comunicados.	41. Se EXISTE , nós não SOMOS CONVIDADOS . 42. E nem COMUNICADOS .
Q 13	Não.	43. Não.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 26. Promoção da Saúde (Terapia e Suporte) – 7º Gestor.

Questões	Texto Bruto	Unidade de Registro
Q 1	Reduzir custos, atender melhor a população.	1. REDUZIR custos, ATENDER melhor a população.
Q 2	Não possui.	2. Não POSSUI .
Q 3	Atendendo melhor a população e diminuindo o absentismo.	3. ATENDENDO melhor à população. 4. E DIMINUINDO o absentismo.
Q 4	Não tem contribuído, pois não tenho conhecimento das ações voltadas à saúde.	5. Não TEM contribuído. 6. Pois não TENHO conhecimento das ações voltadas a saúde .
Q 5	Não.	7. Não.
Q 6	Desconheço.	8. Desconheço.
Q 7	A enfermagem faz ações, mas é restrito à enfermagem.	9. A enfermagem FAZ ações, mas é restrito à enfermagem .
Q 8	Desconheço.	10. DESCONHEÇO .
Q 9	Sem dúvida. Hoje temos vários funcionários afastados do trabalho por problemas de saúde, principalmente por problemas de coluna. Se houvesse ações educativas, preventivas e assistenciais, reduziríamos muito esses afastamentos.	11. Sem dúvida. 12. Hoje TEMOS vários funcionários afastados do trabalho. 13. Por problemas de saúde . 14. Principalmente problemas de coluna. 15. Se HOUVESSE ações educativas. 16. Preventivas. 17. E assistenciais. 18. REDUZIRÍAMOS muito esses afastamentos.
Q 10	Não. Se houvesse ações, muitos funcionários iriam participar da elaboração e das ações de promoção à saúde.	19. Não. 20. Se HOUVESSE ações. 21. Muitos funcionários IRIAM PARTICIPAR da elaboração. 22. E das ações de promoção a saúde .

Q 11	Capacitação tem um pouco mais. As capacitações são realizadas pelo Departamento de Ensino e Pesquisa ou pelos próprios setores.	23. Capacitação TEM um pouco mais. 24. As capacitações SÃO REALIZADAS pelo Departamento de Ensino e Pesquisa ou pelos próprios setores.
Q 12	Memorandos e murais quando tem.	25. Memorandos. 26. E murais quando tem.
Q 13	Não lembro de receber informações do RH quanto a eventos e ações de promoção de saúde.	27. Não lembro de RECEBER informações do RH. 28. Quanto a eventos. 29. E ações de promoção de saúde .

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 27. Promoção da Saúde (Médica) – 8º Gestor.

Questões	Texto Bruto	Unidade de Registro
Q 1	Melhores condições de trabalho.	1. Melhores condições de trabalho .
Q 2	Desconheço.	2. DESCONHEÇO .
Q 3	Menos afastamento, melhor rendimento no trabalho e oferecer o melhor ao paciente.	3. Menos afastamento. 4. Melhor rendimento no trabalho. 5. E oferecer o melhor ao paciente .
Q 4	Trazendo conhecimento, mas temos pouquíssimas ações.	6. TRAZENDO conhecimento. 7. Mas TEMOS pouquíssimas ações.
Q 5	Não.	8. Não.
Q 6	A Secretaria não coopera com nada.	9. A Secretaria não COOPERA com nada.
Q 7	O Setor Saúde do trabalhador em breve estará promovendo ações de promoção à saúde e a Comissão de Infecção Hospitalar do hospital (CCIH)	10. O Setor Saúde do trabalhador em breve estará PROMOVENDO ações de promoção à saúde. 11. E a Comissão de Infecção Hospitalar do hospital (CCIH) .
Q 8	Podemos dizer que houve uma melhora, sim, nos últimos anos.	12. PODEMOS DIZER que houve uma melhora, sim, nos últimos anos.
Q 9	Sim. Pessoas saudáveis produzem mais e melhor.	13. Sim. 14. Pessoas saudáveis produzem mais e melhor.
Q 10	De forma alguma.	15. De forma alguma.
Q 11	Não.	16. Não.
Q 12	Murais e memorandos.	17. Murais. 18. E memorandos.
Q 13	Não.	19. Não.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 28 Promoção da Saúde (Farmácia) – 9º Gestor.

Questões	Texto Bruto	Unidade de Registro
Q 1	Melhora da saúde dos pacientes.	1. Melhora da saúde dos pacientes .
Q 2	Possui um setor chamado Cuidando do Cuidador, eles fazem, apesar da má divulgação dessas ações. “Eu fui convidada apenas uma vez e para dar uma palestra”.	2. POSSUI um setor chamado CUIDANDO do Cuidador . 3. Eles FAZEM . 4. Apesar da má divulgação dessas ações. 5. Eu FUI CONVIDADA apenas uma vez. 6. E para DAR uma palestra”.
Q 3	Ter mais conhecimento sobre os perigos e prevenção de doenças.	7. TER mais conhecimento sobre os perigos. 8. E prevenção de doenças .
Q 4	Trazendo conhecimento, isso quando tem palestras.	9. TRAZENDO conhecimento. 10. Isso quando TEM palestras.
Q 5	Não existe integração.	11. Não EXISTE integração.
Q 6	Não que eu saiba.	12. Não que eu saiba.
Q 7	Tem um setor, mas tem pouquíssimas ações e mal divulgadas.	13. TEM um setor. 14. Mas TEM pouquíssimas ações. 15. E mal divulgadas.

Q 8	Não. Tem o setor Cuidando do Cuidador, mas quase não tenho conhecimento de ações.	16. Não. 17. TEM o setor CUIDANDO do Cuidador . 18. Mas quase não TENHO conhecimento de ações.
Q 9	Sim. Trabalhamos com saúde, é fundamental a nossa promoção da saúde física e mental.	20. Sim. 21. TRABALHAMOS com saúde. 22. É fundamental a nossa promoção da saúde física . 23. Emental .
Q 10	Fui convidada uma vez para falar sobre automedicação, mas os funcionários não são convidados para participar, muito menos para a elaboração das ações.	24. FUI CONVIDADA uma vez para FALAR sobre automedicação. 25. Mas os funcionários não SÃO convidados para PARTICIPAR . 26. Muito menos para a ELABORAÇÃO das ações.
Q 11	Pouquíssimas palestras educacionais.	27. Pouquíssimas palestras educacionais.
Q 12	Murais.	28. Murais.
Q 13	Não. O RH nunca divulgou ações voltadas à promoção da saúde. Acho que eles nem ficam sabendo também.	29. Não. 30. O RH nunca DIVULGOU ações voltadas à promoção da saúde . 31. ACHO que eles nem FICAM SABENDO também.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Sumário – 13 questões – 117 Respostas – 336 Unidades de Registro.

De acordo com os dados, temos a seguinte síntese geral:

- 20 respostas sobre o espaço DRH – NÃO – 133;
- 16 respostas sobre o espaço DRH – SIM – 49;
- Unidades de Registro 80 (Espaço);
- 63 respostas sobre os Princípios de Segurança e Saúde (7 X 9);
- Unidades de Registro 240 (Princípios de Segurança e Saúde);
- 117 respostas sobre Promoção da Saúde (13 X 9);
- Unidades de Registro 336 (Promoção da saúde).

Quadro 29. Síntese da análise de conteúdos.

LOCAL DE PRODUÇÃO	NÃO	SIM	UNIDADE DE REGISTRO
AMBIENTE / DRH	133/147	49	80
PNSST	16	150	240
PROMOÇÃO DA SAÚDE	29	331	336
TOTAL	525	530	532

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS

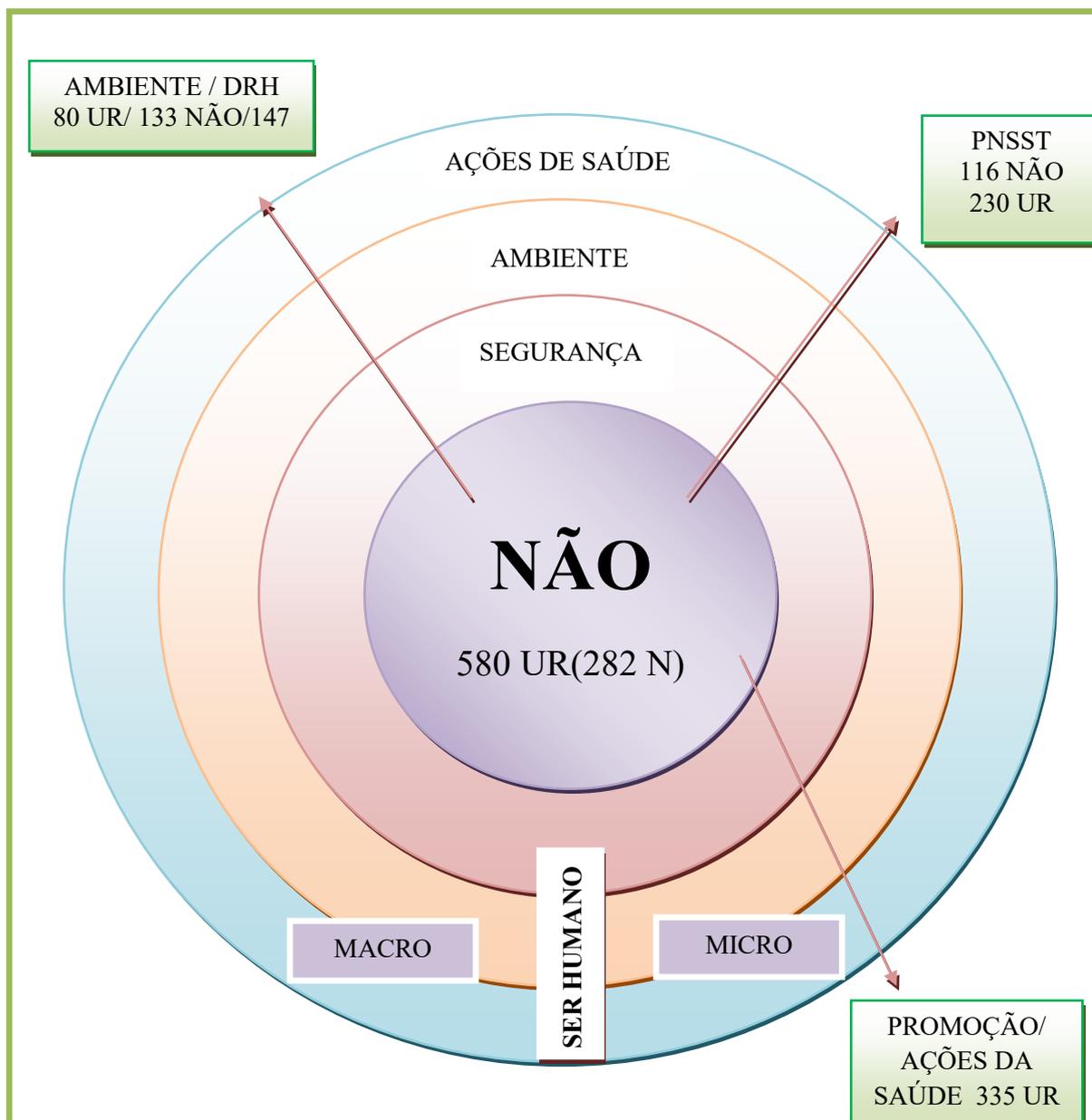
5.1 Considerações Introdutórias

Trabalhamos exaustivamente os dados e, mesmo assim, a exaustão nunca acaba e nunca estamos satisfeitos. É importante dizer, nessa caminhada, que o caminho não foi fácil, principalmente quando descobrimos que o nosso saber é “frágil” por vários motivos, e que para a gestão não bastam ter normas, protocolos, modelos, pois tudo, na maioria das vezes, depende de nós “seres humanos”, forte e frágeis, envolvidos e não envolvidos. A cada passo estávamos com os dados diante de nós e ficamos, muitas vezes, muito tristes de tanto NÃO dentro dos textos e como um significado inesperado, mesmo entendendo que existia um risco epistemológico, quais seja: saber os resultados antes de olhar para eles.

O encontro com as categorias que são quanti-qualitativas nos obrigou a considerar a objetividade e a subjetividade, bem como do que está dito e não realizado, mas o ser humano “sempre” tem “ânimo” para sair o mais rápido das encruzilhadas. Acreditamos, assim, que construímos um conhecimento próprio de nossas escolhas e de nossa realidade. Foi um estudo que nos fez pensar o tempo todo em flexibilizar nosso discurso “duro da racionalização de gestão” para considerá-la um campo subjetivo, que deve ter conexão direta com o mundo sensível para dentro dos espaços para que produzam suas próprias ideias, suas coisas e sua própria tecnologia para se cuidar.

No trabalho exaustivo de encontrar as categorias, criamos uma imagem, figura 11 Ambiente, Princípios e promoção da saúde para, depois, dominá-la a partir de muitas reflexões. Nos concentramos nos temas centrais e em uma palavra portadora do significado “NÃO”.

Figura 11. Ambiente, Princípios e promoção da saúde



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Essa imagem 1 nos orientou a destacar três Unidades de análise:

- a) 1º Categoria – Gestão do Ambiente;
- b) 2º Categoria – Gestão da Segurança; e,
- c) 3º Categoria – Gestão das Ações de Saúde.

5.2 Ambiente para a Saúde

1ª Categoria

Esta categoria trata do DRH como espaço de cuidar dos funcionários do HGR, principalmente os profissionais da área de saúde. Também é preciso considerar que os dados são de um determinado tempo e lugar.

Consideramos, no Quadro 30, a análise lexical, destacando as palavras plenas que são as portadoras de sentido, bem como mostramos o quadro que deu origem ao NÃO e ao SIM.

Quadro 30. Respostas dos profissionais sobre temas que dizem respeito ao RH e à promoção da saúde.

RESPOSTAS	QUANTIDADE
Não	133
Sim	27
Desconhece	14
Nunca	07 (nunca participam e nunca são convidados)
Dimensionamento de Falta e Absenteísmo	07 + 09 = 16

Fonte. Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com os quadros 02 e 03, o grupo de gerentes da saúde participantes da pesquisa é composto por nove gestores, incluindo a gerente do DRH e 21 profissionais de saúde, sendo que eles produziram os dados sobre ambiente e ações/promoção de saúde. Contudo, os princípios foram produzidos apenas pelos gestores. O Quadro 30 nos apresenta como o DRH é visto pelos gerentes e pelos profissionais de saúde.

Quadro 31. Respostas POSITIVAS sobre o AMBIENTE do DRH.

AMBIENTE	QUANTIDADE
Confortante, Claro e Sem Ruídos	10
Calmos	07
Infraestrutura Física e Material	05
Articulação é Boa	04
Higiene	02

Fonte. Dados da pesquisa, 2018.

Estas realidades mostradas nos quadros 4, 30 e 31 não são privilégios apenas de Roraima, havendo um desleixo ou dificuldades sócio políticas que não resolvem estes problemas.

Quadro 32. Respostas NEGATIVAS sobre o AMBIENTE do DRH.

AMBIENTE	QUANTIDADE
Humanização, Circulação e Ruído	17
Dimensionamento do Espaço	09
Desconforto	06
Infraestrutura	06
Sem Material para o Trabalho	04
Risco	08

Fonte. Dados da pesquisa, 2018.

Os quadros 4, 31 e 32 dos dados quantitativos sobre o ambiente do DRH permitem perceber que todos sabem que é um ambiente insalubre, feio, sujo e que desestimula e adocece os trabalhadores. Na Gestão de Pessoas o ambiente não é prioridade, considerando normal os espaços de trabalho serem um dos piores espaços hospitalares.

Quando perguntado aos profissionais de saúde que motivos os levaram até o DRH, eles responderam, no Quadro 05 e no Quadro 33, sobre estes motivos e como são atendidos.

Quadro 33. Os motivos que os profissionais procuram o DRH e como são atendidos.

É bom e a linguagem é adequada.
Por motivos legais, faltas, licenças, entrega de papéis, atestados, salários e férias.
Não há espaço adequado para ser atendido, ficam em pé na fila, encostados na parede, mas esperam tranquilos.

Fonte. Dados da pesquisa, 2018.

O que apresentamos nos indica pensar que o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde, como o DRH é, estão doentes, não só para os que procuram, mas para quem trabalha neles. É um “lentamente” desencadeador de doenças, não física, mas emocionais e deve ser considerado pela Gestão de RH (GRH) e pelo Gestor Geral do Hospital como um espaço de risco. Para Miranda *et al.* (2008), a noção de ambiente tem sido constantemente associada à de espaço, em variadas e múltiplas dimensões pelo conhecimento e a arte como conceito, definição, teoria, construção técnica, forma, criação estética, visualidade que pode se expandir, adequar, permear, contingenciar, localizar, referenciar, impactar, produzir e ser produzido, enfim ser mutável e mesmo assim permanecer único, singular, caro e sempre presente.

Os espaços de trabalho são ambientes que merecem um outro olhar dos gestores, pois os dados manifestos são informações que também escondem dados latentes, não revelados claramente e, por isso, “o ambiente é doente, está doente e eles adoecem juntos”. Assim, as posições aqui colocadas pelos participantes do estudo devem ser consideradas pelos gestores. Informaram que o trabalho do DRH é burocrático, que eles desenvolvem trabalhos

burocráticos, traduzindo-se em algo que eles não querem ser, bem como que a GRH não é só isso, sendo que o compromisso com a instituição e com os profissionais deveria ser muito maior.

Estamos em tempo de considerar categorias teóricas de fazer, pensar e produzir conhecimentos e ser incluídas no discurso de gestão como CORPO – AMBIENTE – CUIDADOS. O Gráfico 01 confirma o que eles dizem: o DRH só é procurado para doenças ou problemas burocráticos.

É pertinente afirmar que estes profissionais de diferentes áreas da saúde podem, juntos, mostrar que um trabalho interdisciplinar é possível, é interessante e, ao mesmo tempo, desafiador; é possível construir referências de gestão mais maleável, mais flexível e proporcionar intervenções mais saudáveis para o corpo e para o ambiente. Como já afirmamos, o hospital é uma empresa que produz saúde e/ou restaura corpos doentes.

Portanto, assumir que o hospital é espaço ou território da saúde, é assumir que ele tem diferentes pontos de vista que Miranda *et al.* (2008), aproximando-se do discurso de Correia (1995), referem que o espaço geográfico é um dos pontos de vista, ao afirmarem: que o espaço geográfico ora associado a uma porção específica de terra, identificada pela natureza, pelas marcas que a Sociedade ali imprime, ora refere-se a simples localização situando-se indiscriminadamente em diferentes escalas como: a global, a continental, a regional, a estadual, a escala da cidade, do bairro, da rua, de uma casa apenas.

Então, porque não de um hospital? Sabe-se que o mesmo é um território organizado por pessoas que, em sua maioria, são da área da saúde, com competências diversas e especializadas, que usam técnicas e materiais diferentes de uma empresa comum, por exemplo, fazer caixas. O hospital, neste sentido, é o lugar de fazer saúde cujo objeto de manipulação é o corpo.

O DRH, então, pode ser um lugar do NÃO em relação a saúde ambiental, principalmente, onde não há lugar para sentar, tendo que “*esperar encostado na parede como um dócil corpo que não sabe, e nada questiona*”.

