

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

SILVIA TEREZINHA MÜLLER

**CLIMA ORGANIZACIONAL NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO
ESTADO DE SANTA CATARINA: UM ESTUDO DE CASO**

ITAJAÍ (SC)

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SILVIA TEREZINHA MÜLLER

**CLIMA ORGANIZACIONAL NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO
ESTADO DE SANTA CATARINA: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde e Gestão do Trabalho – Área de concentração em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dra. Elizabeth Navas Sanches

ITAJAÍ (SC)

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

M916c Müller, Silvia Terezinha, 1960-

Clima organizacional no ambulatório de um hospital público do estado de Santa Catarina [manuscrito] : um estudo de caso / Silvia Terezinha Müller. – 2009
193 f. : il. ; 30 cm.

Cópia de computador (Printout(s)).

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde e Gestão do Trabalho, 2009.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Navas Sanches”.

1. Satisfação no trabalho. 2. Cultura organizacional. 3. Ambiente de trabalho. 4. Gestão de pessoas. I. Sanches, Elizabeth Navas. II. Título.

CDU: 658

SILVIA TEREZINHA MÜLLER

**CLIMA ORGANIZACIONAL NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO
ESTADO DE SANTA CATARINA: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em
Saúde e Gestão do Trabalho – Área de concentração em Gestão do Trabalho e da
Educação em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dra. Elizabeth Navas Sanches

Itajaí, 27 de novembro de 2009

COMISSÃO EXAMINADORA

**Prof^a Dra. Elizabeth Navas Sanches
Universidade do Vale do Itajaí**

**Prof^a Dra. Maria Tereza Leopardi
Universidade do Vale do Itajaí**

**Prof^a Dra. Andrea Valéria Steil
Universidade Federal de Santa Catarina**

Dedico este trabalho:

***Ao meu companheiro Hélio e aos meus filhos
Luísa (em memória) e Pedro, porque o amor é
eterno.***

AGRADECIMENTOS

A minha amiga Sirlésia, a grande responsável por eu ter aceitado enfrentar o desafio do mestrado;

A minha orientadora, pela tranquilidade com que conduziu este processo;

Aos meus colegas de curso, especialmente a Hedi, Kátia e Nanci, pelo apoio e carinho que me dispensaram nos momentos difíceis de vida que enfrentei durante o período do mestrado e a Ana por ter promovido a integração do grupo com seus lanches;

Aos servidores do ambulatório que aceitaram tão prontamente participar deste estudo.

***Se não houver frutos valeu a beleza das flores;
Se não houver flores, valeu a sombra das folhas;
Se não houver folhas, valeu a intenção da semente.***

(Henfil)

MÜLLER, S. T. **Clima organizacional no ambulatório de um hospital público do estado de Santa Catarina**: um estudo de caso. 2009. 193 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI (SC).

RESUMO

Clima organizacional é o ambiente interno da organização que se manifesta pelo comportamento das pessoas que nela atuam e interfere no grau de motivação e de satisfação dos trabalhadores ao desempenharem suas atividades diárias. Este trabalho teve por objetivos conhecer o clima organizacional no ambulatório de um hospital público do Estado de Santa Catarina; investigar a percepção dos servidores sobre as variáveis: trabalho realizado, programas de capacitação, gestão, relacionamento interpessoal, segurança no trabalho e remuneração; levantar informações sobre rotatividade de pessoal e licenças para tratamento de saúde e identificar fatores do ambiente de trabalho como pichações em banheiros e quadros murais, que sinalizam aspectos da satisfação do servidor. O ambulatório localiza-se em um hospital geral, público que oferta a população diversas especialidades médicas. A época de realização da pesquisa contava com um quadro de 23 servidores efetivos dos quais foi selecionada uma amostra de oito servidores, um por competência profissional, para participarem do estudo. Para conhecer o clima organizacional realizou-se um estudo de caso por meio da utilização de três estratégias de coleta de dados, a saber: observação livre, entrevistas e análise documental. As variáveis selecionadas para o estudo foram organizadas em categorias e subcategorias com vistas à interpretação dos resultados. Verificou-se que é elevado no ambulatório o afastamento de servidores por motivo de doença, mas são baixas a rotatividade de pessoal e o absenteísmo por motivos não justificados. O clima foi constatado como *prejudicado* para as variáveis: Programas de Capacitação e Segurança no Trabalho e *desfavorável* para as variáveis: Trabalho Realizado, Gestão, Relacionamento Interpessoal e Remuneração.

Palavras-chave: Satisfação no trabalho. Cultura organizacional. Ambiente de trabalho. Gestão de pessoal.

MÜLLER, S. T. **Organizational climate in a public hospital in the State of Santa Catarina: a case study.** 2009. 2009. 193 p. Dissertation (Master's Degree in Health and Management of Work) – Center for Health Sciences, University of Vale do Itajaí, UNIVALI (SC).

ABSTRACT

Organizational climate, which is the internal environment of an organization, is manifested in employees' behavior, and influences their levels of motivation and satisfaction as they perform their daily tasks. This work investigates: the organizational climate in the outpatient clinic of a public hospital in the State of Santa Catarina; workers' perceptions of the different variables: work carried out, training programs, management, interpersonal relations, safety at work and pay; information on absenteeism, staff turnover and sick leave; and factors related to the working environment, such as graffiti in the wash rooms, cleanliness, and notice boards, that signal aspects of employee satisfaction. The outpatient clinic is located in a public general hospital that provides various medical specialties to the population. At the time of the research, it had twenty-three permanent employees, from which a sample of eight employees was selected, one for professional area, to take part in the study. To investigate the organizational climate, a case study was carried out using three data collection strategies: free observation, interviews, and document analysis. To interpret the results, the variables selected for the study were organized into categories and subcategories. It was seen that sick leave among employees of the outpatient clinic was high, but staff turnover and absenteeism for unjustified reasons were low. The organizational climate was considered not ideal for the variables: Work Carried out, Training Programs, and Safety at Work, and poor for the variables: Management, Interpersonal Relations, and Pay.

Key words: Satisfaction at work, Organizational culture, Working environment, Staff management

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAA	–	Agente de Atividades Administrativas
AAS I	–	Agente de Atividades de Saúde nível I
AAS II	–	Agente de Atividades de Saúde nível II
AIH	–	Autorização de Internação Hospitalar
ASG	–	Agente de Serviços Gerais
CCIH	–	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	–	Comunicação Interna
CLT	–	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASEMS	–	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DORT	–	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
EP	–	Educação Permanente
EPI	–	Equipamento de Proteção Individual
GE	–	Gestão
GEENF	–	Gerência de Enfermagem
GERAD	–	Gerência de Administração
GETEC	–	Gerência Técnica
LER	–	Lesão por Esforço Repetitivo
LTS	–	Licença Tratamento de Saúde
MS	–	Ministério da Saúde
NR	–	Norma Regulamentadora
OPAS	–	Organização Pan-Americana de Saúde
PC	–	Programa de Capacitação
PCMSO	–	Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional
PCS	–	Plano de Cargos e Salários
PCV	–	Plano de Carreira e Vencimentos
PPRA	–	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
QVT	–	Qualidade de Vida no Trabalho
RH	–	Recursos Humanos
RI	–	Relacionamento Interpessoal
RM	–	Remuneração

SES	–	Secretaria de Estado da Saúde
ST	–	Segurança no Trabalho
SUH	–	Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TAA	–	Técnico em Atividades Administrativas
TAS	–	Técnico em Atividades de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TR	–	Trabalho Realizado

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Categorias e subcategorias.....	58
Quadro 2: Quantitativo de servidores do ambulatório por competência e tempo de serviço total	64
Quadro 3: Descrição das competências dos servidores que atuam no ambulatório por atribuições e formação	65
Quadro 4: Servidores entrevistados por competência, função no ambulatório, sexo e tempo de serviço.....	67
Quadro 5: Servidores entrevistados por idade e escolaridade.....	68
Quadro 6: Licença para Tratamento de Saúde	109
Quadro 7: Resumo da categorização.....	117

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 HOSPITAL.....	17
2.2 CULTURA ORGANIZACIONAL	19
2.3 CLIMA ORGANIZACIONAL	22
2.3.1 Variáveis organizacionais que influenciam o clima organizacional	26
2.3.1.1 A variável trabalho realizado pelos servidores	27
2.3.1.2 A variável programas de capacitação.....	30
2.3.1.3 A variável gestão	34
2.3.1.4 A variável relacionamento interpessoal	38
2.3.1.5 A variável segurança no trabalho	42
2.3.1.6 A variável remuneração.....	46
3 METODOLOGIA	50
3.1 PASSOS QUE ANTECEDERAM A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	50
3.1.1 O local de estudo e os participantes da pesquisa	50
3.2 ESTUDO DE CASO	51
3.3 A COLETA DE DADOS	53
3.3.1 A documentação	53
3.3.2 As entrevistas	54
3.3.3 A observação	56
3.4 A ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	57
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	60
4.1.1 Espaço físico do local de estudo	61
4.1.2 Servidores que atuam no ambulatório	63
4.1.3 Características dos servidores entrevistados	66
4.2 ORGANIZAÇÃO DOS RESULTADOS EM CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	69

4.2.1 Categoria trabalho realizado (TR)	69
4.2.2 Categoria programas de capacitação (PC)	78
4.2.3 Categoria gestão (GE)	82
4.2.4 Categoria relacionamento interpessoal (RI)	92
4.2.5 Categoria segurança no trabalho (ST)	102
4.2.6 Categoria remuneração (RM)	111
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES	130
APÊNDICE 1: Roteiro de entrevista	131
APÊNDICE 2: Roteiro para observação	132
APÊNDICE 3: Autorização para utilização dos dados documentais	133
APÊNDICE 4: Termo de consentimento livre esclarecido	134
APÊNDICE 5: Termo de compromisso de utilização de dados	136
ANEXOS	134

1 INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES) atende a população por meio de serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para tanto, dispõe de um quadro de 10.200 servidores ativos, 7.500 destes atuando nas catorze unidades hospitalares que administra (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2007).

No espaço hospitalar, os profissionais de saúde são cuidadores, sujeitos de uma ação que tem por objeto o usuário. Esta relação acontece em um ambiente permeado por uma cultura que influencia o comportamento dos trabalhadores no desempenho de suas atividades cotidianas. Um ambiente, que muitas vezes, expõe os servidores à situações de grande vulnerabilidade, tendo que suportar angústias, conflitos e lidar com sofrimentos, em condições nem sempre adequadas (CAMPOS, 2005).

Considerando, que, os trabalhadores de saúde são fundamentais para o bom andamento do setor e que sua prática está sujeita às influências determinadas pelo ambiente organizacional onde estão inseridos, é importante que os gestores procurem conhecer suas percepções e nível de satisfação quanto à realidade que os cerca e, por meio destas, o clima organizacional da instituição que administram.

O clima de uma organização, conforme Luz (2007), pode ser bom, prejudicado ou ruim. Para identificá-lo é preciso ouvir os funcionários quanto à sua percepção sobre variáveis organizacionais e do trabalho que causam insatisfação, todavia muitas instituições públicas e privadas utilizam mecanismos para ouvir seus usuários, mas não para ouvir seus trabalhadores. Esta realidade pode ser modificada pela adoção de estratégias, que busquem conhecer e avaliar o nível de satisfação dos trabalhadores, entre elas, a pesquisa de clima.

Os resultados alcançados a partir de um diagnóstico com base na identificação do clima organizacional podem ser muito relevantes para as organizações, tanto na busca constante da qualidade dos serviços, como para a avaliação da gestão, o planejamento de recursos humanos (RH), o entendimento quanto à interação da instituição com os funcionários, a promoção de melhorias no ambiente de trabalho e a identificação de fatores que influenciam o desempenho.

Isto também se aplica à área pública, inclusive à área da saúde pública e, no caso deste estudo, a um hospital público do Estado de Santa Catarina.

Com minha atuação profissional na área de desenvolvimento de RH no nível central da SES, foi possível verificar que os servidores aproveitam situações que fogem à sua rotina diária de trabalho, como a participação em cursos de capacitação ou reuniões de serviço, para se fazer ouvir, manifestando-se verbalmente ou registrando suas opiniões nos instrumentos utilizados para avaliação dos eventos.

A constatação desta realidade aliada à questão *quem cuida do cuidador*, serviram de motivação para a realização da presente pesquisa, que buscou conhecer como se configura o clima organizacional no ambulatório de um hospital público estadual. Entende-se que este conhecimento poderá servir de subsídio à elaboração de políticas internas de recursos humanos voltadas à qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população.

O hospital onde se realizou este estudo localiza-se em Florianópolis, tem por objetivo a promoção integral da saúde dos usuários e servir como campo de ensino e pesquisa. Dispõe de 998 servidores e 170 leitos, atendendo exclusivamente usuários adultos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 23% destes, provenientes do interior do estado. Suas especialidades médicas são: angiologia, buco-maxilofacial, cardiologia, cirurgia da cabeça e pescoço, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, endoscopia digestiva, gastroenterologia, geriatria, hematologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neuroradiologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, radiologia geral, reumatologia, unidade de terapia intensiva (UTI), ultra-sonografia, urologia e neurofisiologia. Presta serviços de emergência 24 horas em regime de plantão atendendo 4.438 pessoas/mês e ambulatorial de segunda a sexta feira das 7 as 19 horas. O número de internações é de 698 pessoas/mês (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2007).

Com esta pesquisa buscou-se conhecer como se configura o clima organizacional no ambulatório do hospital, por meio da percepção dos seus servidores sobre as seguintes variáveis: **trabalho realizado, programas de capacitação, gestão, relacionamento interpessoal, segurança no trabalho, e remuneração**; levantar dados documentais relacionados ao afastamento do serviço por motivo de doença e rotatividade de pessoal, elementos que indicam possíveis

causas que afetam o clima e Identificar os fatores do ambiente de trabalho como pichações em banheiros e quadros murais, que sinalizam aspectos relacionados à satisfação do servidor.

No capítulo 2 do estudo apresenta-se a fundamentação teórica que subsidiou sua realização; o capítulo 3 trata da metodologia (Estudo de Caso) e das três estratégias de levantamento de dados utilizados na pesquisa (entrevistas, observação livre e análise documental); o capítulo 4 contempla a apresentação e discussão dos resultados e o capítulo 5 registra as Considerações Finais da pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo aborda alguns fundamentos teóricos deste estudo: o hospital (por ser o tipo de instituição de saúde onde se realizou a pesquisa); a cultura organizacional (por influenciar fortemente o clima das organizações); o clima organizacional e variáveis que o influenciam (porque representam o foco da pesquisa).

2.1 HOSPITAL

De acordo com Teixeira (1989) a palavra hospital é de origem latina e significa um local onde se hospedam pessoas. Os primeiros Hospitais surgiram na idade média para atender os pobres, mulheres desamparadas, velhos e doentes crônicos. Nesse espaço monges e religiosos exerciam a caridade cristã cuidando de pessoas consideradas indigentes.

No Brasil, a implantação dos primeiros hospitais seguiu a mesma lógica. A assistência médico-hospitalar teve início no ano de 1543 com a criação das santas casas, entidades de caráter caritativo e filantrópico, cuja função era mais de afastar da sociedade pessoas com problemas de ordem social do que terapêutica (REIS et al., 2004).

No século XX os hospitais ampliaram sua atuação voltando-se ao atendimento de toda a sociedade. A partir daí, transformaram-se no principal estabelecimento de prestação de serviços médicos e adquiriram, conforme Reis et al. (2004), grande visibilidade por lidarem predominantemente com pessoas enfermas e/ou com risco de morte.

Atualmente os hospitais são organizações complexas onde, segundo Albuquerque et al. (2004), interagem vários fatores como os científicos, humanos e tecnológicos, que viabilizam a prestação de serviços ambulatoriais, especializados e atendimento de emergências e, exigem de quem os administram, conhecimentos amplos e recursos suficientes para gerar a recuperação da saúde. O “conceito de hospital encerra variados recursos, elementos e dispositivos que, articulados e

submetidos a uma ação coordenada, podem conduzir à saúde integral, isto é, a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação” (MALAGÓN-LONDOÑO; MOREIRA; LAVERDE, 2008, p. 9). Os hospitais têm um importante papel na organização da rede de assistência, pois concentram muitos serviços de média e alta complexidade, contam com inúmeros profissionais e consomem elevado volume de recursos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A complexidade das instituições hospitalares varia de acordo com serviços que oferece. Malagón-Londoño, Moreira e Laverde (2008) apresentam quatro níveis de atenção médica:

- Nível I – instituições de pequeno porte (contam com o profissional generalista para consultas externas, urgências e internações de curta permanência para situações de pouca gravidade);
- Nível II – instituições de maior porte (prestam serviços de medicina interna, cirurgia, pediatria, gineco-obstetrícia e psiquiatria);
- Nível III – instituições que prestam serviços especializados (cardiologia, pneumologia, nefrologia, endocrinologia, cirurgia cardiovascular e bucomaxilofacial, entre outros);
- Nível IV – instituições de complexidade máxima (dispõem de profissionais de ótimo desenvolvimento no campo cirúrgico e de transplantes e com serviços de tomografia, ressonância magnética nuclear e outros).