Santos (1998) define espaço como um conjunto indissociável de sistema de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunha de uma história escrita pelos processos do passado e do presente. Sabemos, assim, que o DRH é um espaço delimitado dentro de espaços que podem ser entendidos como território: o MACRO que orienta as políticas e as práticas institucionais que definem modelos e protocolos de tratar e diagnosticar os clientes internos (os profissionais de saúde) que cuidam dos clientes externos (pacientes). Corroborando, Santos (1996), um geógrafo que ampliou seu conhecimento sobre espaço para

outras áreas, refere o seguinte: a análise da dimensão espacial do cotidiano ou do conteúdo geográfico pode sobretudo concretizar ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território das ações e das formas geográficas que podem revelar contextos vulneráveis para a saúde e, com isso, contribuir para a tomada de decisão.

Aqui é possível visualizar o organograma do Hospital Geral de Roraima que “mostra” uma organização de especialização funcional, burocrata e preocupada, unicamente, com a doença, os acidentes de trabalho e em reconhecer que CCIH é que faz mais ações de saúde para eles. No entanto, o papel do CCIH não é esse e, sim, de controle de infecção e as ações são muito específicas.

Nessa primeira categoria nossa preocupação é com o AMBIENTE de trabalho do DRH e dos profissionais de saúde de um modo geral, os quais, aqui, devem ser considerados como mentais, orgânicos, funcionais, espirituais, emocionais e subjetivos. Uma outra olhada é para o DRH especificamente como um local de políticas, de encontros, de proposições de cursos diversos que coloca funcionários (profissionais de saúde) em uma outra linha para pensar a vida, a saúde, o lazer e a prevenção de doenças e de riscos de acidentes.

Manter o trabalho saudável é uma forma de continuar produzindo riqueza à saúde. Sendo assim, esta categoria exige de nós uma outra compreensão do que é o DRH, seja ele em que nível estiver, como é o caso do hospital. A categoria exige uma outra compreensão do DRH e dos setores de saúde aqui estudados e relacionados, os quais podem coexistir em um projeto com objetivos comuns, centrando toda base da ação no ambiente que envolve fundamentos ligados ao controle da saúde e à apropriação do espaço como o lugar de novas políticas que não sejam apenas a da doença, mas que se crie neles discussão – ação de política, de economia (da saúde), de cultura, de arte, cada uma delas com dinâmicas próprias e pensar que esta é a nova forma de reconstrução desses espaços, como uma forma integrada a ser seguida.

Os ambientes de trabalho como espaço de saúde na crença e na busca da harmonia e do equilíbrio entre CORPO (homem e mulher) e AMBIENTE para que seja o espaço de produzir e criar ou manter a saúde. Nesse momento, é possível pensar em Hipócrates, quando fala sobre lugar e nos seus princípios de proteção de não colocar em risco a vida do outro pensando nos riscos ambientais.

Em uma mesma linha de pensar está Nightingale (1989), precursora da Enfermagem Moderna/Científica, que sempre se preocupou com as questões que envolvem segurança, riscos e ambientes, destacando, continuamente, que eles precisam estar saudáveis em relação

a um ambiente que tenha água, ausência de riscos, dos ruídos, iluminação, temperatura, higiene e relações humanas.

Ao nos preocupar com o ambiente, pensamos que ele tem a cara da organização a que pertence; estar atento aos discursos de Organização e da Gestão traz sempre a impressão de que tudo é teórico, que não se objetiva na prática do DRH. Pensar que o hospital é produtor de serviços de saúde “sempre”, é entender que eles podem ser vistos como espaços de cultura, de lazer de organismos vivos. Como afirma Morgan (1996, p.43), o DRH deve ser visto como um:

organismo, isto é, um sistema vivo que existe em um ambiente mais amplo do qual dependem em termo da satisfação de suas várias necessidades a medida que se olha a volta do mundo da organização, percebe-se que é possível identificar tipos de organizações em diferentes tipos de ambientes.

A maioria afirma que as ações são burocráticas e isso, consoante Morgan (1996, p.43) está associado ao fato de que:

as organizações burocráticas tendem a funcionar mais eficazmente em ambientes que são estáveis ou de alguma forma protegidos e que tipos muito diferentes são encontrados em regiões mais competitivas e turbulentas, como nas empresas de alta tecnologia (...), além do mais podemos pensar que a teoria da organização transformou-se em um tipo de biologia na qual as distorções e relações entre moléculas, células, organismos complexos, espécies e ecologia são colocadas em paralelo com aquelas entre indivíduos, grupos, organizações (espécies) e sua ecologia social.

Buscando compreender nos dados aqui descritos as diversas possibilidades dentro dos textos construídos pelos participantes, as pessoas que estão imersas dentro dos ambientes de saúde do Hospital e do DRH, ou fora deles, parece viável que possam também olhar para a organização como um cérebro (MORGAN, 1996), isto é, um espaço pensante, porque as pessoas estão nele, o que elas fazem e como se sentem – um SER que se organiza a partir do cérebro e, assim, imprime na empresa a ideia de que é um cérebro organizacional.

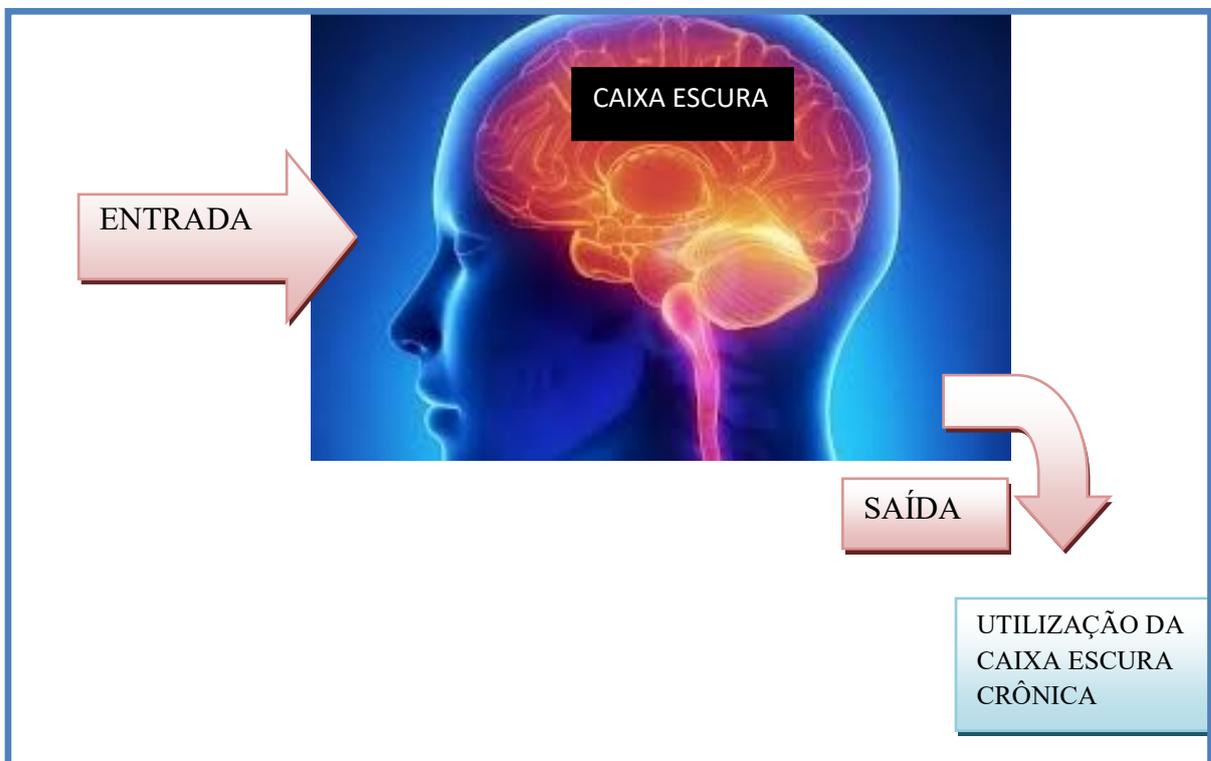
Essa é uma ideia que deve nos encantar e, ao mesmo tempo, nos preocupar pela “força do que ela é capaz”. Ainda, Morgan (1996, p.83) complementa:

esta imagem está centrada na ideia de que o cérebro (o DRH e os departamentos de saúde) funcionam como um sistema de processamento de informações concebidas como um sistema de controle semelhante a um computador complexo ou aparelho de telefone que transmite informação através de impulsos eletrônicos com capacidade para reagrupar padrões

coerentes e imagens de milhões de pedaços separados, como uma sofisticada biblioteca ou banco de memória.

Sendo assim, é possível olhar para o DRH como um banco de informações sobre “todos” os profissionais de saúde do hospital, o que poderia ser arquivado de cada um deles sobre todos que circulam e vão a ele para tratar ou resolver questões pessoais ou não, mas que interferem na Gestão de Pessoas. A Figura 12, a seguir, é uma tentativa de mostrar o que pensamos entender sobre o DRH como cérebro.

Figura 12. DRH como um cérebro.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A caixa escura processa informações de diversos tipos, porque as informações dependem do SER HUMANO. Nesse modo de ver, é preciso considerar que são os burocratas que decidem o que fazer – MOLAR – e que as decisões envolvem estratégias de tomada de decisão e da possibilidade de acreditar que, no DRH, existem:

- a) Sistema de comunicação;
- b) Sistema de tomada de decisão; e,
- c) Sistema de rotinas e mudar de acordo com a filosofia da organização.

Embora não esteja claramente indicado nos dados, poderíamos pensar que o DRH é um micro espaço de cultura, inclusive a Organizacional. Conforme Morgan (1996, p. 115), a palavra cultura derivou “metaforicamente da ideia de cultivo, de processo de lavrar e desenvolver a terra”. Fleury e Fischer (1989, p.117) propõem que:

a cultura é concebida como um conjunto de valores e pressupostos básicos expresso em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto age como elemento de comunicação e consenso, como oculta e instrumentaliza as relações de dominação.

O hospital e, conseqüentemente, seu DRH e os departamentos da área de saúde são espaços organizacionais de pessoas que constroem suas vidas em torno de dias, semanas, usam uniforme, aceitam autoridade e gastam tanto tempo em um único lugar, fazendo sempre coisas iguais e que sem querer, sem perceber valores, dão sentido ao trabalho que fazem, eles que podem fortalecer ou desconstruir as padronizações.

Há de se considerar que o que está no DRH, tanto os gestores que eles procuram para resolver suas questões, como quem trabalha no DRH (micropolíticas), faz parte de uma sociedade que também estabelece vínculos e fluxos de afeto e de políticas e, assim, vai o engajamento dos funcionários que são os instituídos – os meios de força.

Eles têm a imagem de que o DRH pouco faz por eles (por problemas diversos), sendo apenas um espaço de reclamar e resolver problemas e doenças (atestados e licenças). Desta maneira, é preciso pensar em reconfigurações do trabalho, ou gestores do Hospital Geral de Roraima; pensar que existe uma ECOLOGIA de pensar estes espaços a partir de suas práticas com e para as pessoas (por exemplo, até o diretor do hospital é cliente do DRH).

Procurar o DRH é saber que não tem cursos, não tem materiais, não possui ações de cuidado e as que tem não são realizadas pelo DRH. Ainda, que a maioria é específica do CCIH (Comissão de Controle de Infecções Hospitalares) e os sintomas que interessam são: os riscos na manipulação de equipamentos ou materiais e os riscos no trabalho, pois, para o DRH, parece que as doenças e os acidentes são fundamentais. Os espaços estão doentes e os profissionais também, não havendo estratégias para pensar:

- a) Iluminação/escuro;
- b) Aeração/quente;
- c) Ruídos/altos;
- d) Relações Humanas;
- e) Comunicação;

- f) Visão/má iluminação; e,
- g) Higiene.

Como estão registrados através dos dados e nas condições de trabalho:

- a) Ambiente estreito;
- b) Espera em pé no corredor; e,
- c) Equipamentos e materiais de consumo.

O DRH do hospital é um espaço doente e com ideias danosas, como a erva daninha que cresce todo dia depois de cortada, uma vez que, neste espaço, existem enfrentamentos e desequilíbrios que podem ameaçar a vida dos profissionais. Não é impossível pensar uma “gestão ecológica” para as palavras AMBIENTE, ECOLOGIA e POLÍTICAS que parecem não ter conexões, principalmente no hospital. O modo de pensar os espaços da área de saúde como um modo ecológico de ver o hospital está ancorado nas posições de Guattari (2012).

É fundamental acreditar, ainda, que os DRHs devem considerar a sua exterioridade, seja ela social, animal, cósmica. Consoante Guattari (2012), essa relação do exterior com a subjetividade se encontra comprometida em uma espécie de movimento geral de impulsão e de impulsos.

Os DRHs são envolvidos e envolvem outros através de formações políticas, e as instâncias executivas capazes, nesta época, de aprender a problemática de suas implicações. É neste sentido que Guattari (2012) refere que a perspectiva tecnocrática está preocupada com os danos sociais e com os perigos mais evidentes, os quais ameaçam o mesmo ambiente na terra; sair desta perspectiva só pode ocorrer através de uma articulação ético político que ele chama de ECOSOFIA entre três registros ecológicos (o do meio ambiente, o das relações sociais e o da subjetividade humana), que poderiam esclarecer, convenientemente, as três questões.

Como gestores e para gestores as posições aqui colocadas e as leituras feitas como âncoras não nos deixam esquecer que é impossível teorizar sem entender que o SER HUMANO é que mantém e está na empresa-hospital, e, de um modo geral, não se sabe como isso ocorre. Também nos faz pensar no trabalho que atravessa essa categoria, o qual produz, com suas máquinas biológicas, serviços e processos de trabalho, seguindo orientações que vêm da preocupação econômica de Frederick Taylor, com a sua posição de “preservar a economia”, desconsiderando totalmente as questões filosóficas e mesmo as psicológicas sobre

o trabalho – época que só se pensava na máquina e não no homem, uma visão puramente capitalista e econômica.

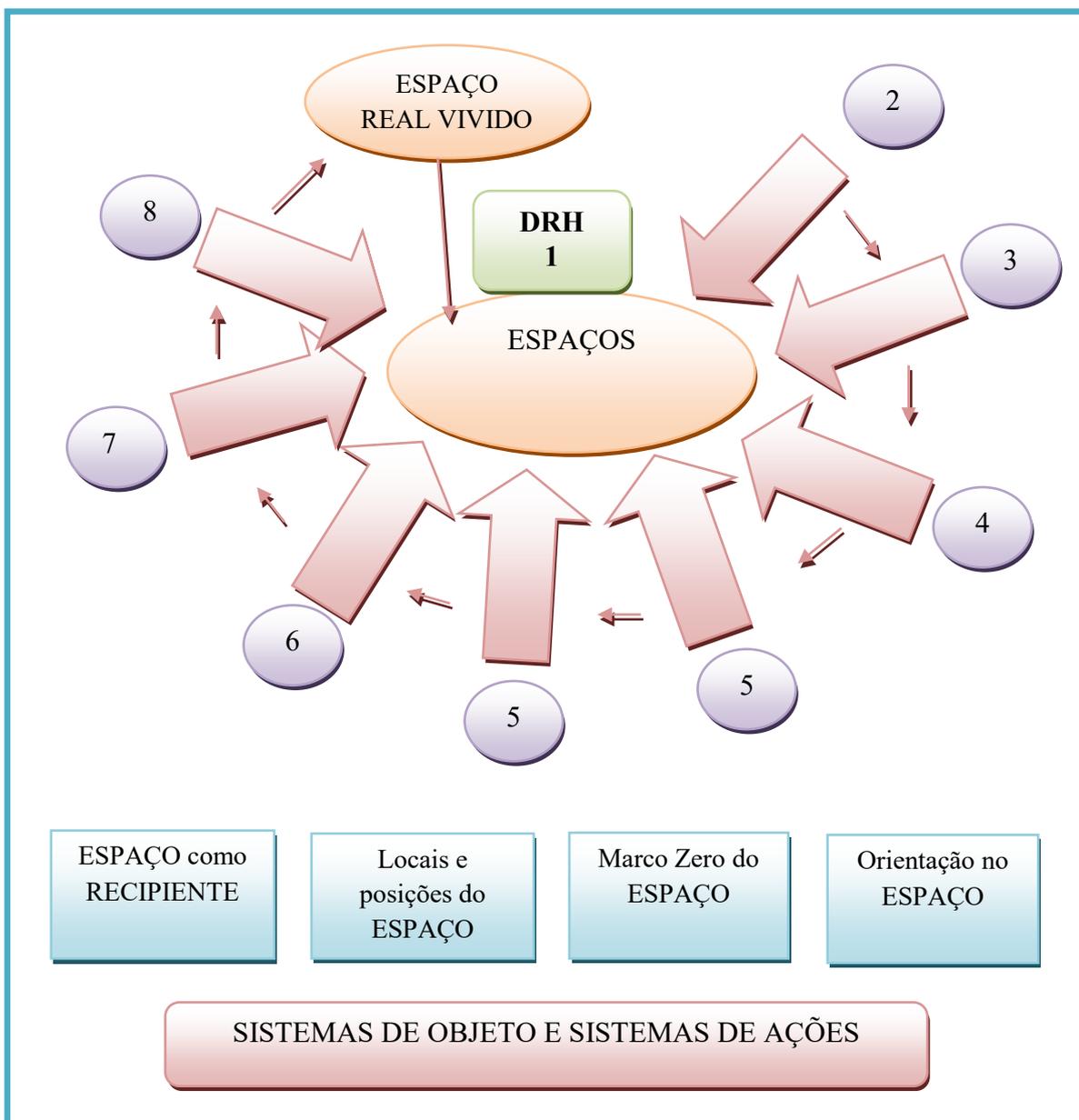
Assim, é plausível pensar que aqueles que administram os Recursos Humanos não poderiam ou não podem ter outra conotação a não ser a de enfrentar problemas de pessoal. Repetir que técnico de enfermagem, enfermeiro e farmacêutico adoecem mais, ainda deve merecer muitas investigações que não devem ser centradas apenas quando a doença se instala, mas em outras dimensões que envolvem o adoecer: tipo de trabalho, falta de material, falta de equipamentos, falta de lazer, falta de recursos para poder viver dignamente e dimensionamento de pessoal.

É relevante incluir, neste estudo, um pensar que é fundamental sobre os DRHs que não se envolvam apenas com atestados médicos, férias, faltas, licenças e outros problemas trabalhistas, mas de pensar a dimensão pessoal de cada um para manter a saúde, com a dimensão fisio-biológica, com a dimensão psicossocial e com a dimensão espiritual. Atualmente, Lucena (2007, p. 55)

lamenta que a Administração de pessoal surgiu quando o trabalho foi organizado e no entanto, desprezou totalmente a organização do trabalho e se concentra apenas no trabalho em si, de forma isolada (...), como o autor nos diz que o grande paradoxo que se enfrenta na administração de pessoal surgiu quando o trabalho foi organizado e, no entanto desprezou totalmente o trabalho em si (...)diz ainda que duas variáveis modernas estão incomodando bastante as bases tradicionais da organização do trabalho: a complexidade (a natureza mutativa dos ambientes externos e internos e a tecnologia).

A Figura 12 é uma imagem do que entendemos sobre a localização do DRH e dos departamentos de saúde do Hospital Geral de Roraima como AMBIENTE/ESPAÇO responsável pelos interesses individuais e coletivos dos profissionais que ali trabalham: portanto, consideramos o DRH como o centro e o apoio aos demais departamentos.

Figura 13. DRH e os departamentos de saúde.



Fonte. Dados da pesquisa, 2018.