Indiferentemente da complexidade de uma unidade hospitalar seu funcionamento depende dos profissionais e, estes, devem ter conhecimentos e capacidade técnica que os torne habilitados para atuar no setor. Por isso, historicamente, além das atribuições inerentes à área da saúde, os hospitais realizam a capacitação e qualificação do seu contingente de trabalhadores sendo que “a aula como parte da sua estrutura tem representado o âmbito de formação dos profissionais e dos técnicos” (ALBUQUERQUE et al., 2004, p. 144).

A educação fortemente evidenciada nos hospitais atende ao fato destes serem organizações de intensa atividade humana e tecnológica, que torna seus trabalhadores essenciais para aplicar conhecimentos na produção dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2004). Da mesma forma, Teixeira (1989) se refere às instituições hospitalares como um sistema mais humano do que mecânico onde o usuário depende muito das pessoas responsáveis pelo cuidado e espera-se que

este seja adequado e os erros mínimos, apesar da existência de problemas organizacionais e funcionais.

“O cuidado, nas organizações de saúde em geral e no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar” (REIS, 2004, p. 26), realizado por profissionais de Nível Superior como médicos de diferentes especialidades, equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros com o apoio de trabalhadores sem formação específica (pessoal da limpeza e de atividades administrativas em geral) (PIRES, 1999).

Para Albuquerque et al. (2004), embora tradicionalmente o hospital tenha por função cuidar dos problemas de saúde de seus pacientes, tratando-os e reabilitando-os por meio da utilização de recursos humanos e físicos, algumas mudanças tecnológicas, epidemiológicas e culturais estão contribuindo para modificar esta função clássica. Atualmente, em nível mundial, vêm surgindo alternativas à hospitalização como a orientação para o atendimento em consultórios externos e a internação domiciliar, o que contribui para limitar a exposição dos pacientes à infecção hospitalar, reduzir o número de leitos e os gastos com internação.

2.2 CULTURA ORGANIZACIONAL

Cada organização é única e possui cultura própria. Isto também se aplica às organizações da área da saúde, inclusive aos hospitais. De acordo com Albuquerque et al. (2004) o hospital possui uma cultura complexa construída durante décadas, porém difere de outras organizações sociais por suas particularidades como o fato de se ocupar da vida e da doença, e muitas vezes, da morte.

As organizações representam um contexto menor inserido e interagindo com um ambiente mais amplo que é a sociedade em sua totalidade, constituída de símbolos, significados, mitos, valores, crenças e rituais forjados nas interações sociais, um universo simbólico que norteia a ação dos seres humanos que nela convivem. Este universo é decifrado pelas linguagens verbal e não verbal, e consiste no meio onde as pessoas relacionam-se cotidianamente (BASTOS, 2001). Estes

mesmos seres humanos compõem as organizações e contribuem para o intercâmbio de valores, tornando-os competentes para a formação da sua cultura (SOUZA; MACEDO, 2006).

Cultura organizacional é o modelo de pressupostos básicos, que determinado grupo tem inventado, descoberto ou desenvolvido no processo de aprendizagem para lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna. Uma vez que os pressupostos tenham funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, são ensinados aos demais membros da organização como a maneira correta para se perceber, se pensar e sentir-se em relação àqueles problemas (SHEIN, 1984 *apud* FREITAS, 2007, p. 13).

Adaptação externa, para Schermerhorn Junior, Hunt e Osborn (2003), refere-se ao alcance de metas e a forma como a organização lida com as pessoas de fora, enquanto integração interna trabalha a formação de uma identidade coletiva e a criação de modos que permitam aliar métodos de trabalho com a vida.

A cultura organizacional é um conjunto de hábitos, crenças, normas e valores, atitudes e expectativas compartilhados por todos os membros da organização, contribui na definição da sua missão e estabelecimento dos seus objetivos. Algumas culturas são conservadoras e não mudam com o tempo enquanto outras são mais adaptativas e flexíveis e se caracterizam pela adoção de novos hábitos e costumes (CHIAVENATO, 2006). O autor aponta ainda três principais elementos para se compreender e conhecer a cultura de uma organização:

- **Artefatos** – são os elementos mais visíveis, perceptíveis, tudo aquilo possível de se ver, ouvir ou sentir em relação à organização como produtos, serviços ou padrões de comportamento dos seus membros;
- **Valores compartilhados** – são valores que se tornam importantes para as pessoas da organização e determinam seu comportamento organizacional;
- **Pressupostos básicos** – mais ocultos, representam as percepções e os sentimentos dos membros da organização que muitas vezes não estão escritos e nem são manifestados oralmente.

Freitas (2007) menciona outros elementos da cultura das organizações retirados da área antropológica e ajustados à realidade das pessoas e grupos que compõem o espaço organizacional, são eles:

- **Ritos, rituais e cerimônias** – caracterizados como eventos planejados, demonstram a concretude da cultura. Manifestam-se por meio das demonstrações de aceitação (convites para festas, recepção de boas vindas, premiações), pelas negociações, reuniões e também por rituais de degradação como é o caso das demissões;
- **Saga e heróis** – são narrativas que valorizam os caminhos percorridos e as pessoas que contribuíram para a organização chegar ao sucesso (atualmente está fora de moda devido à constante mudança das empresas e de seus principais dirigentes);
- **Estórias** - são relatos de fatos verídicos que contribuem para enfatizar comportamentos, divulgam valores e indicam rumos a serem seguidos;
- **Tabus** – como os valores, servem para orientar comportamentos, mas em sentido oposto daqueles. Representam situações que causam constrangimento, por isso costumam ser negados ou ocultados;
- **Normas** – estão relacionadas às regras e procedimentos padrões a serem utilizados na maioria das situações e por todos os membros da organização.

Outra maneira de se perceber a cultura das organizações é por suas figuras folclóricas. Estas foram identificadas por Oliveira (1995, *apud* Luz, 2007) como os **Arautos** (os primeiros a saberem das novidades); as **cabalas** (grupinhos “panelinhas”); os **espiões** (levam as informações aos superiores); os **mestres** (sabem tudo sobre a organização) e as **eminências pardas** (possuem um tipo de poder não formal).

A cultura organizacional é uma abstração. Entretanto, se expressa concretamente na Missão, Visão e Valores declarados, *Slogans* e também no comportamento dos funcionários, nos trajes que usam e na forma como tratam as pessoas (LUZ, 2007). O autor aponta alguns aspectos que interferem na formação da cultura das organizações tais como: os fundadores; o tipo de atividade; os gestores atuais e a área geográfica onde se localizam as instituições.

Para Bittar (2004) a cultura das organizações gera atitudes que interferem na administração. Portanto é importante que ela seja compreendida, visando o aumento do conforto e diminuição dos conflitos em relação a componentes do comportamento como liderança, relacionamento interpessoal, comunicação, qualidade de vida e outros.

No que se refere à cultura em organizações públicas o conceito é o mesmo atribuído às demais organizações, embora exista divergências no que tange a sua manifestação ou como se estrutura. Neste setor não se identificam fundadores e os gestores por vezes mudam tão rapidamente que sequer deixam registrado seu estilo de liderança. Para Bergue (2005) a cultura na administração pública tem papel de destaque na gestão, podendo ser percebida pela interação com sua estrutura, com os processos e com os servidores. Segundo este autor seus aspectos costumam ser observados em atos normativos como os que concedem honrarias ou nos ritos e solenidades, e também, em aspectos comportamentais que demonstram “ênfase nas relações pessoais e de grupo; constância no ritmo de trabalho; reduzido grau de incerteza em relação ao vínculo (estabilidade); corporativismo e condescendência” (BERGUE, 2005, p. 287).

2.3 CLIMA ORGANIZACIONAL

Cultura e Clima organizacional estão relacionados, embora tenham características próprias.

Enquanto a cultura organizacional se mantém durante toda a existência de uma empresa ou, pelo menos, durante parte dela, apontando os caminhos a serem seguidos em determinadas etapas, o clima organizacional se modifica conjuntamente conforme os diferentes momentos pelo quais passam as organizações (TACHIZAWA; FERREIRA; FORTUNA, 2004, p. 241).

Também Luz (2007) se refere à perenidade da cultura em relação ao clima quando coloca que a primeira decorre de construções realizadas ao longo do tempo e a segunda do estado de ânimo dos funcionários em um determinado momento.

Clima organizacional constitui “o ambiente humano onde as pessoas de uma organização executam seu trabalho, não pode ser tocado ou visualizado, apenas percebido” (CHIAVENATO, 2006, p. 273). Para esse autor as pessoas inseridas no ambiente de trabalho estão expostas a um clima que influencia seu comportamento, acarreta motivações diferenciadas, interfere no grau de satisfação e na qualidade de vida no trabalho. Tachizawa, Ferreira e Fortuna (2004) se referem ao clima organizacional como o ambiente interno das organizações que pode ser percebido ou experimentado, age sobre o comportamento dos trabalhadores e interfere no seu grau de motivação e satisfação. O “clima organizacional retrata o grau de satisfação das pessoas no ambiente de trabalho” (LUZ, 2007, p. 9).

A satisfação e a motivação são aspectos fundamentais para a realização profissional. Batista et al. (2005) relatam que a motivação está ligada aos fatores que levam as pessoas a desenvolverem alguma atividade, entre eles: o gostar do que faz, o relacionamento interpessoal, o crescimento profissional, as condições de trabalho e a remuneração. Estes aspectos influenciam também a satisfação com o trabalho (MARTINEZ et al., 2004). Schermerhorn Junior, Hunt e Osborn (2003) definem a satisfação no trabalho, como o grau positivo ou negativo que as pessoas sentem em relação às tarefas que desempenham, como uma resposta às condições físicas e sociais do local de trabalho. Já a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), resulta tanto dos fatores motivacionais como de satisfação e de saúde e segurança no trabalho influenciando a qualidade dos serviços prestados (SCHMIDT; DANTAS, 2006).

A motivação está no interior das pessoas e é impulsionada pelos motivos e necessidades que funcionam como forças determinando pensamentos e direcionando o comportamento diante das diversas situações da vida. Motivo e necessidades se constituem nas fontes internas da motivação dos seres humanos (CHIAVENATO, 2006). “De forma objetiva e ampla, a motivação pode ser considerada como o estímulo para a ação” (BERGUE, 2005, p. 261). Para Schermerhorn Junior, Hunt e Osborn (2003) a motivação para o trabalho consiste em uma força interna que determina o nível, direção e persistência do esforço despendido no trabalho.

A qualidade de vida no trabalho como refere Chiavenato (1999) foi conceituada na década de 1970 por Louis Davis como uma preocupação com as condições de bem estar geral e de saúde dos trabalhadores no desenvolvimento de

suas atividades. Isto implica em um grande respeito pelas pessoas e envolve diversos fatores tais como: reconhecimento pelo trabalho realizado; salário e benefícios percebidos; relações interpessoais; ambiente físico e psicológico; possibilidades de participação, entre outros. Conforme Arias et. al (2006) na área da saúde pública a promoção da qualidade de vida no trabalho tem sido objeto de análise dos profissionais. Neste setor a QVT muitas vezes é comprometida por fatores aos quais os trabalhadores encontram-se submetidos cotidianamente como a realização de tarefas extenuantes e estressantes, jornadas de trabalho prolongadas, sobrecarga de tarefas e abuso de autoridade.

O clima organizacional não é constante. Ele pode ser considerado “favorável quando possibilita a satisfação das necessidades das pessoas ou desfavorável quando proporciona a frustração dessas necessidades” (CHIAVENATO, 2006, p.273). Luz (2007) diz que o clima de uma organização é considerado bom quando os funcionários sentem-se orgulhosos em relação a ela e é prejudicado ou ruim quando:

Algumas variáveis organizacionais afetam de forma negativa e duradoura o ânimo da maioria dos funcionários, gerando tensões, discórdias, rivalidades, conflitos, desinteresses pelo cumprimento das tarefas, resistência manifestação passiva às ordens, ruídos nas comunicações, competições exacerbadas, etc. A intensidade com que essas situações se manifestam é que caracteriza o clima como prejudicado ou ruim. Porém ambos são desfavoráveis aos objetivos das organizações e das pessoas que nelas trabalham (LUZ, 2007 p. 31).

Embora o clima organizacional seja intangível ele, como a cultura, se manifesta no cotidiano das organizações e é possível percebê-lo em alguns indicadores que funcionam como sinais e ajudam a demonstrar sua configuração em determinado momento. Segundo Luz (2007) são indicadores do clima organizacional: a **rotatividade de pessoal** e **absenteísmo** (quando altos podem significar falta de comprometimento ou insatisfação dos funcionários com a organização); as **pichações em banheiros** (os registros de críticas e agressões aos gestores da organização no local indicam insatisfação); os **conflitos interpessoais ou entre departamentos** (é a forma mais evidente do clima de uma organização, sua intensidade pode determinar se um clima está bom, prejudicado ou desfavorável) e as **queixas no serviço médico** (local onde muitas vezes os

funcionários expõem suas angústias em relação ao trabalho). Quanto ao absenteísmo e rotatividade Schermerhorn Junior, Hunt e Osborn (2003) afirmam que trabalhadores satisfeitos faltam menos ao serviço seja por motivos de doença ou por motivos não explicados e os trabalhadores mais insatisfeitos estão mais propensos a pedir demissão dos seus empregos.

Visando conhecer e avaliar o clima, as organizações lançam mão de diferentes estratégias entre elas, as pesquisas de clima organizacional que buscam “fornecer informações sobre a atitude dos funcionários com relação à organização, suas expectativas e integração num determinado contexto” (TACHIZAWA; FERREIRA; FORTUNA, 2004, p. 241). Luz (2007) se refere a este tipo de pesquisa como uma estratégia para que a organização conheça como realmente está seu clima e suas causas, pois permite a identificação de pontos fracos e da satisfação dos funcionários sobre diferentes aspectos organizacionais. Aponta como técnicas utilizadas na realização de pesquisas de clima organizacional: o **questionário**; a **entrevista** e o **painel de debates** (consiste na realização de entrevista com um entrevistador e vários entrevistados).

“O estudo do clima representa um instrumento de avaliação do modelo de gestão e da política de desenvolvimento organizacional” (TACHIZAWA; FERREIRA; FORTUNA, 2004, p. 243). Este tipo de pesquisa também contribui para a “análise, diagnóstico e sugestões valiosas para o sucesso de programas voltados a melhoria da qualidade, aumento da produtividade e adoção de políticas internas” (BISPO, 2006, p. 263). Para Bergue (2005) diagnosticar e entender o ambiente interno de uma organização é condição fundamental para o sucesso de programas de gestão em qualquer área de competência. A realização de pesquisas possibilita conhecer a percepção dos funcionários sobre variáveis organizacionais que influenciam a atuação profissional (LUZ, 2007).

Antes de prosseguir é importante esclarecer que existem muitos estudos sobre clima organizacional. Entre eles encontra-se o trabalho de Patterson et. al (2005) que descreve uma medida de clima organizacional fundamentada teoricamente e validada empiricamente.

Os autores consideram relevante que as medidas de clima avaliem a experiência dos funcionários por meio da força de trabalho e que o conteúdo e vocabulário destas medidas sejam compreensíveis a todos os membros da organização. Para tanto descrevem o desenvolvimento de uma medida baseada na

estrutura de Valores Competitivos de Quinn e Rohrbaugh's cujo ponto forte é derivar de quatro grandes escolas de estudo da efetividade organizacional:

- O primeiro quadrante – **Modelo das relações humanas** – é representado pelo bem estar do funcionário; autonomia; participação; comunicação; ênfase no treinamento; integração e apoio supervisionado.
- O segundo quadrante – **Modelo de processo interno** – é representado pela formalização (preocupação com regras e procedimentos) e tradição (valorização das formas estabelecidas de fazer as coisas).
- O terceiro quadrante – **Modelo de sistema aberto** – flexibilidade (orientação em direção à mudança); foco externo (retorno ao usuário e ao local de trabalho); inovação (abordagens inovadoras) e “reflexibilidade” (refletir e rever objetivos e processo de trabalho).
- O quarto quadrante – **Modelo de objetivo racional** – é representado pela clareza; empenho; eficiência; qualidade; pressão para o funcionário produzir e o retorno de desempenho.