Não há uma preocupação institucional com os espaços como produtores de terras, ações e conhecimentos e nem consideram os elementos fixos e fluxos com desencadeadores de agenciamentos por parte dos funcionários. São eles que fazem toda a dinâmica, os movimentos políticos e afetivos e são movidos por sentimentos fortes de lutas como paixões, emoções, razões e libidinais.

O que parece é que os profissionais estão cheios de trabalho, tantos clientes para atender e sem tempo para se preocupar com eles mesmos. O DRH vira apenas um lugar de reclamação, de pessoas desinteressadas por seus problemas, isso sem contar que a maioria está desinteressada por qualquer coisa que pareça lhe interessar: é como se estivéssemos todos

anestesiados. O DRH se instala em um campo particular do hospital que é suscetível de mostrar-se em qualquer direção e autonomia, mas que deve estar integrado à realidade total do hospital. Ele é visto sob um determinado prisma e é responsável em manter todos os funcionários orientados, informados de suas situações e encargos sociais, mas também de educação.

Os profissionais de saúde merecem do DRH um olhar ampliado por que seus espaços de trabalho os submetem a frequentes riscos físicos, biológicos e de comunicação, o que provoca estresses e medos diversos, além de cansaço e dor muscular devido aos movimentos constantes que fazem para cuidar dos clientes, principalmente, os da enfermagem. Assim, os profissionais dos DRHs devem conhecer o trabalho de cada um e saber de que modo podem acolhê-los para fazer a diferença nos sintomas que apresentam. Santos (1999, p.19) chama a atenção para o espaço como “um conjunto indissociável de ações e que devemos considerar a paisagem, a configuração de territorialidade, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido e produtivo, as rugosidades e as formas conteúdo”.

No DRH existem processos básicos para atender os funcionários e leis a serem cumpridas, que chegam ao espaço através do MOLAR. Saber as leis, as normas, os princípios de atenção à saúde do trabalhador, o que acontece cotidianamente sobre os trabalhadores e a natureza do trabalho, faz do DRH um “pequeno mistério do trabalho”. Como descreve Santos (1999,p. 19), é

um trabalho dinâmico com categorias internas que supõem o reconhecimento de alguns processos básicos que envolvem: a ação, a técnica, os objetos, as normas, os eventos, a universalidade e a particularidade, a totalidade e a totalização, a temporalização e a temporalidade, a idealização e a objetivação, os símbolos e ideologia. Explica que:

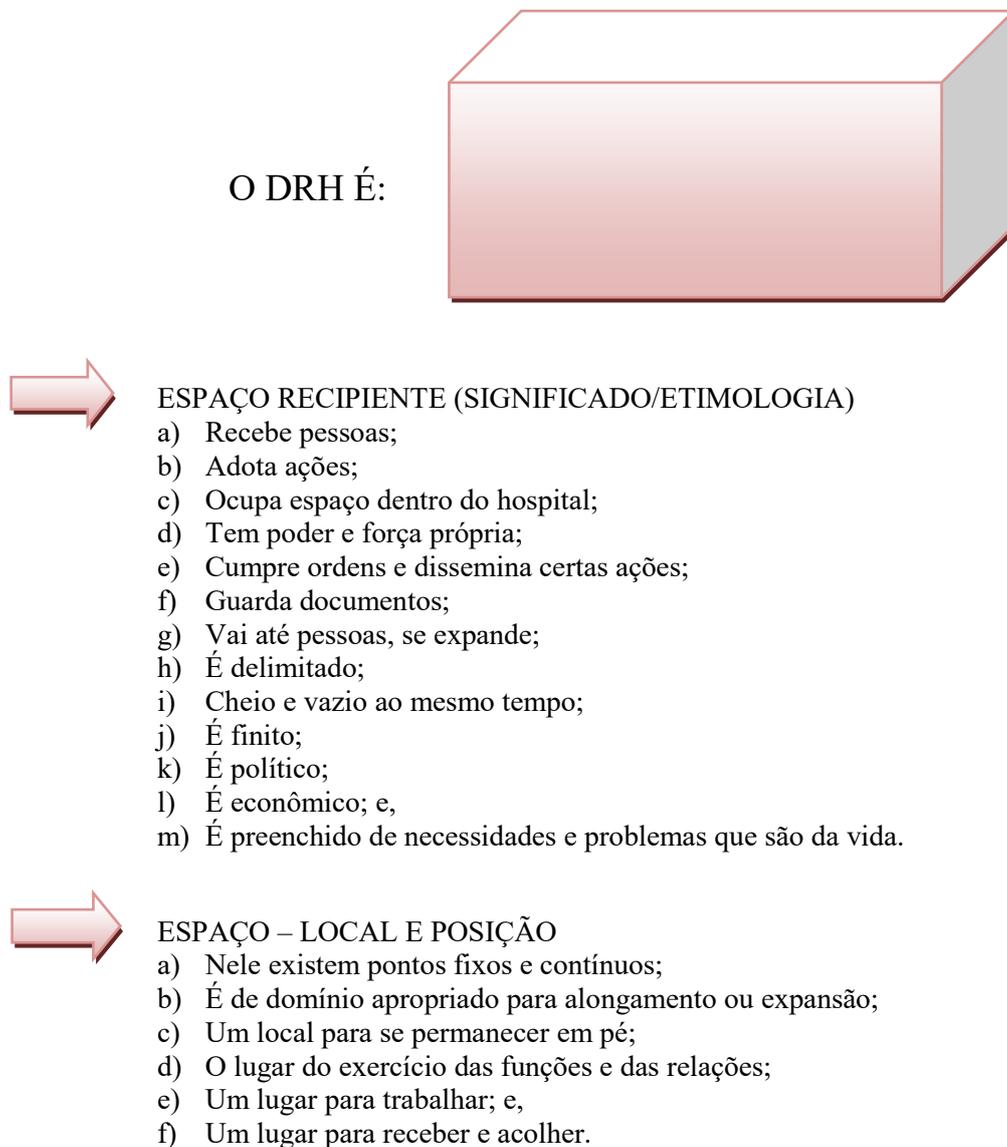
- a) As técnicas são um conjunto de meios instrumentais e sociais com os quais o homem realiza sua vida, produz e ao mesmo tempo cria espaço;
- b) O espaço é formado de objetos, mas não são os objetos que determinam os objetos, é o espaço que determina o objeto;
- c) O tempo como testemunho, um explícito acontecimento do tempo ajuda as pessoas a se orientarem sensível e subjetivamente. Esse explícito reconhecimento do tempo seria o estudo da modernização (dos DRHs) e da difusão de inovações.

As “andanças” para produzir os dados sobre o DRH e os profissionais de saúde do Hospital Geral de Roraima indicam outros caminhos, outros entendimentos do que é o DRH e como ele funciona, assim como das dificuldades que tem para o exercício de seu trabalho. Eles vivem e vivenciam o espaço do DRH do mesmo modo que os outros, têm os mesmos problemas e o mesmo tempo. De acordo com Bollnow (2008, p.18), “o espaço não é

desligado do tempo, ele é corretamente vivido do tempo que é medido em horas e tem a ver com a temporalidade da existência humana”.

Ainda segundo o autor, ele é um espaço de tempo que tem eixo derivado do espaço matemático, o que significa dizer que o espaço é meu, vivo nele a maior parte do tempo vivido, onde trabalho como meio de vida e de viver. Sabemos que esse discurso é singular e parece difícil de ser compreendido, mas tem sentido quando o autor nos encaminha a pensar o DRH em outras perspectivas, como apresentamos na Figura 12 e tentamos dar mais compreensão na Figura 14.

Figura 14. O DRH como espaço.





ESPAÇO – MARCO ZERO

- a) É o ponto nulo, espaço vivenciado e vivido que vai até o outro;
- b) É o espaço visual e conhecido;
- c) É a guarita, onde é olhado e olha para todos;
- d) Ele é centro, está a sua frente, a suas costas, a direita e a esquerda; e,
- e) É fixo e fluxo e tem sistema de coordenadas para articulações de relações diversas.



LUGAR DE ORIENTAÇÃO

- a) Ele precisa estar em um lugar definido para que possa ir e saber voltar;
- b) Conhecer o exterior que o rodeia;
- c) Encontrar o caminho de volta para a casa;
- d) Deixar o conhecido e chegar em uma região desconhecida; e,
- e) É o ponto de partida da trajetória que leva a um fim.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O DRH pode ser o lugar da alegria, da paz, da acolhida, de se sentir em casa, de saber que alguém zela pelos seus interesses e direitos, pode ser, ainda, um lugar poético como diz Bachelard (1994): “espaços felizes, os espaços amados” do qual seu texto se refere. BollNow (2008, p.14) afirma, também, que são

os espaços de propriedade possuídos pelos seres humanos e espaços defensores contra as forças inimigas. Estes são os espaços habitados, logo as formas variadas em que a casa se converte, pois todo espaço realmente habitado já trás em si a essência do conserto de casa.

Logo, o hospital é minha casa de trabalhar. A complexidade de organizar e administrar um DRH, em tempos atuais, é uma tarefa “aparentemente fácil” no plano teórico, mas um desafio na prática, principalmente quando se trata de um hospital de “placas tectônicas” sempre prontas a fazer seus “próprios terremotos”. Isso porque, nos dias de hoje, as estruturas estabelecidas estão em franco movimento de desconstrução que provocam rachaduras e impactos tectônicos, quando o “ser humano” passa a ser o centro de tudo. Fica esclarecido quando tomamos de empréstimo o que Lucena (2007, p.54) afirma:

interpretar porque o homem trabalha e qual é o significado do trabalho para o homem, como atividade humana. As implicações destas questões estão intrinsecamente ligadas ao questionamento da própria razão de ser homem e do seu destino (...), a própria etimologia da palavra trabalho encena ideias e conceitos associados a noções diversas, tais como: ação, produto, sofrimento, padecimento, peso, carga.

Quando dissemos que o ambiente (DRH) está doente e produz doença é porque os dados sinalizam e que, embora ainda não tenhamos coragem de ir a fundo neste objeto de investigação, pulsam e latejam problemas de adoecimentos, de doenças deste século, como: estresse, angústia, medo, síndrome do pânico, etc. Estamos em plena letargia, uma vez que o trabalho “*não vale nada, do mesmo modo que as pessoas*”, ou seja, não sabemos o quanto ela é feliz e gosta de trabalhar.

Lucena (2007) nos ajuda a colocar lenha em “nossa fogueira”, quando diz: sem dúvidas, as boas relações são compensadoras, mas não o suficiente para garantir a satisfação, para mim, no trabalho; fala-se muito no desenvolvimento do potencial, porém desenham-se cargos “quadrados” que são extremamente limitadores desse potencial. Investir em um discurso de profissionais satisfeitos sem considerar o AMBIENTE/ESPAÇO e as condições de trabalho é jogar a “água fora da bacia”, principalmente quando é o outro que organiza o trabalho para mim. Então, como estruturar o trabalho sem o trabalhador?

5.3 Princípios: saber e fazer (segurança e saúde do trabalhador)

2ª Categoria

As respostas nos preocuparam e nos fizeram registrar o que é SABER sobre sete princípios, se APLICA, se não APLICA e as respostas imediatas e afirmadas se fragilizam. Antes, porém, para nos assegurar do que estamos falando, destacamos as Políticas Públicas a partir da Lei nº 8.080: esta lei considera a vigilância sanitária como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários de antes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviço de interesse da saúde, abrangendo: controle de bem de consumo que, direta e indiretamente, se relacionou com a saúde, sendo que a vigilância epidemiológica, por sua vez, consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a direção ou a prevenção de qualquer mudança de ação, fatores determinantes da saúde individual ou coletiva (CNE, 1990).

A saúde do trabalhador parte de um conjunto de atividades que se destinam: por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores (neste caso o trabalhador é da área de saúde que trabalha com doenças), assim como visa a recuperação e a reabilitação daqueles submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho abrangendo as áreas a seguir. Essas áreas devem ser de conhecimento dos gestores (CNS, 1990):

- a) Assistência do trabalhador vítima de acidentes;

- b) Portador de doença laboral;
- c) Participação no âmbito de competência do SUS, em estudos e pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes nos processos de trabalho;
- d) Participação no âmbito de competência do SUS, a fiscalização e o controle das condições de produção, extração, aprimoramento, transporte e distribuição de manuseios de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
- e) Avaliação do impacto que a tecnologia provoca à saúde; e,
- f) Informação do trabalhador e a sua respectiva entidade sindical e a empresa sobre riscos de acidente de trabalho.

Para melhor entendimento, o Quadro 33 apresenta os princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e, posteriormente, será apresentado o painel diagnóstico sobre o que foi respondido, no Quadro 34.

Quadro 34. Princípios da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

	PRINCÍPIOS
Decreto nº 7.602, de 07/11/2011, dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) que tem por objetivos: a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção por meio da eliminação ou redução de RISCOS de acidentes e danos à saúde advindos da atividade laboral relacionada ao trabalho ou que ocorram no curso dele.	a) Garantia de atendimento aos profissionais de saúde.
	b) Implantação de ações voltadas à promoção da saúde no trabalho.
	c) Estabelecimento de rotina dos profissionais de saúde.
	d) Universalidade(direito ao acesso às ações e serviços de saúde).
	e) Precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação.
	f) Diálogo Social entre DRH e os gestores de saúde.
	g) Integralidade (“atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”).

Fonte: Brasil(2011).

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, bem como a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL,2011).

Quadro 35. Painel de respostas dos gerentes sobre princípios.

GESTOR/ PRINCÍPIOS		SABE	NÃO SABE	APLICA	NÃO APLICA
01	P1	X		X	
	P2	X			X
	P3	X		X	
	P4	X			X
	P5		X		X
	P6	X		X	
	P7	X			X
02	P1	X		X	
	P2	X		X	
	P3		X		X
	P4	X		X	
	P5	X		X	
	P6	X		X	
	P7	X		X	
03	P1	X		X	
	P2	X		X	
	P3	X		X	
	P4	X		X	
	P5	X		X	
	P6	X		X	
	P7	X		X	
04	P1	X		X	
	P2		X		X
	P3	X		X	
	P4	X		X	
	P5	X		X	
	P6	X		X	
	P7	X		X	
05	P1	X		X	
	P2		X		X
	P3	X		X	
	P4	X		X	
	P5		X		X
	P6	X		X	
	P7	X		X	
06	P1	X		X	
	P2		X		X
	P3	X		X	
	P4		X		X
	P5		X		X
	P6	X		X	
	P7		X		X
07	P1	X		X	
	P2		X		X
	P3	X		X	
	P4	X		X	
	P5	X		X	
	P6	X		X	
	P7		X		X
08	P1	X		X	
	P2	X		X	
	P3	X		X	
	P4	X		X	
	P5	X		X	

	P6	X		X	
	P7	X			X
09	P1	X		X	
	P2		X		X
	P3	X		X	
	P4	X		X	
	P5	X		X	
	P6	X		X	
	P7	X		X	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Sumário: 9 gestores – 51 sabem – 12 não sabem – 47 aplicam – 16 não aplicam

Saber e Aplicar é um dado significativo, mas não conseguimos o que realmente é aplicado como princípio. A inferência é que parece ter sido uma resposta imediata e de interesse do pesquisado. Assim, quando olhamos as respostas sobre o ambiente, elas não respondem as condições apontadas para os ambientes quando se apresentam nos quadros 29, 30, 31 e 32 e, provavelmente, os ambientes estão doentes. Se hoje, no século XXI, estivéssemos olhando para essa categoria como o hospital dos séculos passados, provavelmente estaríamos bem, uma vez que ninguém se preocupava com o ambiente quando os dejetos eram jogados nas ruas e apenas a classe pobre pisava neles.

Atualmente, estamos olhando para o hospital com o olhar de Foucault, como se ele fosse um teatro (embora continuamos entendendo que ele é também uma empresa). Consoante Bonet (2008), o hospital constitui um ambiente fundamental para a prática médica, um meio que a organização de toda prática deve ter em contato de um modo ou de outro. Foucault (2011), para caracterizar esse processo, afirma que o “Hospital” não foi, desde o início, um espaço de cura; nos séculos XVII e XVIII, era, sobretudo, uma instituição de assistência dos pobres, não existindo nada semelhante a um mediano hospital.

A partir de então se iniciam muitos movimentos para organizar, administrar e gerir os hospitais, com mudanças de nomes e de estratégias. Hoje, o que parece mais se adequar no território da saúde e constituir referências para as análises em saúde e ambiente, como afirmam Miranda *et al.* (2008) quando referem que as mudanças econômicas, políticas e culturais nos obrigam a buscar novas ferramentas teóricas, metodológicas e conceituais para a compreensão do mundo contemporâneo.

E é nesse contexto que os trabalhadores também vão sendo entendidos não mais, apenas, como força de trabalho, mas como parceiros, produtores de riquezas, produtores de saúde que, nesses espaços fixos e fluxos, também vão criando políticas moleculares e moldando-se a estrutura para fazer parte dela. Não é à toa que se estabeleceram políticas na

área de saúde do trabalhador (síntese do Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011, da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador).

Investir no Hospital como território é admitir vários tipos de territórios que coexistem no mundo contemporâneo, dependendo dos fundamentos ligados ao controle e/ou apropriação do espaço, isto é, territórios políticos e culturais, cada um deles com uma dinâmica própria, ou trabalhar com a ideia de uma nova forma de construirmos, se não de forma “total”, pelo menos de forma integrada.

É importante “imaginar” como um hospital, que tem nove departamentos, sendo um o DRH e os outros oito na área da saúde, foi se “organizando”? Para quem sabe resolver seus próprios problemas, como aplicam as políticas, com tantos trabalhadores da área de atual referência? Quem sabe seria uma incorporação de redes no campo da saúde do hospital, articulando, nesta malha de serviços, um sistema para juntar serviços e ações, já que está é para todos (ações diversas).

Nos dias de hoje, olhar para o trabalho em saúde é muito mais complexo, porque as “coisas” só acontecem se as pessoas envolvidas quiserem; é impossível desconsiderar a subjetividade que atravessa interações, ações e serviços. Há uma centralidade da micropolítica na modelagem dos serviços de saúde, conforme apontam Franco e Merhy (2013) ao proporem uma ruptura do modelo atual, entendido pelo mercado que age no campo da saúde, e opera fortemente sobre o seu imaginário, agenciando para o consumo de produtos e procedimentos, interessados em escala e realização de lucro. Para os autores, a micropolítica dos modos de produção do cuidado é o campo de grandes disputas pela modelagem dos serviços, bem como as práticas de cuidado que tem como centro o trabalho. Assim, tem-se o entendimento de que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo, como trabalho em ato, instituído no campo da saúde coletiva.

Essa introdução do trabalho vivo, porque é feito por pessoas, merece atenção na Gestão de Pessoas e na subjetividade e objetividade das organizações. As pessoas constituem as organizações, produzem nelas, conferem vidas a elas, inovam, criam, recriam e podem levar a organização a posicionar-se de maneira competitiva, cooperativa e diferenciada, conforme afirmam Davel e Vergara (2013). No entanto, nem tudo é tão fácil assim, uma vez que o produto da empresa são serviços de saúde, os custos são altos e os gestores não valorizam; o dinheiro é a doença e, muitas vezes, neste estudo em especial, não consta, de fato, o que fazemos: fazemos mal as coisas, trabalhamos em lugares insalubres, mal localizados e ficamos a pensar o que estamos produzindo, “se cuidamos mal” dos clientes que

nos procuram – imagine como é cuidar dos próprios trabalhadores do hospital em nove departamentos, sendo oito departamentos da saúde e um o DRH.

O objeto do estudo, os profissionais de saúde e o DRH, está com nível alto de adoecimento e absenteísmo, assim como os que fazem o trabalho vivo (profissionais de saúde), pois cuidam de gente doente, de longe, imigrantes, pobres em sua maioria e todos estão no interior do processo de trabalho. Segundo Franco e Merhy (2013) libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em seus atos.

Não é possível falar de gestão de pessoas sem considerar o quanto é um desafio ser gestor delas, uma vez que são complexas, singulares, únicas e diferentes uma das outras, com dinâmicas muito pessoais, que se colocam competitivas ou indiferentes, às vezes se pensando ser parte da organização, ser peça do processo: um dos desafios que envolvem a vaidade, bem como suas imutáveis e insubstituíveis qualidades humanas. Consoante Davel e Vergara (2013, p. 31), “é a capacidade original de combinarem emoção com razão, subjetividade, quando concebem situações, quando desempenham tarefas, interagem e decidem”.

Para gerir pessoas nos tempos atuais é necessário que haja uma outra combinação que é exigida dos gestores de pessoas, como dizem ainda Davel e Vergara (2013), devendo combinar exterioridade e objetividade com as sutilezas intrínsecas à natureza humana no âmbito do trabalho e da atividade organizacional. Consideram-se, então, que questões subjetivas significam que a pessoa: a) tem seu espaço interior, que ele percebe como completamente seu; b) que esse espaço se relaciona com a exterioridade; c) que ele é historicamente construído; d) que é decisivo nas escolhas das pessoas, durante sua vida; e, e) que acabam provocando mudanças no entorno.

Na verdade, o manifesto nesta categoria é muito discretamente dito pelos gestores e funcionários, porque inferimos que eles pouco sabem dos princípios e fazem apenas o que é solicitado, o que não atende o que está nas políticas, sejam elas mais funcionais, sistemáticas ou mais burocráticas, que é o nome que mais aparece nas falas dos participantes.

Lucena (2007, p.83), ao abordar o planejamento de recursos humanos, refere:

poderia seguir referência mais sofisticada técnica a ser adicionada de mais processos e técnicas utilizadas na gestão de recursos humanos de uma

empresa. No entanto, a ideia de planejamento de RH é exercida em todos os processos voltados para a gerência de pessoal.

As ações promovidas por eles são “desconhecidas” e se isso acontece deve ser uma pauta na agenda do hospital. Ao se considerarem o quanto é amplo e completo, o que está instituído como cuidar da saúde, o saldo do trabalho na lei e nas diversas portarias mudaria a cultura e o clima organizacional do hospital. Porém, para que isso aconteça, o DHR deve ser estratégico, não apenas operacional, devendo participar ativamente do planejamento estratégico do hospital. O planejamento estratégico, conforme Pereira (2010), é um processo que consiste na análise sistemática dos pontos fortes (competências) e fracos (incompetências ou possibilidades de melhorias) da organização, e das oportunidades e ameaças do ambiente externo, com o objetivo de formular (formar) estratégias e ações estratégicas com o intuito de alcançar objetivos.

Desta forma, partindo desse conceito, percebemos que o planejamento estratégico de qualquer instituição pública ou privada não se difere neste sentido, sendo de extrema importância para que os objetivos possam ser alcançados.

5.4 Ações/Promoção de Saúde aos Profissionais de Saúde

3ª Categoria

Nesta categoria o NÃO continua a ser a palavra de ordem. Esta categoria traz à tona as questões que envolvem ou deveriam envolver as AÇÕES DE CUIDADO para com as pessoas que estão sobre risco, se doença ou por adoecer no hospital que é um lugar com ansiedade e riscos: riscos biológicos, riscos físicos, riscos ambientais, riscos de violências sociais, riscos de agressões pessoais, riscos de serem contaminados por doenças diversas, riscos por excesso de horas de trabalho, sem descanso, sem alimentação, sem água para beber e sem tempo para ir ao banheiro, os quais se constituem situações vivenciadas e conhecidas de todos que trabalham em hospitais.

Antes, porém, é importante dizer que a palavra de ordem desta categoria é: ações de saúde propostas pelo DRH – NÃO SABEM, NÃO SENTEM E NÃO SABEM ONDE ACONTECEM.

Esta categoria consta de registros dos profissionais que procuram seu departamento para saber sobre as ações de saúde propostas para eles como políticas de DRH. Os registros estão acompanhados, em sua maioria, por não, não sei, não vi, não fui convidado, não tem comunicação, já teve, já existiu um espaço, existia, espero que volte, etc., além do fato de que

saúde, para eles, é doença, pois eles só vão ao DRH quando se sentem doentes – não sendo visto como um espaço de aprender coisas novas, de bem-estar, de qualidade de vida, de políticas, ou seja, um espaço de acolhimento aos profissionais. Achamos pertinentes suas falas e as colocamos, sem identificar quem são os gestores e profissionais da saúde que participaram da pesquisa, com isso instituímos letras A, B, C, D, E, F, G...

CONFIRMAÇÃO DO NÃO

5.4.1 Departamento A

- a) Ação sobre o fluxograma do hospital; não é ação;
- b) Reconhece que não são realizadas ações de saúde e nem de promoção; não fazem;
- c) A Secretaria de Saúde realiza e envolve todos os servidores; não é responsabilidade dela;
- d) Afirma que os servidores participam;
- e) O hospital possui um setor para isso que chama Cuidando do Cuidador;
- f) Tem uma CCIH que realiza ação de promoção de saúde; sabemos que essa promoção é específica para uma situação de infecção;
- g) Tem normas e rotinas;
- h) Os profissionais têm acesso;
- i) Se precisam de consulta médica são agendados e solicitados exames; aí ele já está doente;
- j) Há bastante comunicação: diálogos com gerente, pessoalmente, por telefones, por redes sociais; e,
- k) O setor específico (Cuidando do Cuidador) realiza ações preventivas considerando integralidade, encaminhamento e acidente de trabalho.

Os motivos de não saberem são tão indiferentes a nós que é preciso ter cuidado em fazer inferências, mas podemos perguntar por que não sabem como um indício de comunicação, embora todos reconheçam a importância dela.

- a) As informações não são dadas;
- b) As informações não são disseminadas; e,
- c) O que eles gostariam de saber como ações de saúde?

5.4.2 Departamento B

- a) Ela proporciona bem-estar, mas no DRH do hospital não, só a Secretaria de Saúde e sugere que: poderiam ser desenvolvidos programas em todas as unidades e o setor Cuidando do Cuidador poderia realizar essas ações (o que faz em relação a isso é pouco);
- b) Melhora a produção;
- c) Melhora o reconhecimento do trabalhador;
- d) Melhora tudo para o servidor, porque ela: reconhece a importância das ações e que o DRH do hospital deveria gerenciar e realizar todas essas ações;
- e) As questões do DRH burocráticas relacionadas ao trabalho;
- f) O planejamento e a logística dos treinamentos são realizados no departamento de pesquisa;
- g) Divulgamos com ofícios, memorandos e redes sociais;
- h) Estamos nos piores momentos;
- i) Há no hospital problema de planejamento; e,
- j) Ações do CCIH.

A respeito das ações do CCIH, elas são muito específicas e não podemos considerar para todos. Ela é específica, é uma comissão criada e o pessoal que trabalha nela também realiza ações de saúde permanentes, mas em situações específicas.

5.4.3 Departamento C

- a) Procura atender os servidores quanto a saúde;
- b) Serão realizados exames periódicos; no futuro, setor Saúde do Trabalhador que substitui o cuidando do cuidador;
- c) Serão atendidos quando sofrerem acidentes;
- d) Acredita que irão realizar a promoção de saúde; que saúde, só física?
- e) Prevenção de doenças;
- f) Promover qualidade de vida; futuro;
- g) Terão acesso a exames periódicos;
- h) Providência das ações de promoção, proteção e prevenção, reabilitação e reparação; futuro;
- i) Existe uma ótima comunicação; e,
- j) Existe integralidade, em prioridade para atividades preventivas, assistenciais e laboratoriais.

5.4.4 Departamento D

- a) Estão planejando;
- b) Planejou o SIPAD; apenas 5% dos servidores participaram; e,
- c) Fará orientações sobre qualidade de vida, palestra sobre a CIPA.

Futuro (Terá)

- d) Mais conhecimento;
- e) Atendimento melhor;
- f) Atualização quanto a questões de saúde;
- g) Atender com mais qualidade os pacientes;
- h) Levar conhecimento; e,
- i) Lembrando da importância do cuidado.

Passado (já tiveram)

- j) Ações integradas;
- k) Não existe mais ações integradas voltadas para a saúde;
- l) O SIPAT faz ações isoladas;
- m) Aconteceu há dois anos organizado pelo setor Cuidando do Cuidador, hoje Saúde do Trabalhador;
- n) Ausência de doença não é saúde;
- o) Os funcionários devem estar com saúde;
- p) Importância da saúde mental;
- q) Áreas de planejamento e elaboração da programação da semana; e,
- r) Informações, folders, convite direto aos servidores em mãos.

5.4.5 Departamento E

- a) A CIPA está sendo implantada;
- b) Burocracia em excesso;
- c) Desnecessários;
- d) Não tem no hospital;
- e) Protocolos de rotinas;
- f) Não está totalizado;
- g) São atendidos quando necessitam;

- h) Em relação as vacinas porque é obrigatório;
- i) Na promoção da assistência passar por censos;
- j) Acidentes de trabalho;
- k) Temos muito diálogo com a gerente do DRH; e,
- l) Conseguimos quase sempre resolver os problemas burocráticos referentes ao trabalho.

Ainda está se planejando o setor Cuidando do Cuidador, mas o setor mudou para Saúde do Trabalhador, com outros objetivos e metas. O setor está se preparando para atender as exigências do Ministério do Trabalho.

5.4.6 Departamento F

- a) Somos sempre bem atendidos;
- b) Existe o setor de Saúde do Trabalhador;
- c) Ele realiza ações voltadas para o trabalhador; está se estruturando, ainda, conforme o Ministério do Trabalho;
- d) A comissão de CCIH realiza ações voltadas para o trabalhador;
- e) Temos rotinas pré-estabelecidas no setor; terão acesso a ações e serviços de saúde;
- f) Estamos sempre buscando realizar ações preventivas e educativas;
- g) O setor faz assistência ao trabalho e aos profissionais que sofreram acidentes no trabalho; está se estruturando para prevenção de acidentes no trabalho;
- h) Trabalha a prevenção de infecção;
- i) Tem bom diálogo;
- j) Atendimento integral;
- k) Acredita que vão melhorar ações;
- l) Realizamos ações preventivas (no hospital); e,
- m) Apenas relacionadas às infecções hospitalares.

5.4.7 Departamento G

- a) Fazem prevenção de doenças (?);
- b) Promovem conhecimentos (quais?); e,
- c) Diminuição de absenteísmo.

O Hospital está estruturando:

- d) Setor da Saúde do Trabalhador;

- e) Realizamos ações como o dia D, com conscientização e educação dos profissionais sobre: infecção hospitalar, palestras, ações específicas nos setores, distribuição de kits nos setores;
- f) Melhora muito;
- g) Traz informações e conscientizações;
- h) Estão longe de promover a saúde; e,
- i) No sentido de cuidar estamos engatinhando.

Vai começar:

- j) Estruturação do trabalhador; e,
- k) Com certeza trabalhamos com saúde (?).

5.4.8 Departamento H

- a) Só para prevenção de acidentes e doenças;
- b) Tínhamos um setor, que agora está se adaptando às normas do Ministério do Trabalho; e,
- c) Somatiza algumas ações: prevenção de acidentes, doenças, diminuição de custos de absenteísmo que é absurdo no hospital, conforme anexo B.

5.4.9 Departamento I

- a) Consegue resolver todos os problemas;
- b) São sempre atenciosos;
- c) Realizam poucas ações;
- d) Existe rotina;
- e) Atualmente só atende as demandas;
- f) Sala de vacina;
- g) Não existe ações de prevenção, preparação e não temos conhecimento;
- h) O relacionamento é bom com o RH, que é prestativo e resolve a maioria dos problemas burocráticos; e,
- i) Há atendimento integral.

5.4.10 Departamento J

- a) Quando existe melhoria na qualidade no processo de saúde;
- b) Não existe;

- c) CIPA em processo de criação;
- d) Gera melhoria no cuidado aos pacientes;
- e) Que houvesse com mais frequência;
- f) Não sofreríamos tanto;
- g) Alta taxa de absenteísmo;
- h) Desconhecem ações de saúde, não são convidados, não acontecem palestras;
- i) Precisamos estar bem de saúde;
- j) Nunca foram convidados para participar, nem de ações, nem de elaboração de ações de saúde;
- k) Setor desfalcado;
- l) A comunicação, quando tem, é através de memorando, in loco e murais; e,
- m) Não há divulgação das ações de saúde.

5.4.11 Departamento K

- a) Tentar prevenir patologias;
- b) Trazer qualidade nos serviços, além de qualidade de vida do trabalhador;
- c) Diminuição do absenteísmo;
- d) Sobre a SESAU também não sabe;
- e) Apenas em datas específicas (outubro rosa, novembro azul, etc.);
- f) Devia ter ações preventivas;
- g) Levar conhecimento;
- h) Motivar;
- i) Estimular profissionais;
- j) Devem trabalhar com mais cuidado com a qualidade;
- k) Não contribuem por não ter os programas;
- l) Não há interação com a nutrição;
- m) Tinha um setor que atendia, mas não atende mais (Cuidando do Cuidador);
- n) Melhores condições de trabalho;
- o) Desconhece;
- p) Menos afastamento;
- q) Melhor rendimento no trabalho;
- r) Oferecer melhor cuidado ao cliente;
- s) Traz conhecimento;
- t) A secretaria não coopera com nada;

- u) A CCIH tem ações;
- v) Houve melhoria nos últimos anos;
- w) Pessoas saudáveis produzem melhor; e,
- x) Comunicação só em murais e memorando.

5.4.12 Departamento L

- a) Só assuntos burocráticos, documentos;
- b) Não reconhece que existem ações de promoção de saúde no trabalho;
- c) Tem rotina, mas não é formalizada;
- d) Cuidando do Cuidador realiza ações; não existe mais esse setor;
- e) São realizadas, mas não são divulgadas; e,
- f) Só controle de infecção hospitalar.

5.4.13 Departamento M

- a) Da melhora da saúde dos pacientes;
- b) Possui um setor para fazer isso (Cuidando do Cuidador);
- c) Eles fazem, mas divulgação é muito ruim dessas ações;
- d) Fui convidado só uma vez para falar de automedicação;
- e) Dar palestras;
- f) Trazer conhecimentos;
- g) Não existe integração;
- h) Ações são mal divulgadas;
- i) Não tenho conhecimento;
- j) Funcionários não são convidados;
- k) Pouquíssimas palestras educacionais; e,
- l) Comunicação em murais, não há divulgação e ninguém fica sabendo.

5.4.14 Departamento N

- a) Reduzir custos;
- b) Melhor atender a população;
- c) Diminuir absenteísmo;
- d) Não tem contribuído;
- e) Não tem conhecimento de ações;
- f) Desconhece qualquer ação de saúde;

- g) A enfermagem faz, mas é restrito a ela;
- h) Funcionários afastados do trabalho;
- i) Problemas de saúde;
- j) Problemas de coluna, se houvesse ações educacionais, preventivas reduziríamos os afastamentos;
- k) Não tem ações, se houvesse muitos profissionais iriam colaborar;
- l) Capacitação tem, mas porque é realizado pelo departamento de ensino e pesquisa;
- m) Comunicação, não lembra receber informações, só em murais; e,
- n) Não lembro.

Caminhando por dentro dos textos produzidos, como se estivéssemos no meio de um plantão, foi possível ver além do que está dito nos nervos de cada um deles diante da procura de algo que já existe, e não existem mais AÇÕES DE SAÚDE para eles, pediram, sugeriram que as ações deveriam voltar, elas eram fundamentais para eles, em especial porque produzia boas consequências, resultados positivos em seus trabalhos. Quando pensamos em nervos (nervosos), nos lembramos de Lock (1991) nervos é um conjunto variado e instável de sintomas psicológicos e/ou somáticos mediados entre sujeito sofredor e o seu meio constituindo uma das expressões de estresse ou estresse social. Essa sintomatologia tosca, polimorfa e imprevisível desde ansiedade ou mal estar indefinido.

Os gráficos 01 e 02 apontam quem mais adoece na área de saúde e, nesta categoria, continuamos falando de ambiente e saúde mesmo que os dados “digam”, “falam” que não existem ações para a saúde e que os atendimentos são para doença, ou de demandas de acidentes no trabalho. A doença ou os acidentes é que são os fios condutores entre o DRH e as pessoas que produzem a principal riqueza do hospital: a saúde.

Não saber, não sentir os efeitos das ações de saúde torna-se, para nós, um indicador fundamental de reflexão-ação porque o que aqui está dito também é assunto das duas categorias anteriores. Como “clientes” dos gestores-alvo da intervenção dos princípios que eles dizem, sabem e aplicam nos faz lembrar Davel e Vergara (2013), e chama a atenção dos gestores (nove) para pensar os trabalhadores em uma perspectiva: as pessoas não fazem somente parte da vida produtiva das organizações. Elas constituem o princípio essencial de sua dinâmica, conferem vitalidade e processos, inovam, criam, recriam contextos e situações que podem levar a organização a posicionar-se de maneira competitiva, cooperativa e diferenciada com clientes, outras organizações e no ambiente de negócios.

As pessoas do hospital agregadas para administrar e serem administradas em situações e atividades com pessoas e organização. Nesse sentido, os autores Davel e Vergara (2013, p. 33) referem que

a dimensão subjetiva torna-se fundamental nesse panorama de mudanças radicais e adaptações drásticas, exigindo do gestores reflexão, bom senso, sensibilidade e consciência para saber lidar com os seres humanos e as sutilezas de suas relações em um ambiente socioeconômico cada vez mais permeado pela complexidade, pela fragilidade, pela enfermidade e por contradições.

E, conseqüentemente, nas transformações ocorridas na função do RH ao longo do tempo. Como afirmam os autores, os gestores devem combinar exterioridade e objetividade com as sutilezas e sensibilidades subjetivas para serem capazes de lidar com os aspectos relacionais e intrínsecos à natureza humana no âmbito do trabalho e da atividade organizacional (DAVEL; VERGARA, 2013). Considerar as questões subjetivas significa que toda a pessoa: a) tem seu espaço anterior, que ela percebe como completamente seu; b) que esse espaço se relaciona com a exterioridade; c) que ela é historicamente construída; d) que é decisiva as escolhas das pessoas durante sua vida; e, e) que acaba por provocar mudanças no entorno.