Muito embora as variáveis apresentadas adiante tenham sido selecionadas com base em Luz (2007), os quatro quadrantes de Quim e Rohrbaugh's foram descritos com o intuito de demonstrar que os dados coletados também se adequam à proposta dos Valores Competitivos. Contudo, a opção por Luz se deu em função das variáveis por ele apresentadas atenderem mais efetivamente os objetivos desta pesquisa frente às características do local de estudo assim como a opção de se realizar entrevistas, observações e análise documental, se deve a possibilidade de abordar o assunto sob diferentes perspectivas, já que se trata de um local bem definido e um número pequeno de servidores.

2.3.1 Variáveis organizacionais que influenciam o clima organizacional

Luz (2007) apresenta algumas variáveis importantes para a identificação do clima organizacional. Neste estudo utilizou-se o **trabalho realizado pelos servidores**, os **programas de capacitação**, a **gestão**, o **relacionamento interpessoal**, a **segurança no trabalho** e a **remuneração**. A escolha destas

variáveis se deve, principalmente, em função da atuação profissional na área de recursos humanos, na qual as mesmas são evidenciadas cotidianamente. Além disso, as variáveis **gestão** e **remuneração** são as mais importantes, aponta Luz, (2007), haja vista que o gestor tem papel fundamental em relação à equipe de trabalho como representante da instituição, influencia positiva ou negativamente no clima. A remuneração por sua vez, especialmente o fator salário, exerce grande influência na satisfação do trabalhador.

2.3.1.1 A variável trabalho realizado pelos servidores

De acordo com Luz (2007) esta variável avalia a relação dos profissionais com o seu trabalho considerando alguns fatores importantes como: carga horária diária, volume de tarefas e sua distribuição entre colegas, o quantitativo de pessoal no setor, o trabalho em equipe, a satisfação e valorização do trabalho no contexto institucional.

Em sentido bastante amplo, trabalho consiste na “aplicação das forças e das faculdades do homem à produção. Está ligado, portanto, à atividade, à obra produzida e ao esforço (material ou intelectual) que ele implica” (ARAÚJO et al., 2006, p. 164). Conforme os autores com o advento do capitalismo o trabalho passou a ser considerado uma atividade produtiva realizada mediante remuneração. A sociedade moderna foi construída e gira em torno do trabalho que representa, além de um meio de subsistência, uma forma de reconhecimento social. Neste contexto o homem é preparado pela família, pela escola e sociedade como um todo para ocupar um espaço no mercado de trabalho.

Trabalho pressupõe a elaboração ou confecção de um produto que posteriormente será consumido por alguém. No entanto, quando se trata do trabalho em saúde, as atividades diferem da produção material.

O trabalho em saúde encontra-se na esfera da produção não material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independe do processo de produção e comercialização no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (PIRES, 1999, p. 29).

O trabalho em saúde é do tipo profissional devido à formação, a especificidade dos conhecimentos e técnicas utilizadas por quem o realiza. É também coletivo, envolvendo no âmbito hospitalar, um grupo multiprofissional como enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontólogos entre outros, além do pessoal de apoio que atua na limpeza, escritório, cozinha, segurança e portaria. Contudo é um trabalho compartimentalizado, pois a assistência é prestada separadamente por cada grupo de profissionais, não acontece o planejamento conjunto e a discussão sobre as diferentes avaliações profissionais referente ao paciente (PIRES,1999). Segundo Campos (2005) o intercâmbio entre os profissionais de saúde é pequeno. Cada um costuma se relacionar com o paciente isoladamente, principalmente no consultório ou ambulatório. Mesmo em emergências ou enfermarias o atendimento ao paciente não foge desta característica. Elias e Navarro (2006) consideram que o trabalho no hospital está dividido com a mesma lógica de produção capitalista, é parcelado e reproduz a organização do trabalho industrial.

Percebe-se, que apesar do trabalho em saúde ser coletivo e multiprofissional, não pode ser considerado um trabalho em equipe. Peduzzi (2001) refere que o trabalho em equipe tem sido a estratégia mais apontada para o enfrentamento do forte processo de especialização na área da saúde. A autora apresenta duas concepções sobre a idéia de trabalho em equipe: na primeira a equipe é entendida como um agrupamento de pessoas e se caracteriza pela fragmentação e pela justaposição das ações. Na segunda concepção a equipe é compreendida como a articulação voltada para a integralidade das ações de saúde, onde o profissional estabelece relações e evidencia as ligações entre as diversas intervenções realizadas.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998 *apud* PEDUZZI, 2001, p. 109).

Outro aspecto da variável trabalho realizado se refere à carga horária destinada a sua execução. A Lei Complementar Nº. 323/2006 (Anexo) que

estabelece a estrutura de carreira, reestrutura sistema de remuneração e dispõe sobre o regime disciplinar dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde no Art. 22 trata da jornada de trabalho dos servidores:

A jornada de trabalho dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde é de 30 (trinta) horas semanais, devendo ser cumprida em regime de 6 (seis) horas diárias ou em escalas ou turnos ininterruptos, de acordo com a necessidade de serviço a ser determinada pela administração de cada unidade (SANTA CATARINA, 2006, p. 8).

Ainda no Art. 22, incisos I, II e III a legislação determina que as escalas possam ser de 6 horas diárias, escala contínua de 12 horas ou escala mista de 6 e 12 horas diárias intercaladas. No segundo e terceiro caso está “incluído o tempo de refeição devendo sua duração e horário ser conciliados com a necessidade e urgência de serviço na unidade” (SANTA CATARINA, 2006, p. 8). O art. 23 trata do horário especial de trabalho aos servidores que exercem as seguintes competências:

- Médico – 20 horas semanais realizadas em escala de 4 horas diárias e/ ou 12 horas ou ainda a escala que melhor atender a necessidade do serviço;
- Técnico de Radiologia e imagem – 24 horas semanais realizadas em escala de 4 horas diárias ou outra escala que melhor atender a necessidade do serviço;
- Serviços de hemodinâmica, imagem ou câmaras claras e escuras – 24 horas semanais realizadas em escala de 4 horas diárias ou em escala de 12 horas.

É permitida a realização de hora-plantão aos servidores da Secretaria de Estado da Saúde, conforme descrito no § 1º do Art. 19, na seguinte situação:

A realização de hora-plantão somente será admitida por imperiosa necessidade de serviço e fechamento de escalas ou turnos de trabalho, previamente elaboradas, desde que devidamente registradas em instrumento ou equipamento de controle individual de jornada, sob a responsabilidade direta da administração da unidade hospitalar ou assistencial, estando sujeita a fiscalização e normatização dos órgãos do Sistema de Gestão de Recursos Humanos e será devida na folha de pagamento do mês

imediatamente subsequente a sua realização (SANTA CATARINA, 2006, p. 6).

Considerando toda a importância do trabalho em saúde e sua especificidade espera-se que o profissional que o realiza seja valorizado no contexto organizacional. A valorização para Luz (2007) está relacionada ao respeito, às oportunidades e aos investimentos das organizações em seus recursos humanos. Santos-Filho e Barros (2007) se referem a valorização dos trabalhadores da saúde como um avanço no sentido de reconhecê-los como sujeitos do seu *saber e fazer* visando à reorganização dos processos e das relações que envolvem os trabalhadores, os gestores e os usuários na experiência cotidiana de produção, organização e condução de serviços de saúde. Para Almeida (2001) a valorização das pessoas que atuam na área da saúde acontece mediante oferta de oportunidades voltadas à aquisição de conhecimentos, a ampliação das habilidades e a motivação com vistas a torná-las mais criativas e comprometidas com o desempenho organizacional. Os trabalhadores da saúde também se sentem valorizados “quando as organizações os consideram por meio dos salários e outros ganhos e quando percebem que a sociedade os respeita” (MALIK et al., 1998, p. 70).

2.3.1.2 A variável programas de capacitação

Esta variável avalia as oportunidades e acesso dos funcionários a cursos de qualificação que visam contribuir com o desenvolvimento pessoal e organizacional (LUZ, 2007).

Chiavenato (2006) se refere ao desenvolvimento organizacional como uma mudança planejada da organização que parte de uma visão global e sistêmica e busca, com uma atuação construtiva junto aos processos e estrutura da organização, melhorar seu desempenho.

Já o desenvolvimento de pessoal nas organizações pode ser definido como “programas de longo prazo para prover o crescimento profissional das pessoas por meio de condições externas capazes de realizar gradativamente as potencialidades humanas” (CHIAVENATO, 2006, p. 182). Para Tachizawa, Ferreira e Fortuna (2004)

o desenvolvimento de pessoal representa um conjunto de atividades e processos direcionados à aquisição de novas habilidades e conhecimentos e a efetivação de mudanças comportamentais. Pacheco et al. (2006) referem-se ao desenvolvimento de pessoal como um processo de crescimento que acontece em etapas voltadas para o desenvolvimento individual e dos grupos.

Os programas de capacitação promovidos pelas organizações acontecem como uma etapa no desenvolvimento de pessoal, uma área de importância estratégica dentro das organizações.

As organizações identificam a educação como um processo essencial, tanto de complementação do ensino formal, quanto de disseminação de princípios, conhecimentos e desenvolvimento das competências necessárias ao conjunto da organização e à vida profissional (PACHECO et al., 2006, p. 28).

Para os autores, o processo de desenvolver recursos humanos nas organizações promove o crescimento integral das pessoas, pois abrange experiência e percepções individuais, considera o conhecimento adquirido durante o decorrer da vida e possibilita a ampliação da visão de mundo. Com vistas a efetivação de tal desenvolvimento, as organizações lançam mão de diferentes técnicas que vão desde as mais tradicionais como à explanação oral, a propostas mais inovadoras como os estudos de caso, dramatização, oficinas de trabalho, ensino a distância entre outras.

No setor público o desenvolvimento de recursos humanos vem recebendo atualmente bastante ênfase. Conforme Bergue (2005) os governos estão investindo em políticas de capacitação com intuito de, por meio da qualificação dos servidores, promoverem a melhoria dos serviços ofertados à população. Mais especificamente, na área da saúde pública, a implantação do Sistema Único de Saúde propiciou grandes mudanças nessa área. A lei 8.080 de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, incluiu no artigo 6º, inciso III “a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde como campo de atuação do SUS” (BRASIL, 1990).

Com o intuito de por em prática o que está proposto na legislação o governo federal lançou em 2004 a Política de Educação Permanente em Saúde contemplada

na Portaria nº. 198 como uma “estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). No ano de 2007 a Portaria nº. 1.996 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde, substituiu a anterior.

A Educação Permanente (EP) está definida na portaria 1.996/2007 como “aprendizagem no trabalho onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações na perspectiva de promover a transformação das práticas profissionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A política de EP propõe que os processos de desenvolvimento e formação dos trabalhadores sejam pautados nas necessidades de saúde da população, considerem os problemas encontrados na realidade e os conhecimentos e vivências que as pessoas já possuem. O objetivo principal desta proposta é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Na área hospitalar Malagón-Londoño, Moreira e Laverde (2008) apontam a importância dos profissionais de saúde que atuam no setor perceberem que a atualização permanente dos conhecimentos reflete na confiança e satisfação dos usuários com os serviços prestados e, possibilita o verdadeiro trabalho em equipe, devendo ser realizada com o propósito de propiciar condições de atualização técnico-científica, ética no exercício da profissão, estímulo à pesquisa e a melhoria das relações profissionais e humanas no serviço.

O Estado de Santa Catarina como ente federado também realiza ações voltadas ao desenvolvimento dos servidores que compõem seu quadro funcional. Estas estão contempladas na Política de Capacitação dos Servidores Públicos Estaduais instituída pelo Decreto Nº. 3.917 de 2006 que constitui uma parte integrante do Programa de Valorização do Servidor Público e visa, entre outras coisas, possibilitar o acesso dos servidores a ações de capacitação; aprimorar a qualidade dos serviços prestados a população; promover o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas para a melhoria dos processos e resultados e preparar os servidores para atuarem como agentes estratégicos de mudanças das organizações públicas (SANTA CATARINA, 2006).

A Lei 3.917/2006 no Art. 5º, define as modalidades de eventos de capacitação como cursos, seminários, simpósios, congressos, encontros ou oficinas que podem ocorrer de forma presencial ou a distância. Ao servidor é facultado

participar tanto de eventos externos, ou seja, aqueles promovidos fora da administração estadual como de eventos internos que são aqueles planejados, organizados e executados pelas áreas de recursos humanos que compõe a estrutura dos órgãos da administração direta, autárquica ou fundacional do estado. A participação dos servidores em capacitações, pode ainda servir para a sua progressão funcional desde que obedecidos os seguintes critérios: tenham carga horária mínima de 16 horas, sejam relacionados com a área de atuação do servidor e com a finalidade do órgão onde ele atua e tenham relevância para a administração pública (SANTA CATARINA, 2006).

A Secretaria de Estado da Saúde (2007) no que diz respeito à gestão do trabalho e educação na saúde, considera que a gestão de RH tem no perfil do gestor um aspecto fundamental para a efetivação de processos de desenvolvimento humano, principalmente por entender que a forma como são tratadas as pessoas tende a refletir na qualidade dos serviços prestados ao usuário e na produtividade dos trabalhadores. Dentro desta perspectiva, a SES agregou à sua estrutura organizacional a Diretoria de Desenvolvimento Humano (atual Diretoria de Educação Permanente em saúde) com a finalidade de propor e formular políticas voltadas à formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde no estado de Santa Catarina.

O conceito de desenvolvimento utilizado pela SES é o mesmo elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde:

Desenvolvimento do trabalhador consiste em atitudes, circunstâncias e ações que assegurem seu crescimento profissional e laboral, possibilitem o pleno desenvolvimento humano, a satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização e a prestação de serviços de qualidade à população usuária do sistema (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; 2000 *apud* SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE; 2007, p. 101).

As políticas de desenvolvimento de recursos humanos, tanto em nível nacional como em nível estadual, são abrangentes e voltadas para os trabalhadores da área da saúde como um todo. Contemplam os trabalhadores independentemente de sua formação ou setor de atuação. Devem contemplar desta forma tanto os trabalhadores da atenção básica como os que atuam na atenção ambulatorial especializada, nos serviços de urgência e emergência, na gestão ou na atenção

hospitalar, pois todos atuando em conjunto contribuem para que os serviços prestados à população tenham de fato a qualidade esperada.

2.3.1.3 A variável gestão

A variável gestão trata da satisfação dos funcionários com os seus gestores no que se refere à capacidade técnica e administrativa, as formas e canais de comunicação e o tratamento dispensado ao grupo de trabalho (LUZ, 2007).

Nunes (2008) refere que o gestor faz parte do quadro de uma organização e tem por competência a realização de atividades inerentes à gestão, isto é, desenvolver propostas estratégicas e operacionais voltadas à consecução dos objetivos organizacionais. Define regras, políticas e procedimentos, programa e coordena a realização do que foi planejado por seu comando ou liderança.

A liderança é essencial em todas as funções, prevê o alcance de objetivos e consiste em saber conduzir as pessoas ou grupos pela influência interpessoal e pelo processo de comunicação humana (CHIAVENATO, 2006). Alguns aspectos inerentes à liderança foram descritos pelo autor da seguinte maneira:

- **A liderança é um tipo de influência entre pessoas** – a influência de uma pessoa sobre a outra se dá em função de seu relacionamento e se caracteriza pelo fato de uma agir sobre a outra visando, de maneira intencional, uma mudança de comportamento. A influência está ligada ao poder sendo este, o potencial influenciador que poderá vir a se efetivar ou não. Já a autoridade é um poder legítimo, isto é, atribuído a uma pessoa em função da posição que ocupa em uma organização.
- **A liderança é efetivada pelo processo de comunicação humana** – trata-se da arte de levar as pessoas a realizarem suas atividades com cuidado e dedicação, ou seja, fazerem aquilo que precisa ser feito.
- **A liderança está voltada à realização de objetivos** – o líder aparece como o meio para a efetivação dos objetivos ou satisfação das necessidades do grupo. A liderança pressupõe a capacidade de motivar as pessoas a fazerem o que é necessário e, também, seguirem aquele

que possui as ferramentas para satisfazerem seus objetivos e necessidades individuais.

Bergue (2005) associa a liderança de pessoas ou grupos à função administrativa de direção que, de forma sintética, pode ser definida como a condução da organização com base nos seus objetivos institucionais. “Dirigir, portanto, implica fazer funcionar por meio das pessoas, as estruturas e os processos organizacionais, balizados pelos objetivos e pelas metas pré-estabelecidas” (BERGUE, 2005, p. 273). Para o autor, liderança compreende a capacidade de fazer com que um grupo, mesmo em condições desfavoráveis, receba positivamente a orientação quanto ao rumo a ser seguido por aceitá-lo como possível e necessário. Os aspectos de liderança são determinados pelo momento histórico, pelo ambiente organizacional, pelas condições e perfil do grupo e das atividades desenvolvidas no trabalho. Minicucci (2008) enfatiza que um líder mesmo possuindo ótimas qualidades para dirigir não trabalha sozinho. Para exercer sua liderança é condição fundamental que tenha pessoas a quem liderar, afetando o comportamento destas pelo exercício de uma influência interpessoal.