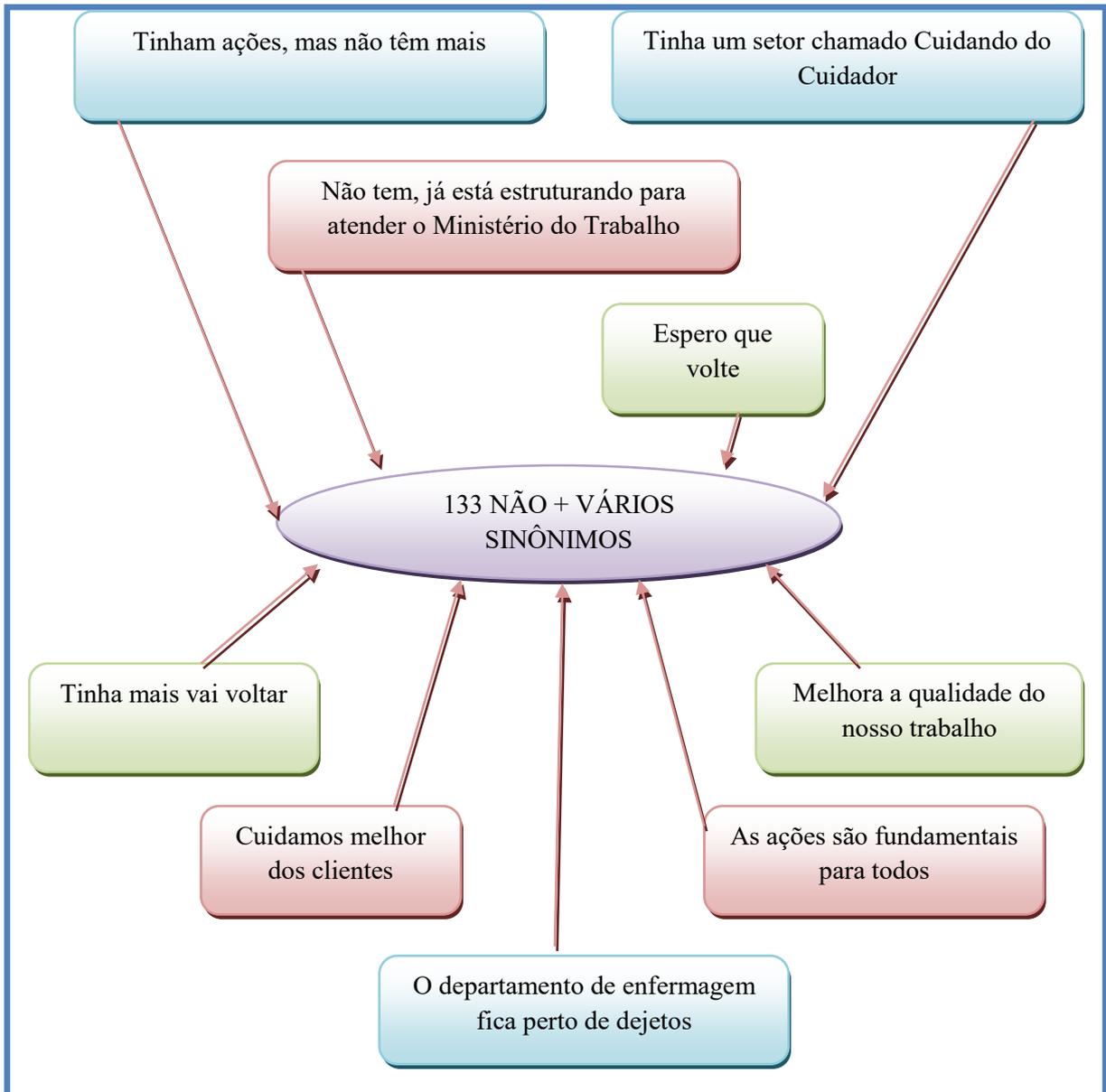
Quando Lucena (2007) fala de planejamento de recursos humanos mais envolvido com empresas, ela não descarta a integração e a preocupação com o equilíbrio – nem das técnicas e nem da abordagem sistêmica – como a mais flexível e possível de viver nas ondas de mudanças. Ela nos indica em conceitos, ainda, que está no plano teórico, mas não no prático:

o planejamento de recursos humanos compreende em processo gerencial de identificação e análise das necessidades organizacionais de recursos humanos e conseqüentemente desenvolvimento de políticas, programas, sistemas e atividades de satisfação, a curto, médio e longo prazos, tendo em vista assegurar a realização das estratégias de negócios, dos objetivos da empresa (o Hospital) e de sua conformidade sob condições de mudanças (LUCENA, 2007).

Talvez seja esta confusão de estratégias de negócios da empresa que não combina com as estratégias de ações de saúde para os profissionais de saúde do hospital (empresa de saúde). De um modo ou de outro, o NÃO aparece 133 vezes em 290 unidades de registro sobre o que foi perguntado aos participantes do estudo, sendo 45.590, sem considerar palavras sinônimas. No entanto, não há de nos preocupar com o NÃO, com o erro, uma vez que eles podem nos direcionar para outros caminhos, desconstruir o que não está dando certo. O NÃO

sinaliza uma verdade dos funcionários que sabem da necessidade do DRH e, por isso, através do NÃO eles nos indicam o que fazer, sendo que imagem 15 nos ajuda a compreender estes porquês.

Figura 15. Os porquês do NÃO.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O NÃO traz para o estudo uma riqueza “imaginária” que se objetiva em ações de transformação da realidade e em atendimento aos desejos dos funcionários. É um modo de comunicar, aqui, que é de obrigação da instituição, mas ainda por não saber, por temer, podem jogar toda a força no desejo: eles são desgastantes ainda não acionadas. O que estamos dizendo tem consonância com o que Franco e Merhy (2013) afirmam que não tem sido muito

estranho para os que estão nas mais diferentes frentes de lutas e ações na defesa de um sistema de saúde para todos (...) um dos tempos mais tratados e mais problemáticos nas organizações deste, vem sendo o modo como estruturar-se e gerenciar-se os processos de trabalho.

Provavelmente, não se tem entendido o quanto é um desafio gerenciar, bastando uma proposta teoricamente bem estruturada que possa encantar o gestor ou o dono do serviço, principalmente nos modos de produzir saúde, especialmente se não considerarmos o conjunto de trabalhadores que possa estar disposto a criar movimentos de mudanças, criar dispositivos para mudanças.

Desejo, desejar, desejaria que o DRH tivesse ações de saúde para eles, estando no texto construído como real e condicional para o agora. Desejar tem muitas explicações que lhes dá uma gama de diversidades conforme é utilizada, mas há um sentido libidinal que envolve a vontade e os desejos conscientes de um corpo que quer ser cuidado.

Os desafios da gestão em saúde são imensos e nem sempre o discurso de cuidar do trabalhador é real. Normalmente, as preocupações são outras, consoante descreve Lucena (2007) na dimensão de abrangência do planejamento de recursos humanos: a) integração com o negócio e os objetivos da empresa; b) participação gerencial; c) dimensão de tempo; e, d) interação dos processos, programas e atividades de recursos humanos.

Quando envolve pessoas, desejos, emoções, sonhos, explorar estas articulações para produzir bens e serviços, não há como não acreditar que é produzido para o centro da análise das relações entre subjetividade e gestão. Azevedo e Sá (2013) afirmam que a despeito da potência das teorias e dos métodos do campo do planejamento e a despeito de gestão, do comportamento, do engajamento político de tantos gestores e profissionais da saúde com os princípios democratizantes e de justiça social que, ao longo de quase três décadas, tem inspirado o processo de reforma sanitária Brasileira.

No entanto, não é tão simples avançar. Os profissionais de saúde ainda despertam de um sono de omissão, o excesso e a morosidade burocrática, a falta de ética, a falta de solidariedade atrapalha o avanço ou, então, acostumam-se a ficar em pé encostados em uma parede para receberem a atenção de que tem direito.

Também a ideia de que produzem cuidado não é clara para eles; contudo, eles nos deixam dicas para o que e como recomeçar e quais são seus papéis dentro do hospital. Sabemos que isso não acontece de uma hora para outra, sabemos que preparar cidadãos para a mudança leva tempo, mas temos um compromisso proposto em um dos objetivos deste estudo.

CAPÍTULO 6

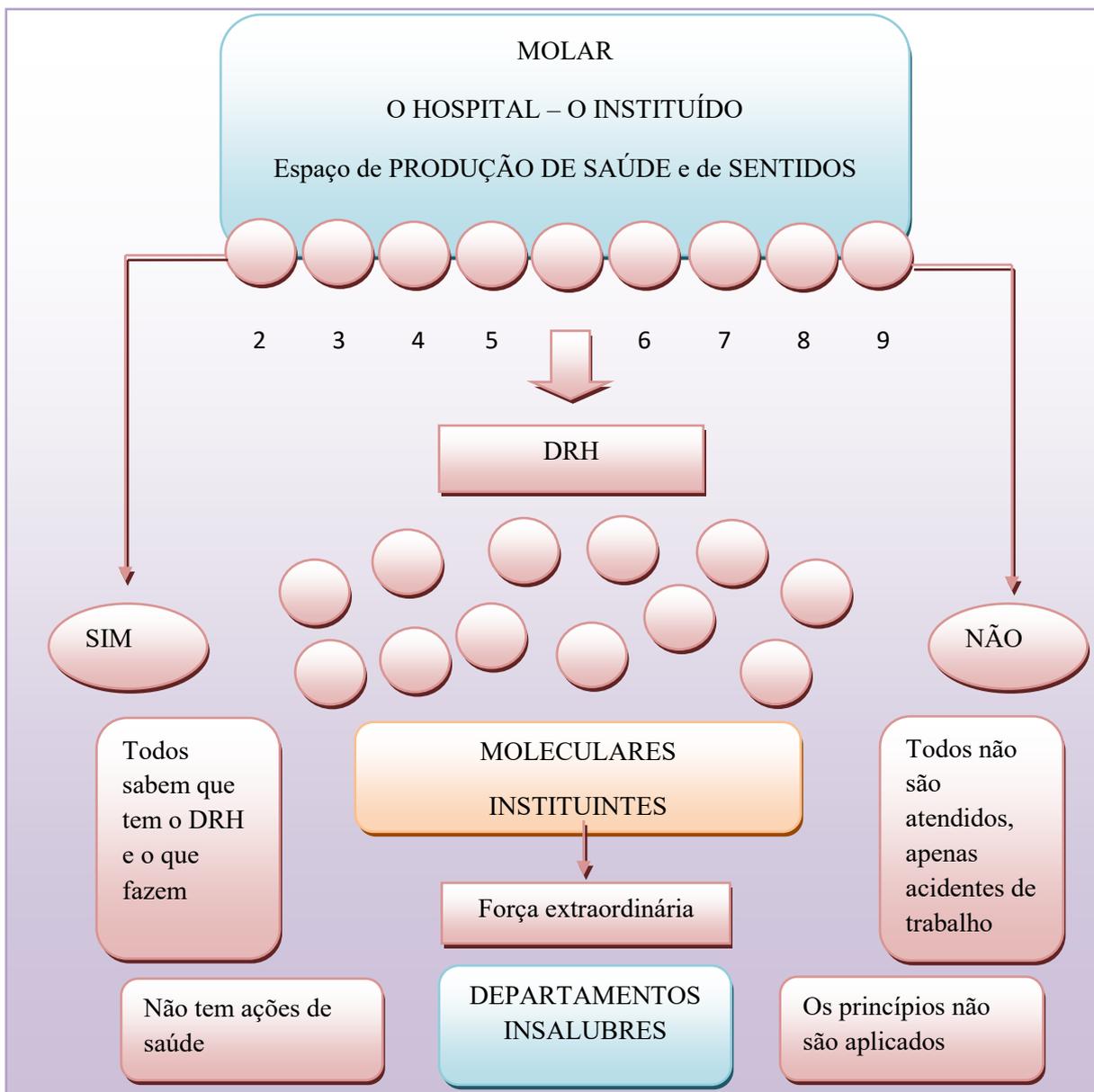
CONSIDERAÇÕES FINAIS EM GEST(AÇÃO)

Estamos longe de fazer o que está instituído e ser instituinte se não considerarmos o SER HUMANO em todas as suas dimensões e entender que ele é a nossa riqueza revolucionária. Antes, porém, de manter a gest(ação) de nosso estudo é importante dizer que reflexões e afirmações colocadas neste estudo foram confirmadas com SIM e com NÃO apresentada na figura 16, bem como todos os desafios objetivos e subjetivos nela contido.

As categorias encontradas na pesquisa, Gestão de ambiente, Gestão da segurança e Gestão de ações de saúde respondem aos objetivos específicos. As estratégias de Gestão de Recursos Humanos envolvendo ações de saúde e bem-estar dos profissionais de saúde não foram encontradas, pois o setor não trabalha a promoção de saúde e bem-estar dos profissionais, as atividades são restritas a questões burocráticas (salários, licenças, férias e outras). Foi identificado também problemas de percepção e trabalho quanto aos princípios nacionais de segurança e saúde do trabalhador (PNSS).

Apesar da Gestão de Recursos Humanos não trabalhar com ações de saúde e bem – estar, alguns setores realizam algumas ações, mas essas não são bem divulgadas e o setor de Recursos Humanos na maioria das vezes não tem conhecimento, não contribuindo na divulgação. Essa questão responde o segundo objetivo específico que trata da comunicação entre o setor de Recursos Humanos e os gestores de saúde. Conforme os dados quanti-qualitativos não há uma comunicação favorável e efetiva entre esses setores, desfavorecendo assim os profissionais, que acabam não participando das ações e atividades que são realizadas para eles mesmos. Diante desses resultados foi estruturado um programa estratégico envolvendo corpo (objetividade e subjetividade), ambiente (espaço de produção, saúde e riqueza) e Gestão e Gestores (ações de saúde e princípios e prevenção). Este será executado logo após a defesa da tese no hospital pesquisado.

Figura 16. Desafios objetivos e subjetivos.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Assim, foi possível constatar o que acontece na maioria dos hospitais do país, o que não é segredo, pois a mídia, diariamente, mostra problemas de gestão, vivemos cotidianamente com problemas iguais de Norte a Sul do país. Não temos, aqui, nenhuma ideia de “denunciar”, e sim de levantar problemas que são nossos, estão em nós; essa força extraordinária está calada, omissa, com medo. Trabalham mal, em lugares insalubres, não reagem como cidadãos politicamente corretos e éticos, uma vez que, o que encontramos nos encaminha para o que propõe o terceiro objetivo – e cremos que é parte importante dos resultados, bons ou ruins –, pois são eles que nos mostram a realidade por mais inesperada que seja.

O Hospital Geral de Roraima, como muitos outros, tem seu lado de fazer o melhor, mas só isso não dá conta da complexidade de gerir o pessoal. Continuamos corroborando com Toffler (2007) ao acreditar na força que somos e que produzimos riquezas nos hospitais: a riqueza ainda é invisível, por isso destacamos algumas ideias que nos orientam na intervenção que pretendemos fazer.

A riqueza é produzida e gerada apenas nos campos, fábricas, escritórios e/ou no meio do uso de máquinas modernas; ela não está relacionada apenas com o dinheiro e com ganhos que possam ser traduzidos em termos monetários ou financeiros, pois ela é muito mais abrangente que isso. Para o autor, a riqueza revolucionária tem sentido amplo: as grandes quedas de mercado de ações, as mudanças de regimes políticos, a introdução de novas tecnologias e as disputas entre nações não são nada se comparadas a verdadeira dimensão que vivenciamos.

Embora a maior parte de nós viva em uma sociedade totalmente focada em dinheiro, a riqueza a que nos referimos não está relacionada apenas a valores monetários e financeiros. A economia que nos interessa é a que combina a paralela fascinante e inexplorada em que preenchemos muitas de nossas necessidades vitais ou desejos sem precisar pagar por isso. E a combinação dessas duas, a focada no monetário e a focada nos aspectos intangíveis, é a economia do conhecimento que forma o “sistema de riqueza”, poderosa e sem precedentes históricos.

O mundo está mudando drasticamente. O Brasil está saindo ou entrando em novas crises financeiras, éticas, morais e nós, instituintes, estamos no meio de seus avanços ou retrocessos. Toffler (2007) trata de algo que nos dá razão de estar falando de gestão: “em razão da doença crônica de filha única, Karen, e que exigiu toda nossa atenção afetando diretamente o tempo que dedicamos a construção deste livro, Heidi sua esposa passou a maior parte ao lado da filha lutando contra a doença, a burocracia dos hospitais e a ignorância médica”.

Com isso, acreditamos que nosso trabalho, apesar de simples e ao mesmo tempo complexo, nos ajuda a enriquecer pelo conhecimento, apesar da distância entre Rio de Janeiro e Roraima, dos recursos econômicos despendidos e de nossa revolucionária vontade de terminar, quando em alguns momentos perdíamos a esperança.

O gatilho e o dispositivo de continuar foram participantes do estudo que nos indicaram o que fazer, como um modo de atender seus desejos visíveis e invisíveis quando referem que:

- a) Querem cuidados;
- b) Querem ter segurança;

- c) Querem comunicação;
- d) Querem ter condição de trabalho;
- e) Querem conhecimento através das ações de saúde;
- f) Querem ter qualidade de vida;
- g) Querem aprender mais; e,
- h) Querem um ambiente saudável.

Juntar tudo isso é uma nova maneira de querer novas maneiras de viver, de trabalhar, de não deixar que o ambiente lhe adoeça, de nossos modelos de gestão, mais simples, mais objetivos, mais reais; não dá mais para viver o dito simples lado e o real que não adocece. “NÃO” conhecem os conteúdos dos planos de ações para o trabalhador, mas precisam que elas existam, pois acreditam que o trabalhar sadio faz bem para as pessoas que elas cuidam.

A seguir, apresentaremos as propostas de intervenção destacadas no terceiro objetivo: Programa Estratégico de mudança que considera as diretrizes da Gestão de Recursos Humanos. Entretanto, antes de apresentar a programação e o programa de intervenção é importante ressaltar que os objetivos da pesquisa foram alcançados. O DRH do Hospital não possui e não realiza ações de saúde e bem-estar aos profissionais, mas existem outros departamentos que não estão ligados ao DRH, realizando ou já tendo realizado algumas ações. Os setores citados participaram da pesquisa, que foram: o CCIH que realiza ações de saúde, mas que são muito específicas e relacionadas a prevenção da infecção hospitalar, e o setor Cuidando do Cuidador que não existe mais no hospital, sendo substituído pelo setor Saúde do Trabalhador que está no momento se estruturando para atender as exigências do Ministério Público. E quanto a comunicação, foram mencionados alguns meios de comunicação, mas ficou bem claro que a comunicação não é eficiente, uma vez que a maioria dos profissionais não fica sabendo das ações realizadas no hospital.

CAPÍTULO 7

PROGRAMAÇÃO (AGENDA) –PÓS-DOCTORADO

7.1 Considerações

Temos certeza que o estudo não terminou, apenas apontou o que devemos fazer para continuar. No entanto, definimos uma agenda (programação) que para nós é fundamental.

7.2 A Agenda

- a) 1º Dia– Apresentar os resultados do estudo no hospital onde foi realizado o estudo.
- b) 2º Dia – Programar um encontro com os gestores para conversar sobre os resultados e organizar um Evento (2019) no hospital para falar sobre gestão, destacando como importantes os seguintes temas:
 - I- Corpo – objetividade e subjetividade;
 - II- Ambiente – espaço de produção, saúde e riqueza;
 - III- Gestão e Gestores – como pensar e fazer (ações de saúde e princípios de prevenção).
- c) Divulgar a tese em Eventos Científicos e Revistas da área geral e saúde.

CAPÍTULO 8

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PESQUISA – ENSINO – EXTENSÃO/2019

8.1 O Programa Proposto a ser Desenvolvido com a Universidade e Serviços

A argumentação teórica encontra sustentação nos seguintes teóricos: Alvin Toffler– Riqueza Revolucionária o significado da riqueza no futuro; Marc Ferro – As Sociedades Doentes do progresso; nas orientações do Ministério do Trabalho, da Saúde e do Trabalho; e, em Creuza da Silva Azevedo e Marilene de Castilho Sá – Subjetividade, Gestão e cuidado em saúde.

A riqueza do futuro é o conhecimento e nós, como docentes, temos a obrigação de disseminá-lo, de contribuir com a diminuição dos diversos tipos de analfabetismo. O conhecimento e a cultura são bens intransferíveis e não podem ser pagos. É assim que devemos pensar as disciplinas, o ensino a partir do ser humano único, rico, criativo, solidário, histórico, o único capaz de transformar realidades. Baseado nesta introdução sobre o tema, destacamos como orientadores do Programa os princípios de Toffler (2007):

- a) O conhecimento é meramente não rival: você e um milhão de outras pessoas podem usar o mesmo conhecimento sem diminuí-lo ou gastá-lo;
- b) O fato do conhecimento ser um bem não rival não tem nenhuma relação com o fato de pagarmos ou não para utilizá-lo;
- c) O conhecimento é um bem intangível: não podemos tocar, acariciar ou sacudir o conhecimento, mas podemos manipulá-lo, e isto, com certeza, fazemos;
- d) O conhecimento é um fator relacional. Qualquer trecho de conhecimento admite significado apenas quando justaposto a outros nichos que fornecem o contexto. Algumas vezes o contexto pode ser comunicado com apenas um sorriso ou um olhar;
- e) O conhecimento combina com outros conhecimentos, quanto mais indiscriminadas, numerosas e variadas forem as suas possibilidades de uso e combinações com outros conhecimentos;
- f) O conhecimento é mais facilmente transferível do que qualquer outro bem ou produto. Uma vez internalizado, pode ser instantaneamente transmitido a uma pessoa que mora na casa ao lado;

- g) O conhecimento pode ser resumido e condensado em símbolos ou abstrações, pois números revelam conhecimentos infinitos sobre vários assuntos;
- h) O conhecimento pode ser armazenado em espaços cada vez menores, medidos em bilionésimos de centímetros;
- i) O conhecimento pode ser explícito ou implícito, expresso ou não expresso, partilhado ou tácito. Por outro lado, não existe uma mesa tácita, um caminho explícito; e,
- j) O conhecimento é difícil de enganar, empacotar ou cortar. Ele se espalha e se difunde entre nós com mais facilidade do que qualquer outro bem.

Então, este projeto, fundamentado na economia do conhecimento, contradiz tudo que se fala sobre riqueza. Ele pode nos ajudar a indicar a pobreza extrema e a solucionar números ímpares da vida e do ambiente. Marc Ferro (1998) afirma que precisamos reconhecer que somos sociedades doentes, estamos doentes e poderemos ficar pior se nossas ações de saúde e/ou cuidado com ela não forem assumidos com ética e seriedade. Assim, iniciamos afirmando o que ele nos diz e serve de base para pensar nossas intervenções quando ele fala do paradigma da saúde.

O primeiro trata os sintomas, especializa-se por doenças, utiliza todas as terapias possíveis até a morte, considerando o corpo como uma máquina em bom ou mal estado. Para eliminar a doença, coloca o paciente na dependência do médico, apoia-se nas curvas e nas estatísticas, centraliza as informações e os tratamentos, e isola o doente. O segundo paradigma procura satisfazer o paciente, intervém com um mínimo de terapias, considerando o corpo humano como um processo dinâmico e um campo de energia, visando mais promover o bem-estar como um todo, com as suas preocupações sociais, bem como outros o mantém integrado na sua família e na sua profissão, descentralizando os tipos de terapias e considerando o paciente como um parceiro responsável, do lado da terapeuta.

Neste sentido, é emergente um outro discurso sobre o corpo humano e sobre sua estrutura corporal, espiritual, energética e sonhadora. É preciso ensinar este conhecimento a todos.

Quanto as bases de Azevedo e Sá (2013) assumidas como fundamentos do Programa, como a importância da subjetividade nos problemas de Gestão em saúde que elas utilizam, são as seguintes:

- a) No campo do planejamento e a despeito da gestão, do compromisso e do engajamento político de tantos gestores e profissionais de saúde com os princípios

democratizantes e de justiça social, é preciso avançar no processo de reforma sanitária brasileira para além de ampliação do acesso aos serviços de saúde;

- b) No trabalho em saúde tratamos a gestão e o trabalho gerencial como “trabalho vivo em ato” que se realiza entre sujeitos;
- c) Considerar a função psíquica potencialmente exercida pelo chefe é estruturante, podendo ser próspera a coesão, a identificação e ao tratamento de conflitos;
- d) As formações e os processos psíquicos intermediados entre os sujeitos e o grupo propiciam articulação entre a psique dos sujeitos e a realidade do grupo;
- e) A especificidade do trabalho em saúde apresenta, também, implicações sobre as possibilidades de solidariedade e cuidado, sendo a compreensão deste trabalho essencialmente intersubjetivo, de uma intervenção de um sujeito sobre o outro, em suas experiências de vida, prazer, dor, sofrimento e morte; e,
- f) Enfim, e por enquanto, trabalhar na compreensão das lógicas internas das pessoas e dos grupos, em suas ligações com as lógicas internas das organizações implica, necessariamente, em levar em conta componentes subjetivos. Portanto, a questão do sentido não diz respeito somente ao privado ou individual, uma vez que ela também se refere ao social.

Com estas bases assumidas, mostraremos a proposta e o desenvolvimento do projeto que denominamos de SAÚDE COMO RIQUEZA HUMANA: A GESTÃO E A SUBJETIVIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR DOS TRABALHADORES – GRH/GS/CT. Os problemas em questão que envolvem o projeto é originário da tese de doutorado, quando os participantes destacaram situações-problemas e desejos de terem saúde.

Normalmente, assimilam-se as “culpas” que recaem sobre os DRHs, mas, no fundo, as dificuldades são de todos: primeiro porque todos são trabalhadores, mesmo que na tese pensemos apenas nos profissionais da saúde. Os destaques se apresentam, a seguir, como temas e conteúdos do projeto:

- a) Qualidade de vida no trabalho

Qualidade de vida no trabalho é um tema de difícil definição, pois cada autor traz uma visão diferente, e essa dificuldade em conceituar reflete, também, na complexidade de avaliar a satisfação de cada indivíduo em relação a esse assunto, uma vez que, assim como a cultura, a satisfação é um tópico muito particular (RIBEIRO; SANTANA, 2015). A preocupação com a qualidade de vida no ambiente laboral possibilita diversas vantagens, pois, quando o

empregado exerce suas atividades com satisfação e bem-estar, o empregador passa a perceber esses benefícios através dos resultados de um trabalho eficiente.

b) Bem-estar

O conceito de bem-estar na pesquisa é concebido como integrado por três componentes: qualidade de vida no trabalho, saúde no trabalho e condições favoráveis de trabalho. Diante desses três componentes, outros temas importantes aparecem, como satisfação no trabalho, estar feliz no trabalho e comprometimento organizacional.

O bem-estar e a saúde são abordados de forma interdependente, especialmente quando os pesquisadores apontam fatores que podem comprometer ambos, tais como perigos do ambiente de trabalho, fatores de personalidade e estresse ocupacional (DANNA; GRIFFIN, 1999) ou, ainda, segurança no trabalho, horas trabalhadas, controle do trabalho e estilo gerencial (SPARKS; FRAGHER; COOPER, 2001).

A dimensão afetiva do bem-estar no trabalho, segundo Van Horn *et al.* (2004), inclui as variáveis afeto, exaustão emocional, satisfação no trabalho e comprometimento organizacional. A satisfação no trabalho refere-se ao quanto o trabalhador está satisfeito com os colegas, com a organização e com a própria atividade do trabalho. Por fim, o comprometimento organizacional engloba a identificação e o envolvimento do trabalhador com a organização.

c) Estar com saúde e ser feliz

O princípio base de uma organização saudável é o equilíbrio e o alinhamento entre qualidade de vida, bem-estar, felicidade, saúde, produtividade, qualidade e rentabilidade organizacional. Em uma perspectiva epistemológica de base humanista, de acordo com Abraham Maslow (1962), felicidade significa auto-atualização e auto-realização, ou seja, a possibilidade de o indivíduo tornar-se aquilo que, em essência, deseja ser e alcançar, e que o fará sentir-se feliz.

d) Reflexões do trabalho no dia a dia

Neste item, reflexões do trabalho no dia a dia, é importante trazer algumas reflexões sobre comunicação, relação, poder, conhecimento e sujeito, pois são temas que influenciam diretamente nas relações de trabalho.

e) Comunicação

A comunicação nas empresas é uma questão difícil, uma vez que existem formas diferentes e contraditórias de comunicação, e devido as relações de subordinação e hierarquia dentro das organizações que acabam instrumentalizando a comunicação, de modo a fazer dela um simples instrumento do exercício de um poder de coerção sobre os trabalhadores (DAVEL;VERGARA, 2013).

A questão da comunicação é um problema constante nas organizações e, nessa pesquisa, não é diferente. As poucas ações de promoção de saúde e bem-estar dos profissionais que são realizadas no hospital não são bem divulgadas, tornando as ações improdutivas, pois não alcançam um número significativo de participantes e criam um clima de insatisfação e de individualidades entre os profissionais e o hospital.

f) Poder, conhecimento e sujeito

A relação poder, conhecimento e sujeito está diretamente ligada a pesquisa nas relações do RH com os gerentes e os profissionais de saúde, dos gerentes com os profissionais de saúde e do RH com os profissionais de saúde.

O poder é empregado em todos os níveis e por meio de muitas direções. De acordo com Foucault (1977, p.52)

o exercício do poder em si mesmo cria e faz emergir novos objetos do conhecimento e acumula novos corpos de informação (...) o exercício do poder perpetuamente cria conhecimento e, por outro lado, o conhecimento constantemente induz efeitos do poder (...) não é possível para o poder ser exercido sem conhecimento, é impossível ao conhecimento deixar de gerar poder.

Ainda, para Foucault (1977), grupos, gestos, discursos e desejos vêm a ser constituídos como indivíduos, sendo o indivíduo um dos efeitos primordiais do poder:

- a) Precisam estar com saúde e bem dispostos para o trabalho;
- b) Que as ações de promoção à saúde são importantes;
- c) Proporcionam qualidade de vida;
- d) Proporcionam bem-estar e, com isso, diminuem o absenteísmo; e,
- e) Sugerem temas como controle de infecções, prevenção de doenças e de acidentes de trabalho a serem considerados nas estratégias de ação.

8.2 O Que é o Projeto?

É um espaço vivo em atos e ações, na perspectiva do Ensino, Pesquisa e Extensão para produzir conhecimentos e tecnologias (leves e leve-duras) em gestão, saúde e trabalho nos serviços de saúde e na universidade.

8.3 Objetivos

- a) Criar a estrutura do programa que possua duas áreas de atuação entre serviços e universidade para discutir questões de Ensino e Trabalho em Saúde;
- b) Elaborar agenda de pesquisa a partir de problemas advindos da prática gerencial e de Recursos Humanos;
- c) Agendar encontros mensais ou bimestrais no hospital (ou empresas) e na Universidade para elaborar agendas de pesquisas e definição de metas;
- d) Desenvolver avaliações e revisão do que se faz e o que deve ser feito; e,
- e) Produzir e divulgar conhecimentos como riqueza revolucionária.

8.4 População Alvo

Todos que trabalham ou não, independentemente da área de atuação de que tenham interesse em participar, como:

- 1- Comunidade de um modo geral;
- 2- Comunidade de serviços;
- 3- Comunidade do SUS; e,
- 4- Comunidade da Universidade, sendo eles: profissionais que trabalham nas instituições de saúde; docentes; discentes; pesquisadores; e, população com ou sem saúde.

8.5 Estrutura Organizacional

PROJETO DRH/GS/CT

ÁREA DE CONHECIMENTO OU LINHA DE TRABALHO

Trata da área de atuação e produção de conhecimento na área de gestão em saúde que abrange homens e mulheres que necessitam de cuidados, de prevenção e de promoção de saúde na perspectiva dos Recursos Humanos. Pesquisa de intervenção e avaliação através de programas de educação no Hospital e na Universidade. Discussões sobre objetividade e subjetividade, incluindo ações que envolvem imaginação e criatividade para o estímulo e inovações tecnológicas, discutindo temas diversos como política, economia, raça, ideologia, etnia, cultura e respeito às diferenças e da pertinente necessidade de aprender a conhecer.

Figura 17. Estrutura do projeto.

UM NÚCLEO DE PESQUISA
INSTITUCIONAL NO
HOSPITAL

O núcleo de pesquisa pertence ao Hospital no gerenciamento das propostas e desenvolvimento das metas. Pode ser gerenciado por um profissional de nível superior (de preferência, o mais graduado como docente).



UM NÚCLEO DE PESQUISA NA
UNIVERSIDADE ESTADUAL
DE RORAIMA (UERR)

O Núcleo de pesquisa da Universidade pertence ao Departamento de Administração em articulação com áreas diversas, devendo ser dirigido por um docente pesquisador, de preferência com doutorado, para participar do ensino de metodologia e desenvolvimento de pesquisas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. S.; TROCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 153-164, 2004.

ARAÚJO, L.C.G.de; GARCIA,A.A. **Gestão de Pessoas: estratégias e integração organizacional**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

ARENDT, H. **The origins of totalitarianism**. New York: Har-court and Brace, 1951 [1979].

ARMSTRONG, M. **Armstrong's handbook of human resource management practice**. 11th ed. London: Kogan Page, 2009.

AROZO, R. **Sales and Operations Planning** – uma maneira simples de obter ganhos com a integração interna. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Logística – COPPEAD/UFRJ/Sales and Operations Planning, 2006.

AZEVEDO, C.; SÁ, M. **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BACHELARD, G. **O direito de sonhar**. Trad. José Américo Motta Pessanha, Jacqueline Raas, Maria Lúcia de Carvalho Monteiro e Maria Isabel Raposo. 4. ed. Brasil: Rio Branco, 1994.

BARBIERI, U. F. **Gestão de Pessoas nas organizações**. Conceitos básicos e aplicações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Trad. Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRENECHEA, M. A. de. **Nietzsche e o Corpo**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2009.

BOLLNOW, O. F. **O homem e o espaço**. Trad. Aloísio Leoni Schmid. Curitiba: Ed. UFPR, 2008.

BONET, O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BOTHA, W. E.; BRIDGER, R. S. Anthropometric variability, equipment usability and musculoskeletal pain in a group of nurses in the Western Cape. **Appl. Ergon.**, v. 29, n. 6, p. 481-490, 1998.

BOXALL, P. F.; PURCELL, J.; WRIGTH, P. **The goals of HRM**. Oxford: Oxford University Press, 2007.

BRASIL. Decreto 7.602 de 9 de novembro de 2011. **Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUENO, M. As teorias de motivação humana e sua contribuição para a empresa humanizada: um tributo a Abraham Maslow. **Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão – CESUC**, ano IV, n. 6, jan./jun. 2002.

BURIGO, C. C. D. **Qualidade de vida no trabalho: dilemas e perspectivas**. Florianópolis: Insular, 1997.

CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients: an hypothesis. **J. Med Ethics.**, v. 10, n. 3, p. 124-127, 1984. Disponível em: <http://jme.bmj.com/cgi/content/abstract/10/3/124>. Acesso em: 15 ago. 2017.

CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 23-49, jan./mar. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: 1990.

CORRÊA, R. L. Espaço, Um Conceito-Chave da Geografia. In: CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (orgs.). **Geografias: Conceitos e Temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

COSTA, M. G. S. **Arquitetura e saúde do trabalhador: da gênese ao uso, a construção dos espaços hospitalares. Um olhar para além das normas**. Rio de Janeiro: 2003. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

COSTA, F. M. da; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. de. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital-escola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, 2009.

DANNA, K.; GRIFFIN, R. W. Healthy and well being in the workplace: A review and synthesis of the literature. **Journal of Management**, v. 25, n. 3, p. 357-384, 1999.

DAVEL, E.; VERGARA, S. C. **Gestão com pessoas e subjetividade**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2013.

DAVENPORT, T.H. **Reengenharia de processos**: como inovar a empresa através da tecnologia da informação. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

DAVIS, K. **El Comportamiento Humano en el Trabajo**. México: Mc Graw-Hill do Brasil, 1981.

DECI, E.L.; RYAN, R. Hedonia, eudaimonia and wellbeing: an introduction. **Journal of Happiness Studies**, v. 9, n. 1, p. 1-11, 2008.

DELEUZE, G. **O Anti-Édipo, capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim, 2004.

DELEUZE, G. **Différence et répétition**. Paris: PUF, 2008.

DEMO, G. **Políticas de gestão de pessoas nas organizações**: o papel dos valores pessoais e da justiça organizacional. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

DESSEN, M. C.; PAZ, M. das G. Validação do Instrumento de indicadores de Bem-Estar Pessoal nas Organizações. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 409-418, 2010.

DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**: modelo, processos, tendências e perspectivas. São Paulo: Atlas, 2016.

ERNST, H. Success factors of new products development: a review of the empirical literature. **International Journal of Management Reviews**, v. 4, n. 1, p. 1-40, 2002.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY HEALTH AT WORK. E-FACTS 53: Risk assessment for biological agents. **European Agency for Safety and Health at Work**, 2010.

FALCO, A.; CASTANHEIRA, R. O processo de gestão de pessoas em empresas de comunicação. **Comunicação & Mercados/UNIGRAM**, Dourados, v. 01, n. 01, 2012.

FERREIRA, M.C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. Uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. Brasília: Edições LPA, 2011.

FERREIRA, A. A.; REIS, A. C. F.; PEREIRA, M. I. **Gestão empresarial**: de Taylor aos nossos dias (Evolução e tendências da Moderna Administração de Empresas). São Paulo: Pioneira, 1997.

FERREIRA, M.C. *et al.* **O bem-estar o trabalho e a predição da exaustão emocional**. *EnANPAD*—Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2007.

FERRO, M. **As sociedades doentes do progresso**. Rio de Janeiro: Instituto Piaget, 1998.

FISCHER, A. L. Um resgate conceitual e histórico dos modelos de gestão de pessoas. In: FLEURY, M.; SAMPAIO, J.R. (org.). **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002. p. 11-34.

FLECK, M.P.A. Avaliação de qualidade de vida em depressão. In: FIGUEIRÓ, J. A. B.; FRÁGUAS JÚNIOR, R. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FLEURY, M. T.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1989.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forence, 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**. 1.ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

GAMBOA, Sílvia Sanchez. Quantidade-qualidade: para além de um dualismo técnico e de uma dicotomia epistemológica. In: SANTOS FILHO, José Camilo; GAMBOA, Sílvia Sanchez (Org.). *Pesquisa educacional: quantidade-qualidade*. São Paulo: Cortez, 1995.

GIL, A. C. **Gestão de Pessoas: enfoque nos papéis estratégicos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life. **JAMA**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726894>. Acesso em: 19 ago. 2017.

GIRARDI, D. M. **O compartilhamento dos processos de recursos humanos: uma contribuição para a gestão do conhecimento organizacional**. Florianópolis: 2009. 184 f. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

GOLDENBERG, M.A **arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8.ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Trad. Maria Cristina F. Bittencourt. 21. ed. Campinas: Papirus, 2012.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolíticas cartográficas do desejo**. 4. ed. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUEST, R. Quality of Work: learning from Tarrytown. **Harvard Business Review**, p. 76-87, jul./aug. 1979.