O modo como a liderança é exercida pode variar de pessoa para pessoa, dependendo do estilo de cada um. Segundo Lucena (1992) estilo está diz respeito à forma como o líder conduz sua unidade organizacional. “O estilo de liderança é o padrão recorrente de comportamento exibido pelo líder” (CHIAVENATO, 2006, p. 159). O autor descreve alguns estilos de liderança entre eles os que foram apresentados em um estudo realizado nos Estados Unidos por White e Lippitt:

- **Liderança autocrática** – o líder toma todas as decisões sem a participação das demais pessoas que compõem o grupo de trabalho. Também determina todas as tarefas a serem realizadas e toma as providências para a sua execução na medida em que se faz necessário. Este tipo de líder costuma ser pessoal e dominador tanto nas críticas como nos elogios;
- **Liderança liberal** (*laissez-faire*) – neste tipo de liderança o grupo tem plena liberdade para tomar decisões. A participação do líder é mínima, interfere apenas para apresentar alternativas ao grupo. Ele se dispõe a fornecer informações quando solicitadas. O líder não se preocupa em avaliar ou regular o andamento dos trabalhos. Faz comentários quando perguntado;

- **Liderança democrática** – neste tipo de liderança as diretrizes são discutidas e decididas em grupo com o estímulo e assistência do líder. O grupo escolhe a forma como os trabalhos serão conduzidos para que os objetivos sejam atingidos mediante o acompanhamento técnico do líder que procura se comportar como um membro normal do grupo, é objetivo e estimula com fatos, elogios e críticas.

Na prática das organizações o líder pode utilizar os três estilos descritos. Tanto ele pode mandar cumprir suas ordens como sugerir aos membros do grupo a realização de determinada atividade, ou ainda, consultar o grupo antes de tomar alguma decisão. Conforme Lucena (1992) é comum em uma mesma organização se manifestarem diferentes estilos de liderança o que reflete as diversas percepções pessoais, personalidades e, até mesmo, formação profissional. Cada líder demonstra a sua conduta particular (CHIAVENATO, 2006).

Como já foi mencionado um fator importante quando se fala em liderança é a comunicação. “O líder eficaz utiliza a comunicação como um meio de enviar mensagens e de levar os liderados a agir” (MINICUCCI, 2008, p. 172). Chiavenato (2006), refere que a comunicação consiste na troca de informações ou mensagens entre as pessoas. É um processo fundamental tanto na relação humana como na organização social.

A comunicação requer um código para formular uma mensagem e enviá-la na forma de sinal (ondas sonoras, letras impressas, símbolos) por meio de um canal (ar, fio, papel) a um receptor de mensagem que a codifica e interpreta seu significado (CHIAVENATO, 2006, p. 20).

A comunicação organizacional consiste em um processo que visa a transferência de informações ou conhecimentos a partir de um ponto de início a um ponto de destino. Todavia sua eficácia pode sofrer influência de alguns fenômenos que interferem na qualidade do resultado final como a definição do receptor (pessoas ou grupos), os ruídos, a filtragem entre outros (BERGUE, 2005). Segundo Luz (2007), conhecer o grau de satisfação dos funcionários quanto a forma e os canais de comunicação utilizados na instituição contribui para evidenciar o clima da organização.

Chiavenato (2006) enfatiza que a necessidade de formalizar todas as comunicações para que tudo possa estar documentado e testemunhado por escrito pode conduzir ao excesso de papéis. Bergue (2005), ao se referir a comunicação na administração pública, aponta como prática comum a generalização do seu alcance com o intuito de diminuir os efeitos negativos de uma decisão restritiva. Neste caso, há perda do processo de comunicação, pois:

[...] os efetivos destinatários de uma mensagem transmitida de forma geral podem não ter sido atingidos, ao tempo que quem não integra este escopo de destino pode ter o desempenho afetado justamente por não compreender seu conteúdo (BERGUE, 2005, p. 290).

Ainda em nível organizacional Chiavenato (2006) se refere à comunicação, como uma atividade administrativa com dois propósitos principais: proporcionar conhecimentos e entendimentos essenciais para que as pessoas tenham condições de realizar suas atividades e, também, proporcionar atitudes que estimulem a motivação, a cooperação e a satisfação nos cargos.

A liderança pode se manifestar em diferentes situações ou contextos, contudo a pessoa que ocupa um cargo de comando em uma organização, ou seja, dotada de poder legalmente instituído pela posição que lhe foi outorgada, como superintendente, diretor, gerente ou coordenador, necessariamente não dispõe das condições pessoais para conduzir e influenciar o grupo sob seu comando rumo a realização dos objetivos institucionais.

Este fato se verifica especialmente na administração pública, principalmente no que se refere a ocupação dos cargos denominados comissionados, os quais são “passíveis de serem ocupados por indivíduos que não detém vínculo laboral e permanente com o ente ou órgão” (BERGUE, 2005, p. 182). Nesse caso, via de regra, o único critério para ocupação de tais cargos é político de forma que nem sempre a pessoa designada tem as características necessárias para bem desempenhá-lo.

A gestão hospitalar também é afetada pela designação de profissionais sem o perfil adequado para a direção. Isto é verdadeiro pelo menos na América Latina e Caribe.

Frequentemente os diretores de hospitais na América Latina e Caribe são médicos clínicos sem formação específica em questões administrativas. Raras vezes, dedicam mais de algumas horas do dia a sua função de direção porque estão muito ocupados nas suas atividades clínicas. Sua nomeação origina-se de uma decisão das autoridades sanitárias ou políticas em função de critérios que nem sempre são profissionais (ALBUQUERQUE et al., 2004, p. 153).

Chiavenato (2006), no que tange ao clima organizacional, relata que o gestor pode não dispor de meios para interferir e mudar a cultura da entidade onde atua, porém, quase sempre, dispõe de condições para alterar o clima organizacional do seu setor ou do seu grupo de trabalho e uma das formas de fazê-lo é pela interferência nas variáveis que influenciam o clima da organização.

Nota-se que o papel do gestor é fundamental para desenvolver um clima favorável no interior da organização. Ele pode intervir sobre seu próprio estilo de gerenciar e no sistema de administrar os recursos humanos, na seleção do pessoal, no projeto de trabalho e nos programas de desenvolvimento de RH, nos sistemas de recompensa e remuneração ou outros (CHIAVENATO, 2006). Nos serviços públicos, considerando-se a importância das pessoas no espaço das organizações, é fundamental a “capacidade do gestor público de compreender o comportamento humano no especialíssimo ambiente do trabalho institucional” (BERGUE, 2005, p. 43).

2.3.1.4 A variável relacionamento interpessoal

Luz (2007) apresenta esta variável como uma maneira de avaliar a qualidade das relações pessoais e a intensidade dos conflitos eventualmente existentes no ambiente de trabalho.

Os hospitais e as demais instituições de saúde foram apontados anteriormente como espaços de trabalho com intensa atividade humana. Onde existe atividade humana existem as relações interpessoais dos colegas de serviço entre si, das chefias com seus subordinados ou dos funcionários com os usuários.

Para Minicucci (2008) as relações humanas ou interpessoais são acontecimentos que ocorrem na família, na escola ou nos locais de trabalho. Este

tipo de relacionamento pode se dar entre duas pessoas, entre os membros de um grupo ou entre os grupos de uma organização de forma que, um bom administrador além de lidar com problemas de ordem econômica ou técnica, precisa também ser capaz de compreender e de lidar com pessoas (comportamento interpessoal).

Todavia, de acordo com Chiavenato (1999) as pessoas nas organizações nem sempre tem objetivos e interesses comuns. Este fato acarreta divergências que podem gerar conflitos de três diferentes níveis, a saber:

- **Conflito percebido** – ocorre quando as partes percebem a existência do conflito porque há divergência dos objetivos. Chama-se latente, pois sua percepção é potencial;
- **Conflito experimentado** – sua ocorrência se manifesta por meio de sentimentos de hostilidade, raiva ou medo. É um conflito velado, pois sua demonstração é dissimulada, não é externado claramente;
- **Conflito manifestado** – neste caso o conflito é abertamente demonstrado pelo comportamento das pessoas.

Para o mesmo autor, nas organizações existem certas condições, chamadas de antecedentes, que são causa dos conflitos. Estas condições foram apresentadas por ele da seguinte maneira:

- **Ambiguidade de papel** – ocorre quando não existe clareza no que se refere às expectativas o que pode provocar nas pessoas o sentimento de estarem trabalhando para propósitos incompatíveis;
- **Objetivos concorrentes** – ocorre quando a organização cresce e os grupos tendem a se especializar cada vez mais na tentativa de alcançar seus objetivos. Esses objetivos e interesses podem ser divergentes entre os grupos o que gera conflitos;
- **Recursos compartilhados** – quando os recursos disponíveis se tornam limitados e escassos e precisam ser distribuídos entre os grupos da organização. Para um grupo aumentar seus recursos o outro terá que perder alguma coisa, tornando objetivos e interesses incompatíveis;
- **Interdependência de atividades** – quando os grupos ou pessoas de uma organização dependem entre si para a realização de suas atividades. Normalmente existe entre os grupos algum nível de interdependência,

mas quando esta é muito acentuada um grupo pode tanto auxiliar como prejudicar o outro.

Não importa em que situação ou em que condições se manifestam os conflitos organizacionais o fato é que eles afetam o relacionamento interpessoal diretamente no que se refere às pessoas que fazem parte da organização e indiretamente o público externo a ela (clientes ou usuários). No que diz respeito aos hospitais, Bittar (2004) coloca que muitas vezes o relacionamento entre os funcionários pode ser afetado pela ocorrência de fatos desagradáveis acontecidos em setores como limpeza e hotelaria e, até mesmo a forma como o recepcionista ou telefonista atendem o usuário pode facilitar ou dificultar o relacionamento do público com a instituição.

As organizações de maneira geral não existem sem as pessoas e onde há pessoas há conflitos, daí a importância do papel do líder para administrar tais situações tendo em vista que “a direção é a função que se refere ao relacionamento interpessoal do administrador com os seus subordinados” (CHIAVENATO, 2006, p. 437). Para o autor essa função deve focar os membros da organização como pessoas, promover boas relações interpessoais e um bom ambiente de trabalho proporcionando a abordagem de temas como liderança, motivação, comunicação e solução dos conflitos.

Outra dimensão das relações interpessoais na organização diz respeito aos funcionários e usuários. Estas pressupõem um atendimento de qualidade e, em se tratando da área da saúde, acolhimento humanizado.

“A qualidade dos serviços está nos detalhes” (SPILLER et al., 2006, p. 33). Segundo os autores isto significa que a relação entre quem oferta os serviços e a pessoa ou pessoas que o adquirem encontra-se em diferentes momentos de contato, o que torna o serviço essencialmente diferente de um produto tangível, sobretudo no que diz respeito à qualidade.

Almeida (2001), apresentando o Programa de Qualidade do Governo Federal Aplicado à Saúde, demonstra que na atualidade os serviços denominados públicos estão muito mais complexos e necessários de tal forma que áreas como a saúde, educação e segurança constituem-se em preocupação de toda a sociedade e demandam ações governamentais para atender a população com a máxima qualidade. A gestão pela qualidade é um instrumento que visa o alcance da cidadania e deve abranger todas as esferas dos serviços públicos. Suas diretrizes

contemplam: ações de qualidade no atendimento; criação e divulgação de padrões de qualidade para o atendimento do cidadão; avaliação contínua acerca da satisfação dos usuários dos serviços; avaliação e melhoria da gestão; foco nos resultados e qualidade dos gastos e premiação das organizações públicas que se destacarem por um bom desempenho institucional.

No que tange especificamente a saúde, a autora aponta que esta área encontra-se sempre em evidência e é considerada estratégica tanto para o governo como para a sociedade, haja vista sua importância econômica e social como fator determinante para a qualidade de vida das pessoas.

Qualidade na saúde significa a sistematização de todos os seus processos, em todas as áreas e esferas da gestão, na busca da ética e da técnica, englobando, na pluralidade de ações, os procedimentos, interesses e motivações para levar conforto e bem estar aos usuários, compensando-os dos sofrimentos que a doença lhes traz (ALMEIDA, 2001, p. 8).

Para Mota, Martins e Vêras (2006) os profissionais que trabalham com pessoas devem dispensar-lhes um tratamento humano. Sob esta ótica os profissionais que atuam nos hospitais devem tratar os usuários com igualdade e aproximação, respeitando-os e acompanhando-os sempre que necessário. Para Camelo et al. (2007), é importante que a equipe de saúde procure refletir e atuar com vistas a construção de uma relação mais próxima com as pessoas que buscam ajuda nos serviços. Na mesma perspectiva MS e CONASEMS (2005) definem o acolhimento ao usuário como uma relação solidária e de confiança, estabelecida entre os profissionais e os usuários. Esta relação deve permear a conduta profissional e estar presente nos processos de trabalho voltados à recepção e ao atendimento dos cidadãos tanto na comunidade, como nos ambulatórios, hospitais e outros serviços de saúde.

O acolhimento ao usuário pressupõe uma redefinição dos processos de trabalho e das condições de atendimento onde o usuário, como cidadão, se torna o centro e os objetivos principais seu bem-estar e a efetividade da assistência que lhe é prestada. Nesta perspectiva, a recepção nas unidades de saúde é estratégica, pois é quando costuma acontecer o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Neste momento as atitudes dos profissionais são fundamentais para o

encaminhamento dos usuários a resolução das necessidades e demandas, na orientação e informações e, se for o caso, na articulação com outros serviços visando a continuidade da assistência. Também o ambiente físico deve ser bem estruturado para receber usuários e acompanhantes, dispor de bebedouros, banheiros e demais dependências limpos e higienizados. Além disso, é importante que sejam evitadas: barreiras do tipo vidros grandes e guichês; esperas demoradas em locais com pouco ou nenhum conforto; a sinalização deficiente e a precariedade ou completa ausência de informação (MS; CONASENS, 2005).

2.3.1.5 A variável segurança no trabalho

Com o estudo desta variável é possível avaliar a percepção dos funcionários em relação aos itens de segurança no trabalho e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais e, também, em relação às condições físicas do ambiente de trabalho como o conforto, as instalações e os recursos disponibilizados aos trabalhadores para o desempenho de suas atividades (LUZ, 2007).

Segurança no trabalho diz respeito a “um conjunto de medidas técnicas, educacionais, médicas e psicológicas para prevenir acidentes, quer eliminando as condições inseguras do ambiente, quer instruindo pessoas sobre a implantação de práticas preventivas” (CHIAVENATO, 1999, p. 381). O mesmo autor faz referência a Higiene do Trabalho como as condições ambientais onde o trabalhador desenvolve suas atividades que devem ser adequadas quanto aos aspectos iluminação, ventilação, temperatura, ruídos, relacionamento interpessoal, estilo gerencial, equipamentos e ferramentas, saúde ocupacional entre outros. A saúde ocupacional está relacionada à prevenção de riscos físicos e biológicos, tóxicos e químicos, de acidentes e também das condições estressantes. Para Tachizawa, Ferreira e Fortuna (2004) higiene e segurança no trabalho tem por objetivo viabilizar as condições adequadas à saúde e conforto dos trabalhadores por meio do cumprimento da legislação sobre o assunto e utilização de novos conceitos de gestão ambiental e ecológica.

Um local de trabalho sem as condições adequadas de higiene e segurança propicia tanto a ocorrência de acidentes como o adoecimento dos trabalhadores. De

acordo com Silva et al. (2009) o trabalho pode acarretar sofrimento para quem o executa e resultar em disfunções, lesões físicas e reações de caráter psicológico relacionados ao meio onde é realizado. Segundo os autores diversas situações expõem a pessoa ao sofrimento durante o trabalho como as longas jornadas com poucas pausas, o ritmo das atividades, as jornadas noturnas e as pressões dos superiores. A exposição freqüente a esse tipo de situação pode ocasionar doenças relacionadas com o trabalho, ou seja, doenças que “guardam relação com o trabalho exercido em momento atual ou pregresso pelo trabalhador, que desempenha o papel de causa necessária, contribuinte ou modificadora do desencadeamento e/ou agravamento do processo mórbido” (MS; CONASENS, 2005, p. 81).