GUEST, D. E. Human resource management and industrial relations. **Journal of Management Studies**, v. 24, n. 5, p. 503-521, 1987.

GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N. M. C.; CORRÊA FILHO, H. R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 11, n. 5, p. 608-613, 2003.

HACKMAN, J.; SUTTLE, J.L. **Improving LIFE of Work. Behavioral Science Approaches to Organizational Change**. Santa Mônica: Goodyear, 1977.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional**. São Paulo: EPU, 1986.

HUNT, S.M.; MCKENNA, S.P. The QLDS: a scale for measurement of quality of life in depression. **Health Police**, v. 22, p. 307-319, 1992.

ISAH, E. C.; OMOROGBE, V. E.; OYOVWE, L. Self reported absenteeism among hospital workers in benin city, Nigeria. **Ghana Medical Journal**, Benin, v.42, n.1, p.1-7, 2008.

KAHN, K. B.; BARCZAK, G.; MOSS, R. Perspective: establishing an NPD best practices framework. **The Journal of Product Innovation Management**, v. 23, n. 2, p. 106-116, 2006.

KAMEN, J. Ionizing radiations and general controls. In: GORMAN, T. *et al.* **Controlling health hazards to hospital workers: a reference guide**. New Solutions, v.23, p.1-167, 2013.

KNAPIK, J. **Gestão de pessoas e talentos**. 2. ed. Curitiba: Ibplex, 2008.

LAGERSTRÖM, M. *et al.* Occupational and individual factors related to musculoskeletal symptoms in five body regions among Swedish nursing personnel. **Int. Arch. Occup. Environ. Health**, v. 68, n. 1, p. 27-35, 1995.

LAPIEGE, A.; HUNT, S. The problem of quality of life in medicine. **Jama**, v. 278, n. 1, p. 47-50, 1997.

LEE, J.B.; ERICKSEN, L.R. The effects of a policy change on three types of absence. **J. Nurs. ADM.**, Billerica, v. 20, n. 7-8, p. 37-40, 1990.

LEGGE, K. **Human resource management: rhetorics and realities**. London: Macmillan, 1995.

LEGGE, K. Human Resource Management. In: ACKROYD, S. *et al.* (eds.). **The Oxford handbook of work and organization**. Oxford: Oxford University Press, 2006.p.220-241.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de Vida no Trabalho – QVT**: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LIPOVETSKY, G.A **era do vazio**: ensaio sobre o individualismo contemporâneo. Trad. Terezinha Monteiro. DeutschBarneri: Manole, 2005.

LOCK, M. Nerves and Nostalgia: Creek Canadian Immigrants and Medical Care in Quebec. **Curare**, v. 7, p. 87-103, 1991.

LODAHL, T. M.; KEJNER, M. The definition and measurement of job involvement. **Journal of Applied Psychology**, v. 49, p.23-33, 1965.

LUCENA, M.D. da S. **Planejamento de Recursos Humanos**. 1.ed. 10 reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

MAGNAGO, T.S.B.S. *et al.* Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho [revisão]. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 6, p. 701-705, 2007.

MALM, U.; MAY, P.R.A.; DENKER, S.J. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. **Schizophrenia Bulletin**, v. 7, p. 477-487, 1981.

MARRAS, J. P. **Administração de Recursos Humanos**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

MASCARENHAS, A. O.; KIRSCHBAUM, C. **Fundamentos de gestão estratégica de pessoas**. In: MASCARENHAS, A. O. (org.). **Gestão estratégica de pessoas**: evolução, teoria e crítica. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

MASLOW A . H. Maslow no Gerenciamento. Rio de Janeiro, Qualitymark, 2000.

MASLOW, A. **Introdução à psicologia do ser**. Rio de Janeiro: Eldorado, 1962.

McGREGOR, D. **O lado humano da empresa**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MEYER, J. P.; ALLEN, N. J. A three-component conceptualization of organizational commitment. **Human Resource Management Review**, v. 1, p. 61-89, 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MININEL, V. A. *et al.* Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.6, p.1290-1297, 2013.

MIRANDA, A.C. *et al.* (orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

MORGAN, G. **Imagens de organização**. Trad. Cecília Berganini, Roberto Coda. São Paulo: Atlas, 1996.

MOWDAY, R. T.; STEERS, R. M.; PORTER, L. W. The measurement of organizational commitment. **Journal of Vocational Behavior**, v. 14, p.224-247, 1979.

NADLER, D. A.; LAWLER, I. **Quality of work life: perspectives and directions**. 11. v. EUA: American Management Association, 1983.

NIETZSCHE, F. **A gaia ciência**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é**. Trad. Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

PASCHOAL, T. **Bem-estar no trabalho: relações com suporte organizacional, prioridades axiológicas e oportunidades de alcance de valores pessoais no trabalho**. Brasília: 2008. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, 2008.

PASCHOAL, T.; TORRES, C. V.; PORTO, J. B. Felicidade no trabalho: relações com suporte organizacional e suporte social. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 14, n. 6, p. 1054-1072, 2010.

PAZ, M. G. T. Poder e saúde organizacional. In: TAMAYO, A. Tamayo (org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 127-154.

PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E. P. do (org.). **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**. 3. ed. Riode Janeiro: Garamond, 1999.

PENALTTI, I.; ZAGO, J. S.; QUELHA, O. **Absenteísmo: as consequências na gestão de pessoas**. Anais do III SEGeT – *Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*. Universidade Federal Fluminense – Niterói, 2005.

PEREIRA, J. A.G.; PACHECO, P. G.C. **Gestão do conhecimento para a melhoria contínua no processo produtivo**. Disponível em: http://www.techoje.com.br/site/techoje/categoria/detalhe_artigo/1340. Acesso em: 07 jan. 2018.

PEREIRA, M. F. *et al.* (orgs.). **Contribuições para a Gestão do SUS**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2010.

PNAD. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**. Síntese de indicadores 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acesso: 25 set. 2018.

QUEIROZ, S. H. de. **Motivação dos quadros operacionais para a qualidade sob o enfoque da liderança situacional**. Florianópolis:1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

QUIRINO, T. Qualidade de vida no trabalho em Organizações de Pesquisa. **Revista de Administração de Empresas da FGV**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 71-82, 1987.

REGO, A.; CUNHA, M. P.; SOUTO, S. The perceptions of workplace spirituality promote commitment and performance? An empirical study and their implications for leadership. In: SINGH-SENGUPTA, S.; FIELDS, D. (eds.). **Journal Integrating spirituality and organizational leadership**. Delhi: MacMillan, 2007. p. 309-320.

RIBAS, A. L.; SALIM, C. R. **Gestão de pessoas para concursos**. 3. ed. rev. e atual. Brasília: Alumnus, 2015.

RIBEIRO, S. L. M. **Modelo de gestão de processos de uma unidade de terapia intensiva (UTI) baseado no ciclo PDCA**. São Paulo: 2013. Dissertação (Mestrado) – Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, 2013.

RIBEIRO, A. A.; SANTANA, L. C. Qualidade de Vida no Trabalho: Fator Decisivo para o Sucesso Organizacional. **Revista de Iniciação Científica**, v. 2, p. 75-96, jun. 2015. Disponível em: http://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/2/06_QUALIDADE_VIDA_TRABALHO.pdf. Acesso em: 18 jun. 2018.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANCINETTI, T. R. *et al.* Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v.45, n.4, p.1007-1012, 2011.

SANTOS, M. A. **Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. “O retorno do território”. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (orgs.). **Território, Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 15-20.

SANTOS, M. **A natureza do Espaço Técnico e tempo, razão e emoção**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

SANTOS, B. de S. **Se Deus fosse um ativista dos Direitos Humanos**. 2. ed. São Paulo: Corte, 2014.

SANTOS FILHO, José C. Pesquisa quantitativa versus pesquisa qualitativa: o desafio paradigmático. In: SANTOS FILHO, José Camilo; GAMBOA, Sílvio Sanchez (Org.). *Pesquisa educacional: quantidade-qualidade*. São Paulo: Cortez, 1995.

SEKIOU, L.; BLODIN, L. **Gestion d'un personnel**. Montreal: Lês Editions, 1984.

SILVA, J. M. da. Apresentação. Vazio e comunicação na era “pós-tudo”. In: LIPOVETSKY, G. **A era do vazio**. Ensaio sobre o individualismo contemporâneo. Trad. Therezinha Monteiro Deutsch. Barueri: Manole, 2005.

SILVA, J. da. **Sistema para service desk com a utilização das melhores práticas do itil e aplicação da técnica de mineração de texto**. Universidade Regional de Blumenau, Centro de Ciências Exatas e Naturais, Curso de Sistemas de Informação. 2014.

SILVA, J. G. **Gestão por processos em organizações públicas**: uma análise sobre obstrutores e facilitadores do mapeamento de processo em organizações públicas. 2014. 90 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, 2014.

SILVA, D.M.P.; MARZIALE, M.H. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, supl., p. 166-172, 2006.

SIQUEIRA, M. M. M.; GOMIDE JÚNIOR, S. J. Vínculos do trabalhador com o trabalho e com a organização. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, A.; BASTOS, A. V. B. (orgs.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 300-330.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008.

SIQUEIRA, M. M. M. *et al.* **Medidas do comportamento organizacional**: ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SORDI, J. O. de. **Gestão por Processos**: abordagem moderna da administração. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

SOUTO, D. F. **Absenteísmo, preocupações constante das organizações**. Temas de Saúde Ocupacional. Gridis: Eletrobrás, 1980.

SOUZA, M. das G. da S. **Melhoria nos processos de negócios do centro de tecnologia da informação e comunicação (CTIC) da Universidade Federal do Amazonas**. Manaus: 2016. 105 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Faculdade de Tecnologia, Universidade Federal do Amazonas, 2016.

SPARKS, K.; FARGHER, B.; COOPER, C. L. Well being and occupational health in the 21st century workplace. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v. 74, p. 489-509, 2001.

STOREY, J. **New perspectives in human resource management**. London: Routledge, 1995.

SUTER, A. H. **Naturaleza y efectos del ruido**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. 2001. Disponível em: <http://www.mtas.es/insht/EncOIT/Index.htm>. Acesso em: 24 set. 2018.

TOFFLER, A. **A empresa flexível (autor do choque do futuro e a terceira onda)**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

TOFFLER, A. **Riqueza Revolucionária o significado da riqueza no futuro**. Trad. Vidiza P. Bernardello. São Paulo: Futura, 2007.

TORRES, M. D. de F. **Fundamentos de Administração Pública Brasileira**. Rio de Janeiro: FGV, 2012.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.

ULRICH, D. *et al.* Employee and customer attachment: synergies for competitive advantage. **Human Resource Planning**, v. 14, n. 2, p. 89-102, 1991.

VAN HORN, J. E. *et al.* **The structure of occupational well-being: a study among Dutch teachers**. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v. 77, p. 365-375, 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Brookman, 2001.

WARR, P. B. **Work, happiness and unhappiness**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2007.

WATERMAN, A. S.; SCHWARTZ, S. J.; CONTI, R. The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimônica) for the understanding of intrinsic motivation. **Journal of Happiness Studies**, v. 9, n. 1, p. 41-79, 2008.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho – ergonomia: métodos e técnicas**. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

APÊNDICES E

ANEXOS

APÊNDICE A

INSTRUMENTO 1 – Gestor (a) do Departamento de Recursos Humanos (DRH). Este instrumento está organizado três partes

Quadro 3. Parte I - Produção de dados sócio-econômicos e envolve caracterização das pessoas envolvidas e de seus espaços de trabalho.

ITENS	Específicos sociais do(a) gestor(a) da área de RECURSOS HUMANOS	Idade ____; Sexo ____; Estado de origem ____; Total de pessoas que trabalham ____; Quantos atendem por mês ____; Função _____.
1	Específicos do ESPAÇO RH	<p>Imagem do FIXO Como é o local de trabalho.</p> <p>Descrição do FLUXO: - PROCESSO DE TRABALHO</p> <p>Situações de/ no trabalho:</p> <p>Calmo; <input type="checkbox"/></p> <p>Bem iluminado; <input type="checkbox"/></p> <p>Mal iluminado; <input type="checkbox"/></p> <p>Excesso de ruído; <input type="checkbox"/></p> <p>Aagitado; <input type="checkbox"/></p> <p>Claro; <input type="checkbox"/></p> <p>Escuro; <input type="checkbox"/></p> <p>Circulação inadequada; <input type="checkbox"/></p> <p>Estreita; <input type="checkbox"/></p> <p>Proporciona conforto; <input type="checkbox"/></p> <p>Proporciona desconforto; <input type="checkbox"/></p> <p>Condições (infra-estrutura) estrutura adequada; <input type="checkbox"/></p> <p>Inadequada. <input type="checkbox"/></p>
2	<p>A partir daqui colocar dentro do <input type="checkbox"/></p> <p>SP – Sim procura</p> <p>NP – Não procura</p> <p>ST – Sim tenho</p> <p>NT – Não tenho</p>	<p>Resolver problemas no trabalho; <input type="checkbox"/></p> <p>Salários; <input type="checkbox"/></p> <p>Férias; <input type="checkbox"/></p> <p>Outras situações. <input type="checkbox"/></p> <p>Você tem condições de trabalho como:</p> <p>Equipamentos; <input type="checkbox"/></p> <p>Medicamentos; <input type="checkbox"/></p> <p>Materiais diversos, como luvas; <input type="checkbox"/></p> <p>Seringas; <input type="checkbox"/></p> <p>Gases; <input type="checkbox"/></p> <p>Ataduras; <input type="checkbox"/></p> <p>Gel para eletro ou outros exames. <input type="checkbox"/></p>

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 4. Parte II - Aplicabilidade dos princípios da política nacional de segurança e saúde no trabalho (PNSST).

	PRINCÍPIOS	SABE E APLICA	NÃO SABE	EXPLIQUE
Decreto nº 7.602, de 07/11/2011 dispõe sobre a política nacional de segurança e saúde no trabalho (PNSST) que tem por objetivos: promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção por meio da eliminação ou redução de RISCOS de acidentes e danos à saúde advindos da atividade laboral relacionado do trabalho ou que ocorram no curso dele.	a) Garantia de atendimento aos profissionais de saúde.			
	b) Implantação de ações voltadas a promoção da saúde no trabalho...			
	c) Estabelecimento de rotina dos profissionais de saúde			
	d) Universalidade (direito ao acesso às ações e serviços de saúde)			
	e) Precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação.			
	f) Diálogo Social entre DRH e os gestores de saúde			
	g) Integralidade (“atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”)			

Fonte: Dados da pesquisa

Parte III- Entrevista com o(a) Gestor(a) de Recursos Humanos do Hospital

Roteiro da entrevista

O Objetivo deste instrumento é avaliar as estratégias da Gestão de Recursos Humanos quanto a Promoção da Saúde e bem – estar dos trabalhadores.

- 1 – Quais os objetivos da Promoção da Saúde no âmbito hospitalar?
- 2 – O DRH possui algum Programa de Saúde e bem – estar do Trabalhador, com ações de Promoção da Saúde? Em caso positivo, descreva as ações desenvolvidas.
- 3 - Como estas ações de Educação e Promoção da Saúde podem contribuir com os objetivos do hospital?
- 4 – De quê forma os programas e ações relacionados a Promoção da Saúde têm contribuído para melhorar as condições de Saúde e bem – estar do Trabalhador?
- 5- O programa realizado pelo DRH dispõe de ações integradas visando a melhoria da Qualidade de Vida no planejamento da Saúde e bem – estar do Trabalhador?
- 6 – Há ampliação da cooperação do setor saúde com outros órgãos estatais (Secretarias) e atores sociais voltados para a Promoção da Saúde e bem – estar do Trabalhador?
- 7 – O DRH tem implementado ações de Promoção da Saúde com ênfase na atenção à Saúde e bem- estar do Trabalhador?
- 8 – Houve nos últimos anos criação ou fortalecimento de iniciativas do RH voltadas para redução de danos à Saúde e bem – estar do Trabalhador?
- 9 – Você acredita que a Promoção da Saúde seja fundamental para a melhoria da Saúde e bem – estar do Trabalhador?
- 10 – Há participação dos trabalhadores na elaboração dos programas com iniciativas de Promoção da Saúde e bem-estar do trabalhador deste hospital?
- 11 - Há realização de oficinas de capacitação envolvendo as equipes multiprofissionais com atuação na Saúde e bem-estar do Trabalhador?
- 12 – Como são convidados os trabalhadores para participar das atividades dos programas?
- 13 – Há divulgação e informação por parte do DRH, das iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde para os profissionais e gestores? De quê maneira?

INSTRUMENTO 2 – Gestores da área de saúde. Este instrumento está organizado duas partes:

Parte I - Produção de dados sócio-econômicos e envolve caracterização das pessoas envolvidas e de seus espaços de trabalho.

ITENS	Específicos sociais do(a) gestor(a) da área de RECURSOS HUMANOS	Idade ____; Sexo ____; Estado de origem ____; Total de pessoas que trabalham ____; Quantos atendem por mês ____; Função _____.
-------	---	--

Sobre o que o DRH do Hospital como processo de gerir o Hospital todos os Recursos Humanos na perspectivas dos gestores da área da saúde: normas e/ou orientações específicas.

Quadro 5. Parte II. Aplicabilidade dos princípios da política nacional de segurança e saúde no trabalho (PNSST).

	PRINCÍPIOS	SABE E APLICA	NÃO SABE	EXPLIQUE
Decreto nº 7.602, de 07/11/2011 dispõe sobre a política nacional de segurança e saúde no trabalho (PNSST) que tem por objetivos: promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção por meio da eliminação ou redução de RISCOS de acidentes e danos à saúde advindos da atividade laboral relacionado do trabalho ou que ocorram no curso dele.	a) Garantia de atendimento aos gestores e profissionais de saúde.			
	b) Implantação de ações voltadas a promoção da saúde no trabalho...			
	c) Estabelecimento de rotina dos profissionais de saúde			
	d) Universalidade (direito ao acesso às ações e serviços de saúde)			
	e) Precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação.			
	f) Diálogo Social entre DRH e os gestores de saúde.			
	g) Integralidade (“atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”)			

INSTRUMENTO 3 – Profissionais de saúde. Este instrumento está organizado três partes:

Produção de dados socioeconômicos e envolve caracterização das pessoas envolvidas e de seus espaços de trabalho.

Quadro 6. Parte I. Questionário Sócio-econômico.