Acidente de trabalho é um evento único, bem configurado no tempo e no espaço, de consequências geralmente imediatas, que ocorre pelo exercício do trabalho, acarretando lesão física ou perturbação funcional, resultando em morte ou incapacidade para o trabalho (temporária ou permanente total ou parcial). Sua caracterização depende do estabelecimento denexo causal entre o acidente e o exercício do trabalho. No período destinado à refeição, ao descanso ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local ou durante o trabalho, o empregado é considerado em exercício de trabalho (MS; CONASEMS, 2005, p. 20).

O surgimento de novas tecnologias e de métodos gerenciais vem contribuindo para intensificar o ritmo de trabalho e modificar o tipo de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Um exemplo desta realidade contemporânea são as Lesões por Esforço Repetitivo (LER) ou Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) e o aparecimento de outras formas de adoecimento como o estresse e a fadiga mental. Os fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores (presentes ou relacionados ao trabalho) foram classificados em cinco grupos: **físicos** (ruído, vibração, radiação, temperaturas extremas de frio ou calor entre outros); **químicos** (agentes e substâncias químicas sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais); **biológicos** (vírus, bactérias e parasitas); **ergonômicos** e **psicossociais** (equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, condições ruins de iluminação e ventilação, trabalhos em turnos e noturnos, monotonia, excesso de trabalho, entre outros) e **mecânicos** e **de acidentes** (relacionados à proteção das máquinas, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, rotulagem de produtos e outros) (MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS, 2001).

A portaria 3.214/1978 do Ministério do Trabalho e Emprego aprova as normas regulamentadoras (NR) relativas à segurança e medicina do trabalho as quais devem obrigatoriamente ser observadas por instituições públicas e privadas e pelos órgãos do legislativo e judiciário que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Entre as NR a número 6 trata dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) definidos como “todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos susceptíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2006). A NR 32 por sua vez, “estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2008). De acordo com esta NR são considerados serviços de saúde as edificações cujo objetivo é a prestação de assistência à saúde da população bem como todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde.

No contexto dos serviços de saúde de acordo com Elias e Navarro (2006) os hospitais são reconhecidos como locais insalubres, penosos e perigosos para as pessoas que ali atuam. As autoras apontam aspectos específicos característicos das instituições hospitalares capazes de influenciar a saúde dos trabalhadores como a carga horária excessiva, o contato constante com situações limite e os elevados níveis de tensão. Evidenciam, ainda, o fato de muitos trabalhadores do setor possuírem mais de um emprego o que é uma alternativa para ampliar sua renda mensal, mas também implica em um maior tempo de exposição aos fatores de risco existentes no ambiente de trabalho. Essas condições podem acarretar, entre outros males, ansiedade e depressão. Segundo Malik et al. (1998) na área da saúde é elevada a incidência de problemas de coluna e outros associados a aspectos mentais e físicos que resultam no afastamento dos trabalhadores do serviço. Bergue (2005) coloca que o ambiente de trabalho no âmbito da administração pública é um aspecto de grande relevância, pois serve de base para a concessão dos adicionais de insalubridade e periculosidade ou outros legalmente definidos. Os principais parâmetros de avaliação para a definição dos adicionais são os níveis de risco, de salubridade ou de desgaste físico ou mental associados ao desempenho das atividades inerentes ao cargo ocupado pelo servidor.

Para enfrentamento da situação imposta por um ambiente que expõe a saúde dos trabalhadores a diferentes riscos, devem ser adotados procedimentos e ações denominados de biossegurança.

Biossegurança é o termo empregado para reunir e definir as normas relacionadas com o comportamento preventivo do pessoal que trabalha no hospital no que diz respeito a riscos inerentes a sua atividade diária. Relaciona-se também com o conjunto de normas, disponibilidade e facilidades que a instituição permanentemente atualiza, para evitar qualquer tipo de risco físico ou psicológico que possa afetar não apenas os trabalhadores lotados na instituição, mas também os usuários (MALAGÓN-LONDOÑO; MOREIRA; LAVERDE, 2008, p. 135).

Conforme Malagón-Londoño, Moreira e Laverde (2008) a saúde ocupacional hospitalar visa promover a qualidade de vida do trabalhador do setor e está relacionada tanto com a proteção adequada para o desempenho das atividades como também com a minimização de fatores de risco físicos e psicológicos. Para os autores a biossegurança tem o papel de:

- Estabelecer obrigações para o trabalhador com vistas à preservação da sua saúde e responsabilizar a instituição no sentido de garantir e fornecer os meios e facilidades para tal;
- Enfatizar os protocolos de cuidados especiais voltados aos profissionais que atuam na enfermagem, laboratório, patologia, radiologia, instrumentação, emergência, lavanderia e manutenção e limpeza;
- Criar diretrizes para o pessoal da área administrativa e serviços gerais que também estão sujeitos a riscos pelo fato de transitar e utilizar serviços comuns dentro do hospital;
- Dispor de normas direcionadas aos pacientes para que estes possam utilizar adequadamente os materiais e equipamentos ao seu alcance durante o período de internação;
- Estabelecer programas de educação para trabalhadores da área da saúde e também de orientação a visitantes, acompanhantes e outras pessoas que transitem nas dependências onde são prestados os serviços de saúde.

A NR 32, de acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (2008) trata minuciosamente da saúde do trabalhador dos serviços de saúde em todos os seus aspectos e inclui as obrigações do empregador no que se refere a:

- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA e Programa de Controle Médico e de saúde Ocupacional – PCMSO; disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual; programas de capacitação; fornecimento de instruções escritas, em linguagem clara e acessível sobre as rotinas realizadas no local de trabalho e medidas de prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho; programa de vacinação; sistema adequado de descarte; elaboração de manuais de procedimentos para limpeza, descontaminação e desinfecção de todas as áreas; implantação de medidas coletivas relacionadas aos riscos radiológicos; condições de conforto por ocasião das refeições; manutenção de máquinas e equipamentos; procedimentos de movimentação e transporte de pacientes e muitos outros assuntos.

2.3.1.6 A variável remuneração

Esta é uma das mais importantes variáveis a ser considerada em uma pesquisa de clima organizacional, haja vista sua forte influência no grau de satisfação dos funcionários. Neste estudo esta variável foi abordada visando identificar a satisfação dos servidores quanto ao salário percebido, aos benefícios e ao Plano de Cargos e Vencimentos (PCV) (LUZ, 2007).

“Salário é uma contraprestação por serviços prestados. Em troca de dinheiro a pessoa empenha parte do seu esforço e de sua vida, comprometendo-se a uma atividade e a um padrão de desempenho na organização” (CHIAVENATO, 1999, p. 224). O salário é determinado pelo nível hierárquico do cargo que a pessoa ocupa em uma organização juntamente com o tipo de trabalho por ela desenvolvido. Isto porque trabalhos diferentes requerem habilidades diferentes e estas, por sua vez, têm valor diverso para a organização (TACHIZAWA, FERREIRA e FORTUNA, 2004).

Remuneração consiste no “conjunto de vantagens que uma pessoa recebe em contrapartida pela prestação de um serviço” (TACHIZAWA; FERREIRA; FORTUNA 2004, p. 180). Os autores referem que o mais tradicional e largamente praticado em nível nacional é o sistema de remuneração cuja composição contempla: salário-base; adicionais legais; horas extras e benefícios. Souza et al. (2005) tratam de diferentes sistemas de remuneração, entre eles, a denominada funcional ou tradicional que ainda é a mais aplicada pelas organizações de maneira geral. Conforme Wood Júnior e Picarelli Filho (2007) a maioria das organizações aplica exclusivamente, como forma de recompensar seus funcionários pelo trabalho realizado, o sistema tradicional de remuneração. Este sistema também é conhecido como Plano de Cargos e Salários (PCS), pois se baseia na descrição de atividades e responsabilidades de cada função.

“Benefícios são componentes que constituem uma forma indireta de remuneração, destinada a proporcionar melhor qualidade de vida aos funcionários” (SOUZA et al., 2005, p. 28). Segundo Wood Junior e Picarelli Filho (2007) salários indiretos representam benefícios e outras vantagens sendo que no sistema tradicional de remuneração estes variam conforme o nível hierárquico do cargo ocupado pelo funcionário na organização. De acordo com Souza et al. (2005), os benefícios estão relacionados a uma condição de emprego, isto é, são concedidos a todos os trabalhadores independentemente de seu desempenho. Os mesmos autores apresentam os benefícios praticados com maior frequência pelas organizações tais como: seguro, assistência médica, previdência privada, alimentação, cesta básica e outros.

Cargo consiste de um “conjunto de funções da mesma natureza e complexidade entendendo-se função como o agregado de tarefas atribuídas a cada indivíduo na organização” (SOUZA et al., 2005, p. 39). O cargo público pode ser definido como “a estrutura formal básica do arranjo organizacional ou unidade fundamental que dá formas e limites a dinâmica do aparelho administrativo” (BERGUE; 2005, p. 159). Ainda segundo este autor, no que se refere à ocupação de um cargo, existe a possibilidade de *readaptação*, ou seja, a realocação do servidor que por algum motivo tornou-se incapaz de realizar as atribuições inerentes ao seu cargo, para exercer outra função.

Quanto à carreira pode-se dizer que esta se relaciona com a possibilidade do trabalhador crescer na organização onde atua. Segundo Souza et al. (2005) o

conceito de carreira sempre esteve associado à remuneração funcional e ao plano de cargos, ou seja, ao sistema mais tradicional de remuneração, que permite ao trabalhador viabilizar seu crescimento ocupando cargos de complexidade crescente. O plano de cargos é um planejamento que visa constituir uma carreira bem sucedida para os trabalhadores de uma organização e, desta forma, promover o seu desenvolvimento pessoal e organizacional. Desenvolvimento, nessa perspectiva, se refere à possibilidade de um trabalhador capacitar-se, atender a requisitos mais complexos e preparar-se para ocupar cargos e funções mais desafiadores, favorecendo os resultados organizacionais (TACHIZAWA, FERREIRA e FORTUNA, 2004).

No setor público “a carreira, em geral, é definida como a ordenação seqüencial de cargos especificada por níveis e classes” (BERGUE; 2005, p. 218). Diversos são os aspectos relacionados à carreira dos servidores públicos, a saber:

Promoção – entendida como a evolução do servidor nos níveis e nas classes da carreira, processada por antiguidade ou merecimento, observando-se, neste caso, os critérios de qualificação e eficiência funcional;

Níveis e classes – são gradientes remuneratórios vinculados a um cargo, cuja progressão é, em geral, associada à aquisição de diferenciais no grau de escolaridade e habilitação por parte do servidor;

Eficiência funcional – trata-se de critério associado ao desempenho do agente público no exercício do cargo em que esteja investido, a ser evidenciado mediante processo de avaliação formal na forma de regulamento próprio (BERGUE, 2005, p. 222).

Para que a carreira nesses moldes possa ser operacionalizada é necessária a devida normatização e regulamentação administrativa que devem abranger os critérios para ascensão na carreira; as exigências para cada um dos níveis; a remuneração atribuída a cada classe e os critérios e procedimentos para o enquadramento dos servidores (BERGUE, 2005).

A Lei Complementar nº. 323 de 02 de março de 2006 estabelece a estrutura de carreira dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde, instituindo as diretrizes para a implantação do Plano de Carreira e Vencimentos (PCV) para os servidores da SES (SANTA CATARINA, 2006). Esta legislação cria a carreira única constituída por cargo de provimento efetivo com base em algumas conceituações.

Plano de Carreira e Vencimentos – sistema de remuneração, estruturado na forma de carreira, cargo, competências, níveis e referências de vencimentos que possibilitam o crescimento profissional do servidor;

Quadro de pessoal – quantitativo de cargo de provimento efetivo com as respectivas competências, definidos de acordo com as necessidades da SES;

Carreira – perspectiva de crescimento profissional, fundamentada no desempenho e no exercício de atribuições de maior nível de complexidade;

Cargo de provimento efetivo – denominação dada a um conjunto de competências e responsabilidades, com denominação própria e remuneração paga pelo erário;

Competência – identifica um conjunto de atribuições e responsabilidades de cargo de provimento efetivo, com denominação própria, nível e referência específicos, de acordo com a estrutura de carreira (SANTA CATARINA, 2006, p.1).

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o caminho metodológico percorrido para a elaboração do estudo de caso desde a definição do tema da pesquisa, os procedimentos e realização da coleta dos dados conforme as três fontes de evidências utilizadas para este fim (observação livre, entrevistas e análise documental) e como as informações levantadas foram estruturadas em categorias e subcategorias.

3.1 PASSOS QUE ANTECEDERAM A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Após a definição do tema teve início a elaboração do Projeto de Pesquisa. Visando definir o local de estudo e os sujeitos da pesquisa, foi contatada a direção administrativa de um hospital da Secretaria de Estado da Saúde localizado na grande Florianópolis, com vistas à apresentação da proposta e verificação de aplicabilidade naquela unidade. Na ocasião, foi obtido o aceite para a realização do estudo e a sugestão de que o mesmo ocorresse junto ao ambulatório do hospital.

Definido o local de estudo o projeto de pesquisa foi complementado e submetido à banca para qualificação em novembro de 2008. O passo seguinte foi encaminhá-lo ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do hospital para análise e parecer, o que aconteceu somente em fevereiro de 2009 em virtude do período de recesso do comitê. O projeto foi classificado como aprovado pelo CEP conforme o protocolo nº. 0002 de 06 de abril de 2009.

3.1.1 O local de estudo e os participantes da pesquisa

O ambulatório do hospital público estadual objeto deste estudo, oferece 25 especialidades clínicas, a saber: angiológica, buco maxilo facial, cabeça e pescoço, cardiológica, cirurgia geral, dermatológica, gástrica, hematológica, médica, nefrológica, neuro-cirúrgica, neurológica, neuroradiológica, oftalmológica, ortopédica,

otorrinolaringológica, plástica, pneumológica, proctológica, reumatológica, terapia da dor, torácica e urológica (SANTA CATARINA, 2008).

No ano de 2007, 51.013 pessoas receberam atendimento ambulatorial no hospital, sendo que as especialidades mais procuradas pelos usuários foram a oftalmológica com 21.641 atendimentos e a ortopédica com 7.236 atendimentos. A maioria dos usuários é procedente dos municípios da grande Florianópolis (77,1% do total)¹.

O quadro de pessoal fixo do ambulatório é composto por 23 servidores lotados no setor: um Agente de Atividades Administrativas (AAA), três Agentes de Atividades de Saúde I (AAS I), oito Agentes de Atividades de Saúde II (AAS II), dois Agentes de Serviços Gerais (ASG), três Técnicos em Atividades de Saúde (TAS), uma Enfermeira, três médicos lotados e exclusivos do setor (os demais médicos que prestam atendimento no local são lotados em outros setores do hospital), uma Psicóloga e uma Telefonista². O critério de inclusão dos participantes que foram entrevistados está colocado no item 3.3.2.

3.2 ESTUDO DE CASO

“O estudo de caso como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange a lógica do planejamento, as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas à análise dos mesmos” (YIN, 2005. p. 33). Segundo o autor estudo de caso é uma maneira de se fazer pesquisa bastante utilizada quando surgem questões do tipo *como* e *por que*, quando o controle do pesquisador sobre os fatos é pouco, o foco é um fenômeno da atualidade, o contexto, a vida real e os limites entre contexto e fenômeno não estão definidos com clareza. O estudo de caso contribui para o conhecimento acerca de fenômenos individuais, sociais e organizacionais e beneficia-se de proposições teóricas previamente elaboradas para a coleta e análise dos dados.

¹ Informações retiradas do relatório fornecido pelo Serviço de Arquivo Médico Estatístico do hospital (SAME) cuja fonte é SAGMAX.

² Informações retiradas do relatório de recursos humanos disponibilizado pelo setor de RH do hospital.

No que se refere a esta pesquisa pode-se dizer que as características apresentadas são perfeitamente adequadas ao problema descrito: *Como se configura o clima organizacional no ambulatório de um hospital público de Santa Catarina?*

Trata-se, conforme Yin (2005), de um estudo de caso *único* por ser representativo e pretender constatar circunstâncias e condições de uma situação do dia-a-dia e *holístico*, pois examina tais circunstâncias e condições de forma global.

A investigação em estudo de caso pode basear-se em uma ou mais fontes de evidências (documentos, registros de arquivos, entrevistas, observação livre, observação participante e artefatos físicos são as mais utilizadas). Um dos pontos fortes nesta estratégia é a oportunidade que o pesquisador tem de lançar mão de diversas fontes, viabilizando desta forma o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação que consiste em um processo de triangulação das fontes de dados utilizadas (YIN, 2005). “A técnica da triangulação tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 1987, p. 139).

Segundo Triviños (1987) na triangulação o interesse do pesquisador deve se pautar em três aspectos fundamentais:

- **Processos e produtos centrados no sujeito** – averigua a percepção do sujeito de forma verbal (entrevistas e questionários); os comportamentos e ações do sujeito por meio de observações livres ou dirigidas e procura conhecer os produtos construídos por ele como livros, obras de arte, etc.;
- **Elementos produzidos pelo meio** – representados pelos documentos; instrumentos legais; diretrizes; estatísticas e fotografias;
- **Processos e produtos produzidos pelo meio social onde está o sujeito** – refere-se aos modos de produção, às forças e relações de produção, à propriedade dos meios de produção e as classes sociais.

O caso aqui apresentado trata de *conhecer o clima organizacional no ambulatório de um hospital público de Santa Catarina*. Para tanto foram utilizadas três fontes de evidências: dados documentais, observação livre e entrevistas.

3.3 A COLETA DE DADOS

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP teve início, no mês de abril de 2009, a coleta de dados orientada pelos objetivos específicos da pesquisa.

Primeiramente, para contemplar o objetivo relacionado aos dados documentais – *levantar informações relacionadas à rotatividade de pessoal e afastamentos do serviço por motivos de doença* – e, para obtenção de informações gerais sobre o quadro funcional do ambulatório, ainda no mês de abril foi realizada uma visita ao setor de recursos humanos do hospital.

3.3.1 A documentação

Conforme Yin (2005) as informações documentais, inclusive fornecidas por documentos administrativos internos, entre eles os relatórios, são importantes para todos os tópicos de um estudo de caso e servem, principalmente, para corroborar e valorizar as evidências resultantes de outras fontes.

O setor de recursos humanos do hospital forneceu um relatório oriundo do sistema informatizado de RH contendo as seguintes informações a cerca do quadro de pessoal do ambulatório: nome do servidor, matrícula, cargo, tempo de serviço total e função. Posteriormente, no mês de maio, o mesmo setor disponibilizou um relatório contendo dados sobre os afastamentos dos servidores para tratamento de saúde, com informações referentes a datas de início e término das licenças e/ou atestados por motivo de doença e o número total de dias de afastamento por servidor, no período de maio/2008 a maio/2009. Estes dois relatórios foram utilizados como fontes de evidências para o estudo.

3.3.2 As entrevistas

Em abril ocorreu a primeira visita ao local de estudo propriamente dito quando a proposta da pesquisa foi apresentada à coordenação do ambulatório, que se colocou, bem como sua equipe, à disposição para colaborar com o que fosse necessário. Na oportunidade ficou definido a melhor data para início das entrevistas bem como os melhores dias e horários para estas acontecerem, de forma a não interferir nas atividades do ambulatório.

“As entrevistas são uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de casos” (YIN, 2005, p. 116). Bergue (2005) se referindo a utilização desta técnica de coleta de dados no serviço público coloca que por meio dela, conduzida de forma estruturada, semi-estruturada ou não-estruturada, é possível conhecer a percepção dos servidores sobre fatos, situações ou acontecimentos presentes no dia-a-dia. Neste estudo a realização das entrevistas ocorreu de forma semi-estruturada o que consiste, segundo Minayo (2007), na utilização de um roteiro baseado nos tópicos e variáveis essenciais, o qual serve de apoio e propicia, ao pesquisador, segurança na sequência das perguntas. A utilização deste instrumento possibilita que o “informante seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal apresentado pelo investigador, comece a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146). O Roteiro de Entrevista (Apêndice 01) que serviu como base para a realização das entrevistas foi elaborado a partir das variáveis constituintes do objetivo específico *investigar a percepção dos servidores do ambulatório sobre variáveis relacionadas ao trabalho realizado, programas de capacitação, gestão, relacionamento interpessoal, segurança no trabalho e remuneração* e os elementos relacionados a cada uma delas.

Com a colaboração da coordenação do ambulatório foi possível identificar e fazer contato com os servidores que deveriam ser entrevistados conforme o critério definido no projeto: *o servidor mais antigo por competência profissional*.

De acordo com a relação fornecida pelo setor de RH deveriam ser entrevistadas nove pessoas das seguintes competências: Agente de Assuntos Administrativos (AAA), Agente de Serviços Gerais (ASG), Enfermeiro, Psicólogo,

Médico, Técnico de Atividades de Saúde (TAS), Agente de Atividades de saúde I (AAS I), Agente de Atividades de Saúde II (AAS II) e Telefonista.

Todavia percebeu-se que a realidade do quadro funcional do local de estudo não era exatamente a mesma que constava do relatório de recursos humanos. A Psicóloga, por exemplo, embora lotada oficialmente no ambulatório, não atende as demandas do setor (basicamente de usuários externos), seu consultório está localizado em outro setor da unidade hospitalar e sua clientela são os usuários internados no hospital. Por outro lado, verificou-se a existência de dois profissionais que, embora não sejam lotados no ambulatório, exercem atividades no setor. São eles: a fonoaudióloga (atende o público em geral) e um enfermeiro também formado em odontologia (presta atendimento odontológico aos servidores do hospital em um consultório localizado no ambulatório). Outra peculiaridade encontrada diz respeito aos maqueiros (função atribuída ao AAS I) que prestam serviço aos demais setores do hospital, contudo são lotados no ambulatório e permanecem ali quando não estão ajudando a transportar pacientes. Os médicos por sua vez, normalmente cumprem seus horários no ambulatório atendendo nos consultórios e, depois, vão atender em outros setores ou serviços o que inviabilizou a realização da entrevista com estes profissionais. Também não foram entrevistados nenhum dos agentes de atividades de saúde II, pois os mesmos não se encontravam no ambulatório na época da pesquisa (por motivo de férias e/ou outros afastamentos). Assim, mediante o quadro que se apresentava foram efetivadas oito entrevistas ficando de fora psicólogo, médico e AAS II e incluídos fonoaudiólogo e o enfermeiro/odontólogo.

As entrevistas aconteceram no período compreendido entre 13 e 29 de maio de 2009, foram marcadas com antecedência e realizadas no próprio ambulatório, no horário de serviço dos entrevistados conforme a disponibilidade de tempo deles. Os entrevistados receberam informações quanto aos procedimentos da entrevista (sigilo das informações, gravação, transcrição, liberdade de participar ou não e possibilidade de retirar seu depoimento a qualquer tempo), preencheram, leram e assinaram Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 04).

3.3.3 A observação

As observações, como fontes de evidências em um estudo de caso, podem estar orientadas para comportamentos ou condições relevantes verificadas no ambiente tais como: reuniões, sala de aula, condições físicas de um edifício ou local de trabalho, entre outros. As evidências observacionais podem acrescentar informações sobre o objeto que estiver sendo estudado (YIN, 2005).

Observar um 'fenômeno social' significa, em primeiro lugar, que um determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações, etc. (TRIVIÑOS, 1987, p. 153).

Neste estudo as observações estiveram focadas, conforme objetivo específico, na identificação de *indicadores do ambiente de trabalho como pichações nos banheiros e quadros murais que sinalizam aspectos relacionados à satisfação do servidor*. Foi uma observação *livre*, de acordo com Triviños (1987), a mais empregada em pesquisas qualitativas cuja realização deve considerar dois aspectos importantes:

- **Amostragem de tempo** – se refere ao processo de seleção dos dias, atividades, jornadas de trabalho, enfim aspectos relacionados ao objeto de investigação que irão compor a observação;
- **Anotações de campo** – consistem na descrição escrita do que foi observado em relação ao sujeito e as circunstâncias físicas essenciais que o rodeiam.

A observação aconteceu em diferentes espaços do ambulatório, em cinco datas diferentes e horários alternados, a primeira no mês de abril e a última no final do mês de maio e os resultados foram descritos em um Roteiro para Observação (Apêndice 02). É importante registrar que a observação não foi uma atividade pontual e estática, ao contrário, permeou a realização de todas as atividades da pesquisa desde o momento que foram feitas as primeiras visitas ao local de estudo.

3.4 A ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Para que o conteúdo dos dados coletados pudesse ser analisado, os mesmos foram organizados a partir de sua relação com as variáveis, indicadores e aspectos do ambiente de trabalho que evidenciavam o clima organizacional no ambulatório, contemplados nos objetivos da pesquisa.

“Análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 1977, p. 31). O autor relata que a descrição analítica consiste no tratamento das informações contidas nas mensagens por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do seu conteúdo. O interesse não está na descrição, mas no que poderão ensinar os conteúdos, após serem tratados.

Para Bardin (1977) os procedimentos de análise dos dados organizam-se, na maioria das vezes, por um processo de categorização.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, 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 de caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 1977, p. 117).

Segundo o autor o processo de categorização é muito importante para qualquer atividade científica. Sempre que um pesquisador decide codificar o seu material deve, necessariamente, produzir um sistema de categorias que é do tipo estruturalista e conta com duas etapas: o inquérito (isola os elementos) e a classificação (reparte e organiza os elementos).

De acordo com Bardin (1977), um conjunto de categorias deve dispor das seguintes qualidades:

- **Exclusão mútua** – cada elemento não pode aparecer em mais de uma divisão. Diferentes níveis de análise devem estar separados;
- **Pertinência** – as categorias devem estar adaptadas ao material de análise e ao quadro teórico definido;

- **Objetividade e fidelidade** – as variáveis devem ser claramente definidas e os índices que determinam a entrada de um elemento em uma categoria, precisos;
- **Produtividade** – as categorias devem fornecer dados férteis em índices de inferências, hipóteses novas e dados exatos.

Para proceder à análise dos dados levantados nesse estudo foram consideradas como categorias as variáveis que influenciam o clima organizacional selecionadas para este estudo e as subcategorias emergiram das unidades de registro nas diferentes fontes de evidência, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Categorias	Subcategorias
Trabalho realizado (TR)	TR1 - Atendimento a demanda TR2 - Trabalho em equipe TR3 - Satisfação dos servidores com o trabalho que realizam TR4 - Valorização dos servidores
Programas de capacitação (PC)	PC1 - Promoção de cursos PC2 - Facilidade de participação dos servidores nos cursos
Gestão (GE)	GE1 - Satisfação com chefias e direção GE2 - Capacitação dos gestores GE3 - Comunicação
Relacionamento Interpessoal (RI)	RI1 - Relacionamento dos servidores com chefias RI2 - Relacionamento dos servidores entre si RI3 - Relacionamento com os usuários
Segurança no Trabalho (ST)	ST1 - Utilização de EPI ST2 - Prevenção de doenças ocupacionais ST3 - Licença para tratamento de Saúde TR4 - Ambiente/condições ambientais de trabalho
Remuneração (RM)	RM1 - Satisfação com o salário RM2 - Satisfação com o PCV RM3 - Satisfação com os Benefícios

Quadro 1: Categorias e subcategorias

Fonte: dados coletados no ambulatório por meio das três fontes de evidências (2009).

Os dados contidos nos relatórios de recursos humanos forneceram informações gerais sobre os servidores do ambulatório e sobre o afastamento destes do trabalho por motivo de doença, foram organizadas em quadros que serão

apresentados no próximo capítulo que trata da apresentação e discussão dos resultados.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta e discute os dados levantados no estudo a partir de sua classificação e organização dentro das categorias e subcategorias descritas no capítulo 3. Demonstrar-se-á os resultados obtidos e como estes contribuíram para a identificação do clima organizacional no ambulatório na época da realização da pesquisa.

O local de estudo foi descrito no que tange as suas características físicas evidenciadas na observação livre; o perfil da totalidade dos servidores lotados no ambulatório, demonstrado com base nas informações documentais retiradas do relatório de recursos humanos e o perfil dos entrevistados elaborado a partir de suas respostas as perguntas que lhes foram dirigidas.

Vale ressaltar que para efeitos de tratamento e organização, os dados foram categorizados conforme orienta Bardin (1977) pelo princípio da exclusão mútua – cada elemento não pode aparecer em mais de uma divisão e os diferentes níveis de análise devem estar separados – mas existe uma relação subjetiva entre os elementos analisados que permeia todo o estudo. As variáveis se voltam com frequência para os aspectos satisfação, motivação, valorização, comunicação e qualidade de vida e a cultura e o clima organizacional são o pano de fundo onde estes elementos interagem.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

Um hospital deve ser entendido como um conjunto de pessoas que serve a outras pessoas, o que implica que os complexos processos tecnológicos e produtivos que nele são desenvolvidos devem ser contemplados como o resultado da vontade, da inteligência, do conhecimento e das emoções das pessoas que participam desses processos (ARTAZA 1997 *apud* ALBUQUERQUE, 2004, p. 250).

Conforme Albuquerque et al (2004) o hospital é uma empresa social complexa com cultura própria representada por suas normas, valores,

competências, forças e fraquezas. Ao mesmo tempo, os hospitais são diferentes entre si, cada um representa um microcosmo humano específico, singular, uma sociedade particular, com uma história, uma identidade, uma estrutura que lhe é peculiar.

Os autores reforçam o que foi demonstrado anteriormente sobre os fatores humanos e tecnológicos fortemente evidenciados no ambiente hospitalar e presentes em todos os setores que compõem a estrutura deste tipo de organização, independentemente do seu nível de complexidade.

Um dos locais em que se presta assistência em saúde são os ambulatórios. No contexto das instituições de saúde, segundo Pires (1999) a assistência ambulatorial é bastante diversificada, realizada em hospitais, postos, centros de saúde, consultórios entre outros.

O ambulatório no qual se realizou este estudo faz parte de um hospital público de Santa Catarina e atende a população do estado todo, disponibilizando diversas especialidades médicas (descritas na introdução do trabalho). Esta característica possibilita que se evidencie naquele espaço, uma realidade apresentada por Albuquerque et al. (2004) como de intensa atividade humana de usuários, servidores e outras pessoas que circulam e/ou aguardam atendimento. Neste ambiente é um desafio para gestores administrarem os valores e as capacidades das pessoas em um clima organizacional favorável, orientado por uma visão de interação com os usuários.

4.1.1 Espaço físico do local de estudo

As observações abaixo foram realizadas em 17/04/2009 e objetivam descrever o espaço físico do ambulatório:

- O ambulatório está localizado no primeiro andar da unidade hospitalar. As paredes são pintadas da cor pêssego. O acesso ao local se dá por elevador ou por uma escada (mais utilizada pelos usuários que fazem uma fila logo cedo até receberem senhas para o atendimento);

- Os usuários aguardam atendimento em uma grande sala de espera na qual estão colocadas em torno de 100 cadeiras plásticas organizadas em fileiras;
- A escada de acesso ao local possui paredes de pequenos azulejos verdes. Tem um aspecto “encardido” demonstrando sua antiguidade e grande utilização;
- As janelas são do tipo basculante e estão localizadas próximas ao teto. Não há ar condicionado na sala de espera, apenas três ventiladores (empoeirados) posicionados no alto das paredes;
- Os consultórios, banheiros, sala de curativos, sala da coordenação e acesso ao Centro Cirúrgico têm as portas voltadas diretamente para a sala de espera;
- Para usuários há um banheiro feminino, um banheiro masculino e um banheiro para portadores de necessidades especiais. Os banheiros para funcionários estão localizados em outro setor do hospital. Tanto os banheiros dos usuários como dos funcionários são limpos e sem pichações;
- O Setor de Endoscopia é pintado de azul claro, suas paredes receberam massa corrida o que dá ao ambiente um aspecto de mais novo do que o local onde estão os consultórios;
- No Setor de Otorrinolaringologia há uma sala de espera própria. O setor conta com um consultório médico e uma sala de Fonoaudiologia.

Com estas observações iniciais foi possível identificar alguns aspectos do ambiente físico do local de estudo que funcionam, de acordo com Luz (2007) como indicadores do clima organizacional, possibilitando verificar a qualidade e o conforto das instalações e recursos disponibilizados para os funcionários realizarem seu trabalho.

Observou-se que não havia pichações nos banheiros e a ventilação é muito ruim no espaço onde os usuários aguardam atendimento devido a janelas basculantes estarem localizadas próximas ao teto e não haver ar condicionado no local, apenas nos consultórios o que torna o ambiente muito quente. O prédio do hospital onde funciona o ambulatório, de acordo com dados da Secretaria de Estado da saúde (2008) conta com 43 anos de fundação, o mesmo já passou por reformas e necessita de manutenção constante, contudo não mantém o mesmo padrão de

acabamento entre os diferentes setores do ambulatório no que se refere às cores e textura das paredes.

O mesmo ambiente possui outras características que não podem ser evidenciadas com a mesma facilidade daquelas relacionadas à infra-estrutura, embora se encontrem presentes no cotidiano dos trabalhadores da área hospitalar, exerçam influência sobre sua saúde e, conseqüentemente, sobre o clima da organização. Algumas dessas características são apontadas por autores como Elias e Navarro (2006) e Malik (1998) e se referem as cargas horárias excessivas, o contato freqüente com situação limites, os elevados níveis de tensão, o duplo vínculo empregatício com vistas a uma melhoria salarial e uma elevada incidência de problemas de saúde entre os trabalhadores.