ITENS	Específicos sociais do profissional de saúde	Idade ____; Sexo ____; Estado de origem ____; Total de pessoas que trabalham ____; Quantos atendem por mês ____; Função _____.
1		
4	Específicos do ESPAÇO de TRABALHO	<p>IMAGEM (FIXA)</p> <p>FILME do (FLUXO)</p> <p>- Situações de/ no trabalho</p> <p>Calmos; <input type="checkbox"/></p> <p>Bem iluminado; <input type="checkbox"/></p> <p>Mal iluminado; <input type="checkbox"/></p> <p>Excesso de ruído; <input type="checkbox"/></p> <p>Agitado; <input type="checkbox"/></p> <p>Claro; <input type="checkbox"/></p> <p>Escuro; <input type="checkbox"/></p> <p>Circulação inadequada; <input type="checkbox"/></p> <p>Estreita; <input type="checkbox"/></p> <p>Proporciona conforto; <input type="checkbox"/></p> <p>Proporciona desconforto; <input type="checkbox"/></p> <p>Condições (infra-estrutura) estrutura adequada; <input type="checkbox"/></p> <p>Inadequada. <input type="checkbox"/></p> <p>Riscos físicos (parede, chão, imobiliário); <input type="checkbox"/></p> <p>Riscos biológicos (soluções, dejetos); <input type="checkbox"/></p> <p>Higiene do ambiente é adequada; <input type="checkbox"/></p> <p>Inadequado; <input type="checkbox"/></p> <p>Péssimo; <input type="checkbox"/></p> <p>Quando e porque procurar os profissionais devem procurar o Recursos Humanos do Hospital?</p> <p>_____.</p>
	<p>A partir daqui colocar dentro do <input type="checkbox"/></p> <p>SP – Sim procura</p> <p>NP – Não procura</p> <p>ST – Sim tenho</p> <p>NT – Não tenho</p>	<p>Resolver problemas no trabalho:</p> <p>Salários; <input type="checkbox"/></p> <p>Férias; <input type="checkbox"/></p> <p>Outras situações. <input type="checkbox"/></p> <p>Você tem condições de trabalho como:</p> <p>Equipamentos; <input type="checkbox"/></p>

		Medicamentos; <input type="checkbox"/> Materiais diversos, como luvas; <input type="checkbox"/> Seringas; <input type="checkbox"/> Gases; <input type="checkbox"/> Ataduras; <input type="checkbox"/> Gel para eletro ou outros exames. <input type="checkbox"/>
--	--	---

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 7. Parte II. Atendimento dos profissionais do RH aos profissionais de Saúde

REGISTRO DA OBS. PARTICIPANTES	
Data:	
Tipo de intervenção dos profissionais do RH – OBJETO da AÇÃO	
a) Motivos de doença	<input type="checkbox"/>
b) Motivos de férias	<input type="checkbox"/>
c) Motivos legais	<input type="checkbox"/>
d) Motivos de falta	<input type="checkbox"/>
Linguagem do profissional quando atende	
• Tranqüila	<input type="checkbox"/>
• Acolhedora	<input type="checkbox"/>
• Inadequada	<input type="checkbox"/>
• Desrespeitosa	<input type="checkbox"/>
Existe um lugar de espera	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Se sim, como é	
• Fica na fila	<input type="checkbox"/>
• Encostado na parede	<input type="checkbox"/>
• Tranqüilo	<input type="checkbox"/>
• Irritado	<input type="checkbox"/>

Fonte: Dados da pesquisa

Parte III- Entrevista

Roteiro da Entrevista

Objetivo desta pesquisa: Avaliar as estratégias da Gestão de Recursos Humanos quanto a Promoção da Saúde e bem – estar dos trabalhadores.

- 1 – Quais os objetivos da Promoção da Saúde no âmbito hospitalar?
- 2 – O DRH possui algum Programa de Saúde e bem – estar do Trabalhador, com ações de Promoção da Saúde? Em caso positivo, descreva as ações desenvolvidas.
- 3 - Como estas ações de Educação e Promoção da Saúde podem contribuir com os objetivos do hospital?
- 4 – De quê forma os programas e ações relacionados a Promoção da Saúde têm contribuído para melhorar as suas condições de Saúde e bem –estar?
- 5- O programa realizado pelo DRH dispõe de ações integradas visando à melhoria da sua Qualidade de Vida no planejamento da Saúde e bem – estar?
- 6 – Há ampliação da cooperação do setor saúde com outros órgãos estatais (Secretarias) e atores sociais voltados para a Promoção da sua Saúde e bem –estar?
- 7 – O DRH tem implementado ações de Promoção da Saúde com ênfase na atenção à sua Saúde e bem- estar?
- 8 – Houve nos últimos anos criação ou fortalecimento de iniciativas do DRH voltadas para redução de danos à sua Saúde e bem – estar?
- 9 – Você acredita que a Promoção da Saúde seja fundamental para a melhoria da sua Saúde e bem – estar?
- 10 – Há participação dos funcionários na elaboração dos programas com iniciativas de Promoção da Saúde e bem-estar do trabalhador deste hospital?
- 11 - Há realização de oficinas de capacitação envolvendo as equipes multiprofissionais com atuação na Saúde e bem-estar do Trabalhador?
- 12 – Como são convidados os trabalhadores para participar das atividades dos programas?
- 13 – Há divulgação e informação por parte do DRH, das iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde para os profissionais e gestores? De quê maneira?

APÊNDICE B

Quadro 07. Licenças médicas do mês de julho de 2018

Nº	CARGO	LICENÇA MÉDICA/ PERÍODO
1	ADMINISTRADOR	LICENÇA MEDICA 08/03 A 03/09/18
2	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 19/07/18
3	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	LICENÇA MEDICA (05 DIAS) 11 A 15/07/18
4	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 22/07/18
5	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 04/07/18 / 05/07 A 02/09/18
6	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	LICENÇA MEDICA (05 DIAS) 16 A 20/07/18
7	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	LICENÇA MEDICA 26/06 A 24/08/18
8	ASSISTENTE SOCIAL	LICENÇA MEDICA 28/06 A 27/07/18
9	ASSISTENTE SOCIAL	LICENÇA MEDICA 28/06 A 27/07/18
10	ASSISTENTE SOCIAL	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 10 E 11/07/18
11	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 07 E 08/07/18
12	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 11 A 13/07/18
13	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 04/07/18 / (01 DIA) 05/07/18 / (01 DIA) 23/07/18
14	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (05 DIAS) 23 a 27/07/18
15	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 23/07/18 / (03 DIAS) 24 A 26/07/18
16	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 04 E 05/07/18 / (03 DIAS) 27 A 29/07/18
17	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 12 E 13/07/18
18	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 07/07/18
19	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 23/07/18
20	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 21 E 22/07/18
21	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (10 DIAS) 25/06 A 04/07/18 / (01 DIA) 05/07/18
22	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 25/07/18
23	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 18/07/18
24	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (30 DIAS) 23/01 A 21/02/18 / (60 DIAS) 22/02 A 22/04/18 / (90 DIAS) 23/04 A 21/07/2018
25	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 21/06 A 10/07/18
26	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 05 E 06/07/18
27	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 26/06 A 09/07/18
28	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 19/07/18 / (01 DIA) 23/07/18
29	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 09/07 A 07/08/18

30	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 02/07/18
31	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 24/07/18
32	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (04 DIAS) 20 A 23/07/18
33	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 16 A 18/07/18
34	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 04/07/18
35	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 02 A 04/07/18
36	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 25/05 A 23/07/18
37	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 12/07/18
38	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 20/07/18
39	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (30 DIAS) 25/06 A 23/07/18
40	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 12/06 A 11/07/18 / 12 A 26/07/18 / (15 DIAS) 27/07 A 10/08/18
41	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA(15 DIAS) 25/07 A 08/08/18
42	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 05 E 06/07/18
43	AUXILIAR DE SERVIÇOS DE SAUDE	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 24/07/18
44	AUXILIAR DE SERVIÇOS DE SAUDE	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 05/07/18
45	AUXILIAR DE SERVIÇOS DE SAUDE	LICENÇA MEDICA (07 DIAS) 17 A 23/07/18
46	AUXILIAR DE SERVIÇOS DE SAUDE	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 19/07/18
47	AUXILIAR DE SERVIÇOS DE SAUDE	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 16/07/18
48	AUXILIAR DE SERVIÇOS DE SAUDE	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 03/07/18
49	AUXILIAR DE SERVIÇOS DE SAUDE	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 13/07/18
50	AUXILIAR DE SERVIÇOS DE SAUDE	LICENÇA MEDICA 26/06 A 24/08/18
51	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 17/07/18
52	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	LICENÇA MEDICA 20/06 A 12/07/18 / 13/07 A 12/08/18
53	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 20/07/18
54	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	LICENÇA MEDICA 01/06 A 29/08/18
55	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 21 E 22/07/18
56	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 10 E 11/07/18
57	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	LICENÇA MEDICA (
58	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 06/07/18
59	BIOQUIMICO	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 19 E 20/7/18 / (02 DIAS) 23 E 24/07/18
60	BIOQUIMICO	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 12 A 14/07/18 / (01 DIA) 16/07/18 /18 A 27/07/18
61	BIOQUIMICO	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 12 A 14/07/18 / (01 DIA) 16/07/18 /18 A 27/07/18

62	BIOQUIMICO	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 03 A 05/07/18
63	BIOQUIMICO	LICENÇA MEDICA (05 DIAS) 02 A 06/07/18 / LICENÇA MATERNIDADE (180 DIAS) 05/07/18 A 10/01/19
64	CIRURGIAO DENTISTA	LICENÇA MEDICA (05 DIAS) 24 A 28/07/18
65	CIRURGIAO DENTISTA	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 18 E 19/07/18
66	CIRURGIAO DENTISTA	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 11/07/18
67	COZINHEIRO	Solicitou LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSE PARTICULAR, por 3(três) anos, de 01/05/18 à 01/05/21.
68	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 19 E 20/7/18
69	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 08/07/18 / (01 DIA) 18/07/18
70	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 08/07/18 / (01 DIA) 18/07/18
71	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 11 E 12/07/18 / (01 DIA) 13/07/18
72	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 06 A 08/07/18
73	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA 05/07 A 03/08/18
74	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 21/07/18
75	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 21/07/18
76	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA 28/06 A 12/07/18
77	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (15 DIAS) 21 A 05/07/18 / 06 A 20/07/18
78	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 14/07/18 / (02 DIAS) 24 E 25/07/18
79	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 07 E 08/07/18
80	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 24 E 25/07/18
81	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 07 E 08/07/18
82	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA(02 DIAS) 17 E 18/07/18
83	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (04 DIAS) 23 A 25/07/18
84	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 15/07/18
85	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 01 E 02/07/18
86	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 21 A 23/07/18
87	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 23/07/18 / (02 DIAS) 24 E 25/07/18
88	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (04 DIAS) 06 A 09/07/18/ (15 DIAS) 10 A 24/07/18
89	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA(60 DIAS) 27/02 A 27/04/18 / (90 DIAS) 28/04 A 26/07/18 / 27/07 A 24/10/18
90	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (30 DIAS) 27/06 A 10/07/18
91	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA 31/05 A 28/08/18
92	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (60 DIAS) 18/05 A 16/07/2018
93	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 13/07/18

94	ENFERMEIRO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 12/07/18
95	ESTATISTICO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 06/07/18 / (01 DIA) 16/07/18 / (01 DIA) 23/07/18
96	FARMACEUTICO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 03/07/18
97	FARMACEUTICO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 26/07/18
98	FISIOTERAPEUTA	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 18 E 19/07/18
99	FISIOTERAPEUTA	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 13/07/18
100	FISIOTERAPEUTA	LICENÇA MEDICA 25/06 A 20/07/18
101	FISIOTERAPEUTA	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 05/07/18
102	FISIOTERAPEUTA	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 14/07/18
103	FISIOTERAPEUTA	LICENÇA MEDICA 08/07 A 06/08/18
104	FISIOTERAPEUTA	LICENÇA MEDICA 20/06 a 03/08/18
105	FISIOTERAPEUTA	LICENÇA MEDICA 20/06 a 03/08/18
106	FISIOTERAPEUTA	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 12 E 13/07/18 / (01 DIA) 18/07/18
107	FISIOTERAPEUTA	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 12 E 13/07/18
108	FISIOTERAPEUTA	LICENÇA MEDICA (15 DIAS) 24/07 A 07/08/18
109	FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EM TERAPIA INTENSIVA	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 04/07/18 / (02 DIAS) 24 E 25/07/18
110	FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EM TERAPIA INTENSIVA	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 18 A 20/07/18
111	FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EM TERAPIA INTENSIVA	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 18/07/18
112	FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EM TERAPIA INTENSIVA	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 04 A 06/07/18
113	MEDICO CLINICO GERAL	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 13/07/18
114	MEDICO CLINICO GERAL	LICENÇA MEDICA 16/07 A 14/08/18
115	MEDICO CLINICO GERAL	LICENÇA MEDICA(30 DIAS) 14/02 A 12/04/18 / (60 DIAS) 13/04 A 11/06/18 / (60 DIAS) 12/06 A 10/08/18
116	MEDICO ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA	LICENÇA MEDICA 22/05 A 18/09/18
117	MEDICO ESPECILISTA EM CIRURGIA GERAL	LICENÇA MEDICA 22/05 A 20/06/18 / 21/06 a 19/08/18
118	MEDICO OTORRINOLARINGOLOGIA	LICENÇA MEDICA (180 DIAS) 27/02 A 25/08/18
119	NUTRICIONISTA	LICENÇA MEDICA 12/07 A 11/08/18
120	NUTRICIONISTA	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 26 E 27/07/18
121	PSICOLOGO	LICENÇA MEDICA 20/06 a 19/07/18 / (15 DIAS) 19/07 A 03/08/18
122	PSICOLOGO	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 11/07/18
123	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (15 DIAS) 05 A 19/07/18 / 21/07 A 03/08/18
124	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (15 DIAS) 05 A 19/07/18 / 21/07 A 03/08/18

125	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 10/07 A 08/08/18
126	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 13/07/18
127	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 21/07/18
128	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 19 A 21/07/18
129	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 04/07/18
130	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 11/07/18
131	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA)05/07/18 / (01 DIA) 09/07/18 / (02 DIAS) 17 E 18/07/18
132	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA)05/07/18 / (01 DIA) 09/07/18 / (02 DIAS) 17 E 18/07/18
133	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 16/07/18
134	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 16/07/18
135	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 11/07/18
136	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 05/07/18 / (01 DIA) 20/07/18
137	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 15/07/18
138	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 21 E 22/07/18
139	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (30 DIAS) 21/06 A 20/07/17 / (90 DIAS) 21/07 A 16/10/17 / (100 DIAS) 17/10/17 A 24/01/18 / 25/01 A 09/03/18 /(60 DIAS) 10/03 A 08/05/18 / 09/05 A 06/08/18
140	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 10/07/18 / (01 DIA) 25/07/18
141	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (05 DIAS) 13 A 17/07/18
142	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 18/07/18
143	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 02 E 03/07/18
144	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA PARA MANDATO CLASSISTA, no período de 01/10/16 a 22/02/20 . PORTARIA/GAB/SEGAD 6263 de 22/12/16.
145	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 24/07/18
146	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 04/06 A 03/07/18
147	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 25/05 A 03/07/18 / (01 DIA) 11/07/18
148	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 10/07/18
149	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA(01 DIA) 13/07/18
150	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 28/06 A 27/07/18
151	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 15/07/18
152	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 20/07/18
153	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 06/07/18
154	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 15 E 16/07/18
155	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (10 DIAS) 07 A 16/07/18
156	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 13/07/18

157	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (90 DIAS) 18/05/18 A 16/07/018 / 16 A 26/07/18
158	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 05/07/18
159	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 05/07/18
160	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 12 E 13/07/18
161	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 15/07/18
162	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA de 17/03 a 14/07/18 / 15/07 A 13/08/18
163	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 19/07/18
164	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 02/07/18 / (02 DIAS) 19 e 20/07/18
165	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 22/07/18
166	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 05 E 06/07/18 / DOAÇÃO DE SANGUE 11/07/18
167	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 17/07/18
168	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (04 DIAS) 16 A 19/07/18
169	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA(01 DIA) 02/07/18 / Apresentado ao RH/SESAU, por meio do MEMO 1717/18 NRH/HGR/CGUE/SESAU de 03/07/18.
170	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 10/07/18
171	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 04/07/18
172	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 15/07/18
173	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 15 E 16/07/18 / 17 A 31/07/18
174	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 09 A 23/06/18 / (15 DIAS) 24/06 A 08/07/18 / 09 A 23/07/18 / 24/07 A 07/08/18
175	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (10 DIAS) 25/06 A 04/07/18
176	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02DIAS) 19 E 20/07/18
177	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 11/07/18
178	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 11/07/18
179	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 26/07/18
180	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 13/07/18 / (01 DIA) 15/07/18 / (01 DIA) 17/07/18
181	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 14/07 A 11/09/18
182	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 20 E 21/07/18
183	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 05/06 A 04/07/18
184	TECNICO EM ENFERMAGEM	Apresentou-se por meio do SESAUCGUESMEMO 2293/18 de 04/07/18 / LICENÇA MEDICA 03/7 A 01/08/18
185	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 02/07/18
186	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 11/07/18
187	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 02 E 03/07/18
188	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 11/07/18 / DOAÇÃO DE SANGUE 03/07/18

189	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (05 DIAS) 16 A 20/07/18
190	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 21/07/18
191	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 17/07/18
192	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 12 A 14/07/18 / (01 DIA) 24/07/18
193	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 11/07/18
194	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 12 E 13/07/18
195	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 25/07/18
196	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 06 E 07/07/18
197	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 26/07/18
198	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 26/07/18
199	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 19/07/18
200	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 16/07/18
201	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 24/07/18
202	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 16 A 18/07/18
203	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 14 A 16/07/18
204	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 02 A 04/07/18
205	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIA) 01 E 02/07/18
206	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 06 A 08/07/18
207	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 12 E 13/07/18 / (03 DIAS) 20 A 22/07/18
208	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 18/07/18
209	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 19/07 A 23/08/18
210	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 26/07/18
211	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (30 DIAS) 24/05 A 22/06/2018 / 24/05 A 22/07/18
212	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA 19/07 A 18/08/18
213	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 10/07/18 / (01 DIA) 10/07/18
214	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 13/07/18
215	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 13 E 14/07/18
216	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 13 A 15/07/18 / 17 A 23/07/18
217	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (05 DIAS) 13 A 16/07/18
218	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 24/07/18
219	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA(01 DIA) 11/07/18 / (05 DIAS) 13 A 17/07/18
220	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA(01 DIA) 11/07/18 / (05 DIAS) 13 A 17/07/18

221	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 02/07/18 / (04 DIAS) 17 A 20/07/18 / 23/07 A 21/08/18
222	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (30 DIAS) 25/06 A 23/07/18
223	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 03 E 04/07/18 / (01 DIA) 16/07/18 / (01 DIA) 20/07/18
224	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 03 E 04/07/18 / (01 DIA) 16/07/18 / (01 DIA) 20/07/18
225	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 12/07/18
226	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 18 A 20/07/18
227	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 02/07/18 / (01 DIA) 06/07/18
228	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (03 DIAS) 04 A 06/07/18
229	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 03/07/18 / (01 DIA) 15/07/18
230	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 05 E 06/07/18
231	TECNICO EM ENFERMAGEM	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 16/07/18 / (01 DIA) 17/07/18
232	TECNICO EM LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 12/07/18
233	TECNICO EM LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 17/07/18
234	TECNICO EM LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 13/07/18
235	TECNICO EM LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	LICENÇA MEDICA 11/05 A 09/07/18 / 09/07 A 06/09/18
236	TECNICO EM LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	LICENÇA MEDICA 11/05 A 09/07/18 / 09/07 A 06/09/18
237	TECNICO EM RADIOLOGIA	LICENÇA MEDICA(60 DIAS) 24/05 A 22/07/18 / (60 DIAS)17/07 A 15/09/18
238	TECNICO EM RADIOLOGIA	LICENÇA MEDICA 16/07 A 14/08/18
239	TECNICO EM RADIOLOGIA	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 12 E 13/07/18 / (01 DIA) 05/07/18
240	TECNICO EM SAUDE BUCAL	LICENÇA MEDICA (01 DIA) 11/07/18
241	TERAPEUTA OCUPACIONAL	LICENÇA MEDICA (02 DIAS) 10 E 11/07/18