4.1.2 Servidores que atuam no ambulatório

Foram utilizados nesta pesquisa como fonte de informação documental dois relatórios de recursos humanos (um forneceu informações gerais sobre o quadro de pessoal do ambulatório e o outro informações específicas sobre afastamento para tratamento de saúde) e a Legislação referente ao Plano de Carreira e Vencimentos dos servidores da SES (Lei Complementar Nº. 323/2006) que além de ser utilizada como referencial, foi analisada frente a realidade da situação funcional dos servidores do ambulatório.

Com base em tais documentos foi possível descrever o perfil dos servidores e levantar evidências sobre a **rotatividade** de pessoal, outro indicador de clima apontado por Luz (2007) e Schermerhorn Junior, Hunt e Osborn (2003) que, quando alto, pode significar insatisfação dos trabalhadores.

Analisando o relatório de RH que continha informações gerais verificou-se que havia, no mês de maio de 2009, 23 servidores lotados no ambulatório em cargo de provimento efetivo que consiste no conjunto de competências com denominação própria e remuneração paga pelo erário, entendendo-se por competência o conjunto de atribuições e responsabilidades inerentes ao cargo (SANTA CATARINA, 2006).

Após contato realizado com a chefia do setor de recursos humanos do hospital obteve-se algumas informações adicionais sobre o quadro de pessoal do

ambulatório: uma profissional (psicóloga) exerce suas atividades em outro setor do hospital e outros dois profissionais (uma fonoaudióloga e um enfermeiro), embora não sejam lotados no ambulatório, prestam atendimento aos usuários e/ou servidores naquele local. Os últimos participaram da pesquisa como entrevistados e foram incluídos nos quadros 2 e 3 que apresentam informações sobre os servidores do ambulatório como um todo.

Competência	Tempo de serviço total					Total
	4 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 a 30 anos	+ de 30 anos	
AAA	-	-	-	-	01	01
AAS I	-	-	-	03	-	03
AAS II	03	-	03	01	01	08
ASG	-	01	-	01	-	02
Enfermeiro	-	-	01	01	-	02
Fonoaudiólogo	-	-	-	01	-	01
Médico	-	-	-	01	02	03
Psicólogo	-	-	01	-	-	01
TAS	02	-	-	-	01	03
Telefonista	-	-	01	-	-	01
Total	05	01	06	08	05	25

Quadro 2: Quantitativo de servidores do ambulatório por competência e tempo de serviço total

Fonte: Relatório de RH do hospital/entrevistas (2009).

O perfil que se apresenta confere com o que colocam Pires (1999) e Reis (2004) ao se referirem ao aspecto multidisciplinar do cuidado em saúde que envolve profissionais de nível superior e técnico, da área administrativa e pessoal de apoio.

As informações do quadro 2 demonstram que 56% dos servidores têm tempo de serviço total de 16 a 30 anos e 32% já ultrapassaram os 30 anos de tempo de serviço. Portanto o quadro de pessoal do ambulatório é constituído, principalmente, por servidores experientes, muitos deles próximos da aposentadoria. Além disso, de acordo com o relatório de recursos humanos e as entrevistas, seis servidores (25%) são readaptados por motivos de saúde e três estão em desvio de função, ou seja, exercendo atribuições de outra competência profissional.

Competência	Atribuições	Formação
AAS II	Prestar cuidados básicos de enfermagem sob a coordenação e supervisão do enfermeiro; participar de processos de educação e ações em saúde.	Ensino Médio e formação na área da saúde
ASG	Lavar, passar e secar as roupas do hospital; executar trabalhos de conservação e limpeza em geral; auxiliar na cozinha; controlar painel de elevador; prestar informações aos usuários quando solicitado.	Ensino Fundamental
Enfermeiro	Administrar, planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar atividades de enfermagem no âmbito da assistência, pesquisa e docência.	Graduação em enfermagem
Fonoaudiólogo	Identificar problemas ou deficiências ligadas a comunicação oral empregando as técnicas adequadas de avaliação fazendo o treinamento fonético, auditivo, dicção, empostação da voz e outros, visando a reabilitação da fala; participar de processos educativos e de atividades de ensino, pesquisa e vigilância em saúde.	Graduação em fonoaudiologia
Médico	Realizar exames, emitir diagnóstico, prescrever e ministrar tratamento e aplicar métodos de medicina preventiva; definir instruções para atos cirúrgicos e correlatos; emitir laudos e pareceres; desenvolver ações de saúde pública; participar de processos educativos de ensino, pesquisa e vigilância em saúde.	Graduação em medicina
Odontólogo	Diagnosticar e tratar afecções na boca, dentes e região buco-maxilo-facial, por meio de processos clínicos e cirúrgicos para promover e recuperar a saúde bucal e geral; elaborar e aplicar medidas de caráter público para diagnosticar e melhorar as condições de higiene dentária e bucal da comunidade; desenvolver atividades de ensino, pesquisa e vigilância em saúde.	Graduação em Odontologia
Psicólogo	Atuar em nível primário, secundário e terciário; desenvolver atividades de pesquisa, ensino e aprendizado; participar de equipes multiprofissionais.	Graduação em Psicologia
TAS	Executar e supervisionar serviços de enfermagem por meio de processos de rotina e/ou específicos, visando à proteção e recuperação da saúde do paciente; participar de programas de capacitação e ações de saúde.	Curso Técnico em Enfermagem
Telefonista	Operar instrumento de telefonia e outros sistemas de telecomunicações; redigir e transmitir informações.	Ensino Médio

Quadro 3: Descrição das competências dos servidores que atuam no ambulatório por atribuições e formação

Fonte: Lei Complementar Nº. 323 de março de 2006.

Observação: As atribuições do AAA e AAS I não estão descritas na Lei.

Segundo Wood Jr. e Picarelli Filho (2007) a descrição de cargos é a base de um sistema tradicional de remuneração. Deve ser objetiva e clara, apresentar o conteúdo dos cargos sem deixar margem para dúvidas sobre o que distingue um cargo do outro, conter o título do cargo e um sumário das atribuições inerentes ao mesmo. O PCV da SES apresenta uma descrição de competências nos moldes tradicionais. As competências de nível superior se diferenciam umas das outras pela direcionalidade técnica, mas tem em comum o componente relacionado a participação em atividades de pesquisa, ensino e aprendizagem. As demais competências têm um caráter operacional, descrevendo as tarefas que devem ser executadas pelos seus ocupantes.

4.1.3 Características dos servidores entrevistados

A escolha dos entrevistados obedeceu ao critério do *servidor com maior tempo de serviço total por competência profissional*. Foram entrevistados oito servidores de diferentes competências o que corresponde a 30,7% do total apresentado no quadro número 2 e, ficaram fora do estudo, três competências das relacionadas no mesmo quadro: médico, psicólogo e AAS II. Os participantes da pesquisa foram representados pela letra “E” seguida dos números 1 a 8 (E1a E8).

A Lei Complementar Nº. 323 de março de 2006 criou o quadro de pessoal da Secretaria de Estado da Saúde e o cargo de provimento efetivo denominado genericamente de **Analista Técnico em Gestão e Promoção da Saúde**. Este cargo abrange 16 níveis e cada nível é composto por 10 referências representadas pelas letras A a J. Do título III do plano consta que o desenvolvimento funcional do servidor na carreira ocorre pelas progressões nas referências, níveis e competências por tempo de serviço, qualificação ou desempenho profissional e nível de formação (SANTA CATARINA, 2006).

Entre os anexos da citada legislação, está o quadro de pessoal da SES descrito por competências e escolaridade exigida para ocupá-las. Esclarecendo: o cargo genérico dos servidores da SES, conforme está posto no parágrafo anterior, é o de **Analista Técnico em Gestão e Promoção da Saúde** e as competências dentro deste cargo são as profissões de nível superior ou técnico (Técnico de

Enfermagem, Enfermeiro, Assistente Social, Fisioterapeuta, Técnico em Radiologia, Médico, etc.), as funções de apoio que não exigem formação profissional específica, apenas a escolaridade mínima exigida para cada situação (Agente de Serviços Gerais, Copeiro, Agente de Atividades Administrativas, etc.) e as funções que exigem domínio de habilidades essenciais a realização de determinadas atividades (Caldeireiro, Motorista, etc.). Cada uma das competências tem atribuições próprias descritas no PCV (as atribuições dos profissionais participantes desta pesquisa foram descritas no quadro número 3).

A chefia do setor de RH do hospital forneceu informações relevantes quanto a situação funcional no ambulatório: que o absenteísmo por motivos não justificado e a rotatividade de pessoal são muito baixos naquele setor, haja vista que muitos servidores são encaminhados para atuar no ambulatório por motivo de readaptação, o que significa que aquele é o local considerado mais adequado para eles desempenharem atividades que não comprometam o estado de saúde física ou mental que ocasionou sua transferência funcional³.

Competência	Função no Amb.	Sexo		Tempo de serviço em anos		
		F	M	Total	Hospital	Ambul.
AAA	AAA	X		32	18	03
AAS I	Maqueiro		X	29	29	15
ASG	TAA		X	21	21	09
Enfermeiro	Coord./Enfermeiro	X		27	27	03
Enfermeiro	Dentista		X	18	18	10
Fonoaudiólogo	Fonoaudiólogo	X		30	14	14
TAS	TAS	X		31	30	16
Telefonista	TAS	X		19	19	11

Quadro 4: Servidores entrevistados por competência, função no ambulatório, sexo e tempo de serviço

Fonte: entrevistas com servidores (2009).

TAA: Técnico em Atividades Administrativas

Conforme o quadro número 4 dos oito servidores entrevistados cinco (62,5%) são do sexo feminino; sete (87,5 %) são lotados no hospital onde se realizou a pesquisa desde o início de sua vida profissional na área da saúde pública; cinco atuam no ambulatório entre 10 e 15 anos o que demonstra que a

³ Informação fornecida pelo setor de recursos humanos do hospital.

rotatividade de pessoal no setor é realmente baixa; três (37,5 %) estão em desvio de função e cinco servidores (62,5 %) têm entre 27 e 31 anos de tempo de serviço total.

A princípio a baixa rotatividade de pessoal sugere satisfação com o local de serviço e aponta para um clima organizacional bom. Contudo, a mesma pode estar ligada, no caso do ambulatório, ao elevado índice de servidores readaptados e a possibilidade de recebimento de horas plantão, admitidas de acordo com a Lei Complementar Nº. 323 em caso de imperiosa necessidade de serviço e fechamento de escalas, o que contribui para a melhoria salarial e, não necessariamente, a satisfação com o local de trabalho (SANTA CATARINA, 2006).

Entre os profissionais entrevistados, dois têm outro vínculo empregatício e o maqueiro não exerce sua atividade no ambulatório, mas é lotado no setor onde permanece quando não está transportando pacientes. Quanto aos servidores em desvio de função: o enfermeiro é também graduado em odontologia, presta 40 horas mensais no ambulatório atendendo principalmente servidores e 30 horas semanais como supervisor de enfermagem em outro setor do hospital e a telefonista tem o curso Técnico de Enfermagem.

FAIXA ETÁRIA			ESCOLARIDADE			
31 a 40 anos	41a 50 anos	+ de 50 anos	Superior	Médio	Técnico	Fundamental
	X				X	
	X				X	
		X	X			
		X	X			
		X			X	
		X				X
	X			X		
X			X			
01	03	04	03	01	03	01

Quadro 5: Servidores entrevistados por idade e escolaridade.

Fonte: entrevistas (2009).

Quatro (50%) dos entrevistados têm idade superior a 50 anos, um tem menos de 40 anos de idade; quatro (50%) têm formação em nível técnico ou ensino médio, três (37,5 %) têm nível superior e um servidor tem o nível fundamental de ensino.

4.2 ORGANIZAÇÃO DOS RESULTADOS EM CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Para atender os critérios de triangulação dos dados proposto por Yin (2005) e Triviños (1987), todas as informações coletadas, independentemente da estratégia utilizada seguiram uma linha convergente de investigação com foco voltado à identificação do **clima organizacional** no ambulatório.

A construção das categorias e subcategorias apresentadas no capítulo 3 seguiu a mesma lógica, isto é, foram elaboradas e organizadas, conforme orienta Bardin (1977) com base em critérios previamente definidos (neste estudo os critérios são as variáveis selecionadas que evidenciam o clima organizacional). Os elementos foram classificados por diferenciação (categorias e subcategorias) e reagrupados por analogia, mediante sua relação com uma ou outra subcategoria. Todas as evidências, independente da fonte que as gerou, foram analisadas considerando-se sua congruência com os critérios pré-definidos.

A definição do clima organizacional para cada uma das categorias como *bom*, *prejudicado* ou *desfavorável* (LUZ, 2007), é o resultado de uma análise subjetiva, contudo considerou a relevância e quantidade de aspectos positivos e negativos evidenciados, bem como, a relevância da variável frente pesquisa.

4.2.1 Categoria trabalho realizado (TR)

Considerou a percepção dos servidores entrevistados quanto ao desempenho de suas atividades cotidianas, no que se refere a aspectos relevantes para a identificação do clima organizacional (subcategorias).

Compõem esta categoria as seguintes subcategorias: Atendimento à demanda (TR1), Trabalho em equipe (TR2), Satisfação dos servidores com o trabalho que realizam (TR3) e Valorização dos servidores (TR4).

Inicialmente os servidores entrevistados relataram suas atividades diárias, evidenciando aspectos do trabalho em saúde descritos por Pires (1999) quanto à produção não material que se completa durante sua elaboração. Seu resultado não é um produto material, mas a própria realização da atividade:

Faço avaliação e tratamentos que são encaminhados pelo otorrinolaringologista e outros médicos e os casos de derrames, Acidente Vascular Cerebral, encaminhados pelo neurologista. (E3)

*Tem dia que eu passo o dia inteiro fazendo curativo (E4)
Eu atendo pacientes ali no atendimento ao público, no balcão, encaminho pros médico e também faço curativo, então eu ajudo no curativo, porque eu fiz o curso, e ajudo no balcão. (E5)*

Aqui eu presto serviço odontológico pros funcionários do hospital e em caso de necessidade de pacientes internados o médico solicita um parecer e eu faço a avaliação do paciente. Na enfermagem eu atuo como supervisor noturno. (E8)

Percebe-se também, nas falas dos entrevistados, características do trabalho em saúde apontadas por Pires (1999) e Campos (2005) como sendo coletivo, profissional, compartimentalizado e com baixo intercâmbio entre os profissionais que se relacionam com os usuários isoladamente. E, ainda, o que tratam Elias e Navarro (2006) quanto ao trabalho no hospital estar dividido com a mesma lógica de produção capitalista, parcelado, reproduz a organização do trabalho industrial:

A gente recebe o paciente, orienta o paciente para receber a medicação, prepara o paciente para a endoscopia e depois fica aguardando o paciente acordar, vê como ele fica e orienta sobre os cuidados após o exame. (E2)

Os entrevistados E1, E4, E6 e E7, relataram as atividades descritas por Pires (1999) como sendo de apoio, exercidas por trabalhadores de diversas qualificações:

Eu faço a parte de escrituração na Endoscopia, mas também ajudo em outros setores do ambulatório, na verdade eu transcrevo laudos, imprimo e o médico assina. Além disso eu também registro o agendamento da consulta, olho os consultórios, se está faltando papel a gente coloca, receituário, atestado... (E1)

Tem também o serviço de marcação de exames que é outra atividade que nós fazemos. (E4)

Eu faço de tudo. Eu atendo o paciente que chega pra consultar, atendo ao telefone, tiro o faturamento dos médicos... Serviço administrativo mesmo. (E6)

Nós pegamos e colocamos na maca os pacientes internados que precisam fazer exames na clínica Imagem, no Regional, no HU... O

paciente vai lá faz o exame aí trazemos ele de volta, acompanhamos com a ambulância pra levar e buscar. Acompanhamos direto. (E7)

TR 1: Subcategoria atendimento à demanda

Os servidores falaram sobre o volume de atividades que realizam diariamente e da necessidade de atender as demandas do setor mesmo que, por vezes, seja preciso extrapolar sua carga horária indo além até mesmo das horas plantão.

A jornada de trabalho dos servidores da SES é de 30 horas semanais (06 horas diárias) (SANTA CATARINA, 2006). O ambulatório funciona de segunda a sexta feira, conforme relato de E4, das 7h às 16 h, ou seja, 09 horas diárias, ou mais, conforme a demanda de serviço:

No papel, o ambulatório funciona das 7 h às 16 h, mas na prática não funciona assim, nós temos vários médicos que começam às 16 h. (E4)

Entre os entrevistados seis servidores (75%) cumprem hora plantão, ou seja, trabalham diariamente três horas além das previstas na legislação, o que corresponde a realização de 60 horas plantão por mês:

Trabalho 4 horas pela manhã e 5 horas à tarde, mas a gente fica um pouco mais quando é necessário. (E2)

Trabalho 9 horas por dia, porque faço hora-plantão, 60 horas plantão por mês que é o máximo permitido. Entro as 10 h e vou até às 19h. (E3)

Nove horas por dia com hora-plantão. 180 horas mês. (E5).

Nove horas. A gente fica direto. Bate o ponto às 7 h e 16 h. (E7).

Aqui existe uma demanda muito grande de serviço, pois se atende o estado inteiro. Tem uma demanda muito alta e pouco número de profissionais. (E8)

Os dois servidores que não cumprem hora-plantão têm outro emprego. Além disso, um deles realiza sua jornada de trabalho em outro setor do hospital onde é

lotado, cumpre poucas horas semanais no ambulatório fazendo atendimento odontológico para os servidores e recebendo para tanto sobreaviso entendido como a permanência do servidor fora de seu ambiente de trabalho, em estado de expectativa constante, aguardando o chamamento para o serviço em função de uma situação de emergência ou calamitosa, podendo ser concedida mediante escala previamente elaborada (SANTA CATARINA, 2006).

Com as horas plantão a jornada de trabalho dos servidores sobe de 120 horas/mês para 180 horas/mês o que representa um acréscimo de 50% em sua carga horária mensal.

As colocações dos entrevistados evidenciam dois aspectos importantes:

- Primeiro que há falta de pessoal para dar conta da demanda de trabalho o que resulta, embora os servidores não manifestem abertamente, em sobrecarga de serviço (tanto que 75% dos entrevistados realiza 03 horas plantão dia conforme foi demonstrado);

Mesmo assim, pra mim é uma coisa tranqüila, agora, mais de um entrando de férias ou de licença para tratamento de saúde, aí a coisa complica porque sobrecarrega nas atividades do dia a dia, aí fica pesado. (E2)

Nós fizemos hora plantão para manter atuante o nosso setor. Já pensou se a gente não fizesse hora plantão? O número de pessoas sempre é insuficiente para atender toda a demanda, tanto de pacientes que estão internados como pacientes do ambulatório, externos. Somos um número pequeno e sempre pedimos mais um profissional para o setor. (E3)

Todos os funcionários sempre acabam fazendo horas a mais. (E4)

- Segundo que profissionais são desviados da assistência direta ao usuário para executar trabalho administrativo prejudicando a qualidade dos serviços.

Acontece que para cada computador deveria ter um escriturário, mas como não tem então o próprio pessoal da enfermagem está fazendo o papel de escriturário. (E2)

Vamos dizer assim, na sala de curativo, só vai uma pessoa lá quando está precisando, mas é uma sala que não pode ficar sem

ninguém. Sala de odonto, nunca tem alguém pra deixar junto com ele (dentista). (E4)

Algumas falas demonstram outro aspecto marcante do trabalho em saúde relacionado à atuação do profissional médico, em torno do qual as demais atividades se organizam:

[...] então a gente faz rodízio entre os funcionários para ficarem nesses dias que tem esses médicos que começam mais tarde. Segunda, quarta e sexta sempre tem. (E4)

Tem também as atividades relacionadas com os médicos que são: marcação de férias, suspensão das atividades deles quando eles vão a congressos (E5).

Quando a chefe pede pra ficar até mais tarde igual ontem, que teve atendimento com o médico que é especialista em cabeça que sempre chega às 4 horas e demora pra sair, aí eu fiquei. (E6)

Conforme Albuquerque et al. (2004), no setor saúde a maior influência se concentra nos médicos como profissão e no hospital como localização. Configura-se, desta forma, um modelo de poder dos médicos especialistas hospitalares cujos interesses nem sempre são os mesmos do conjunto da rede assistencial ou dos usuários que a utilizam. “O médico detém a autoridade legal de controle do processo de trabalho em saúde” (PIRES; 1999, p. 38). Segundo a autora, o hospital precisa do médico para a efetivação do trabalho assistencial, inclusive para fazer com que muitos equipamentos funcionem e que determinados procedimentos sejam realizados gerando receita. Por outro lado, o médico precisa das instalações hospitalares, equipamentos e do trabalho de outros profissionais para a realização de exames, procedimentos terapêuticos e também de apoio. Este fato é percebido nas falas de E1, E4 e E6:

Às vezes um prontuário vem errado, aí o médico chama, a gente troca o prontuário, isso acontece. (E1)

Tem algumas atividades de atendimento que precisaria ter um funcionário só naquela sala, mas não tem. Não tem ninguém e a hora que algum médico pede aí a gente vai. (E4)

Geralmente eu saio às 4 horas, ontem fiquei até às 6 horas. Porque o ambulatório não pode ficar sem ninguém eles (os médicos) estão sempre precisando da gente. (E6)

TR 2: Subcategoria trabalho em equipe

Esta subcategoria procurou identificar se o trabalho dos servidores do ambulatório é feito em equipe e qual a percepção deles sobre o assunto.

Albuquerque e Puente-Palacios (2008) apresentam algumas características que diferenciam grupos e equipes de trabalho, relacionadas a seguir:

- Grupos – o esforço, as responsabilidades, os resultados e o objetivo do trabalho são individuais;
- Equipes – o esforço é coletivo, os resultados são globais e os objetivos e responsabilidades, compartilhados.

Na área da saúde, Peduzzi (2001) refere-se ao fato do trabalho em saúde ser coletivo e multiprofissional, porém não necessariamente um trabalho em equipe. A autora expõe duas diferentes concepções sobre trabalho em equipe: equipe compreendida como a articulação voltada à integralidade das ações de saúde e equipe entendida como um agrupamento de pessoas caracterizado pela fragmentação e pela justaposição de ações. A segunda concepção vai ao encontro do entendimento sobre trabalho em equipe da maioria dos trabalhadores entrevistados que traduzem a maneira como o trabalho está organizado no ambulatório:

O Trabalho em equipe funciona porque é assim: eu recebo o paciente, faço a ficha, depois boto o paciente pra dentro depois a gente tira o paciente, depois a gente entrega o laudo ou o paciente vem buscar no outro dia, então tem uma continuidade. (E1)

A gente divide o trabalho com os colegas. (E2)

Mas como às vezes falta funcionário ou coisa assim eu como sou uma pessoa do grupo participo, auxílio, ajudo dessa forma assim. (E5)

A fala do entrevistado E1 passa o sentimento de que não somente o processo de trabalho é fragmentado como o próprio usuário é dividido em partes e cada uma delas tratada separadamente do todo.

O entrevistado E3 apresenta outra visão do trabalho em equipe, mais de acordo com a primeira concepção apresentada por Peduzzi, em relação à integralidade das ações de saúde. Refere ainda, o entrevistado, que atualmente o grupo não atua mais na mesma perspectiva e demonstra insatisfação com o estilo de gestão:

Não, não existe trabalho em equipe. Teve uma época que a gente tinha um grupo muito bom. Tinha Médico, Farmacêutico, Assistente Social, Psicólogo, Enfermeiro, Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo (os profissionais discutiam os casos dos pacientes conjuntamente). Foi um grupo que funcionou muito bem durante alguns anos, mas acabou rápido, porque faltou o apoio da direção do hospital com relação ao grupo. O trabalho em equipe realmente não é uma política da organização. (E3)

A partir das considerações de E3 começam a surgir os primeiros indícios do descontentamento dos servidores do ambulatório com o estilo de gestão das lideranças legalmente constituídas no hospital. Este aspecto aparecerá com maior ênfase quando for apresentada a categoria gestão.

TR3: Subcategoria satisfação dos servidores com o trabalho que realizam

A satisfação profissional é ponto de destaque quando se discute clima organizacional como foi demonstrado no capítulo 2. Satisfação diz respeito ao grau positivo ou negativo que as pessoas sentem em relação às atividades que desempenham como uma resposta às condições físicas e sociais do local de trabalho (SCHERMERHORN JUNIOR, HUNT e OSBORN, 2003).

O aspecto satisfação dos servidores foi explicitado pelos participantes da pesquisa conforme relatos abaixo:

Tenho confiança no que cuido. (E 2)

Na saúde a pessoa é tratada como um todo e o meu trabalho faz parte deste todo. (E3)

Mesmo nem sempre podendo fazer tudo o que eu gostaria, gosto muito do meu trabalho. (E4)

Eu adoro o que faço. É o lugar onde eu me achei, me encontrei não tem? Eu estou satisfeita porque o serviço que eu faço me deixa satisfeita. (E6)

Sim, eu me sinto satisfeito fazendo o que faço porque se eu não tivesse aqui, o funcionário do andar que teria que fazer esse trabalho aí sobrecarregaria os andares. (E7)

Trabalhar com o público, trabalhar com as pessoas, doar um pouco de ti me deixa satisfeito, motiva estar em uma função desta. (E8)

TR4: Subcategoria valorização dos servidores

Com esta subcategoria procurou-se conhecer qual é a percepção dos servidores quanto a valorização do seu trabalho pela organização dentro de uma perspectiva apontada pelos autores Luz (2007) e Santos-Filho e Barros (2007) de reconhecimento e respeito aos trabalhadores como sujeitos de sua prática.

A fala do entrevistado E3 demonstra que a teoria não se aplica à realidade vivenciada pelos trabalhadores do ambulatório:

Meu Deus que bagunça está isso que falta de respeito. A gente está desvalorizada aqui dentro. Eu sinto uma falta de respeito com o profissional, com o trabalho que realizamos um desconhecimento do trabalho na verdade. (E3)

Novamente por meio das colocações dos entrevistados E3 e E6 surgem evidências de insatisfação com o estilo de gestão do hospital:

Achou (a direção do hospital) insignificante o resultado, não deu merecimento ao trabalho que vinha sendo realizado (E3)

Eu acho que deveriam reconhecer um pouco mais o serviço do funcionário na saúde. (E6)

E4 também aponta falta de critérios para distinguir e premiar o servidor, falta de reconhecimento pelo trabalho realizado e, até, desconsideração quanto à importância do ambulatório em relação aos demais setores do hospital.

Porque é assim, para a direção aqui é um hospital que tem que atender primeiro o paciente que está internado. Esse setor aqui é um local que pode esperar. Não é um paciente que precise de atendimento imediato. Como é um serviço oferecido pelo hospital

deveria ser bem oferecido, mas não é desse jeito que eles veem... tanto que nunca veio um funcionário novo para cá. (E4)

Pessoal de enfermagem quando vem, primeiro vai pras unidades de internação. Os que têm vindo pra cá normalmente são os funcionários readaptados. (E6)

No que se refere à categoria **Trabalho Realizado**, os entrevistados percebem um excesso de tarefas que geram a necessidade de realizarem hora-plantão. Existe uma aceitação da situação, à qual todos procuraram se adaptar fazendo rodízios e compensação com folgas. Contudo vale ressaltar que mesmo que a realização de horas plantão tenha amparo legal, muitas vezes a permanência dos servidores no hospital ultrapassa às 9 horas diárias ininterruptamente, ou seja, para atender a demanda, acabam expostos por um longo tempo a um ambiente descrito por Elias e Navarro (2006) como reconhecidamente insalubre, penoso e perigoso para os trabalhadores.

Os entrevistados demonstraram que as atividades desenvolvidas no ambulatório não apresentam as características correspondentes a um trabalho em equipe, mas todos sentem satisfação pessoal com o que fazem, ou seja, veem de forma positiva seu desempenho profissional. Alguns dos entrevistados têm clareza da importância de seu trabalho no contexto da unidade hospitalar, mas referem falta de reconhecimento e valorização do mesmo por parte dos gestores.

Percebe-se um distanciamento entre a política proposta na legislação e a realidade vivenciada pelos servidores no que trata do programa de valorização com vistas à melhoria da qualidade dos serviços, o desenvolvimento de competências, a promoção de habilidades técnicas e a melhoria de processos e resultados e, também, em relação ao que está contemplado no próprio Plano Estadual de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde (2007) quando enfatizam que o desenvolvimento do trabalhador consiste, entre outras coisas, em atitudes e ações que assegurem o reconhecimento dos trabalhadores. Mediante o exposto o clima organizacional no que diz respeito à categoria Trabalho Realizado, pode ser considerado, de acordo com a definição de Luz (2007), como desfavorável, pois embora produza satisfação pessoal aos servidores, sua organização como um todo gera grande insatisfação nos mesmos na maioria das subcategorias relacionadas.

4.2.2 Categoria programas de capacitação (PC)

Fazem parte dessa categoria as seguintes subcategorias: Promoção de cursos (PC1) e Facilidade de participação dos servidores nos cursos (PC2).

PC1: Subcategoria promoção de cursos

A educação como fator de desenvolvimento profissional é apontada por Almeida (2001) como uma maneira de valorizar o trabalhador sendo, principalmente nesta perspectiva, que os programas de capacitação ofertados aos trabalhadores afetam o clima da organização. Na área hospitalar Malagón-Londoño, Moreira e Laverde (2008) enfatizam a educação permanente como forma de promover a satisfação do usuário com os serviços prestados e possibilitar o verdadeiro trabalho em equipe.

Para Chiavenato (2006) o desenvolvimento de pessoal contribui com a realização das potencialidades humanas e Bergue (2005) enfatiza que o setor público investe na qualificação dos servidores como forma de melhorar os serviços ofertados a população. O Estado de Santa Catarina conta com uma legislação específica voltada à capacitação dos seus servidores, o SUS dispõe de uma política de Educação Permanente e a Secretaria de Estado da Saúde agrega em sua estrutura organizacional uma Diretoria com foco na EP. Resta saber como o cotidiano dos trabalhadores do setor saúde, especialmente na área hospitalar é beneficiado ou afetado por todo este aparato. Efetivamente o que é ofertado em termos de cursos aos trabalhadores do setor? Os servidores entrevistados responderam positivamente essa questão:

Sim. Já participei de um curso de curativos, outro de áudio, vários. (E5)

Sim. São oferecidos cursos aos servidores. (E6)

Existe oferta de cursos. (E7)

As falas de E1 e E3 demonstram que o foco da educação no hospital está voltado à área da enfermagem. E3 dá a entender que não há clareza na divulgação dos eventos e definição do perfil dos participantes.

Eu há algum tempo que não faço cursos, mais ou menos 01 ano. Os cursos são mais voltados pra enfermagem. É uma capacitação continuada. (E1)

Ultimamente está acontecendo poucos. Na verdade depende, este ano já teve mais direcionado à enfermagem. Teve um de infecção que eu acho que é para todos. (E3)

Os entrevistados E2, E6 e E7 demonstram não sentir motivação para participar dos cursos:

[...] mas eu não tenho ânimo para fazer. (E2)

Não estou me envolvendo em cursos agora porque ano que vem vou me aposentar então não quero mais me estressar com essas coisas. (E6)

Eu não tenho vontade de participar, não tenho paciência. (E7)

Pergunta-se, frente à falta de motivação para participar dos eventos de qualificação profissional, principalmente diante do que relata E6, enquanto o servidor não se aposentar como fica o atendimento ao usuário? Como melhorar a qualidade do cuidado?

É importante registrar que o fator motivacional, embora não tenha sido incluído neste estudo como uma categoria, é apontado por Luz (2007) como uma variável possível de ser utilizada num estudo de clima organizacional. A mesma procura identificar aspectos do ambiente de trabalho que são percebidos pelos funcionários como de maior contribuição para sua motivação. Segundo Chiavenato (2006) e Tachizawa, Ferreira e Fortuna (2004) o clima de uma organização influencia o grau de motivação e satisfação dos trabalhadores. Chiavenato (2006) e Schermerhorn Junior, Hunt e Osborn (2003) refere-se à motivação como uma força ou um estímulo que impele a pessoa para a ação.

Tanto E2 como E4 explicitam que os cursos são oferecidos pelo hospital. Porém, nenhum dos entrevistados vincula os cursos à Política de Educação Permanente em Saúde ou Política de Capacitação do governo estadual ou à Diretoria de Educação Permanente da SES:

Cursos o hospital tem oferecido sim... (E2)

Aqui dentro, eles oferecem sim. (E4)

PC2: Subcategoria viabilidade de participação nas capacitações

A Política de Educação Permanente em Saúde consiste na aprendizagem, no trabalho com vistas a transformação das práticas profissionais a partir dos problemas encontrados na realidade dos serviços e dos conhecimentos e vivências que os trabalhadores já possuem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Da mesma forma a Secretaria de Estado da Saúde (2007) considera o perfil do gestor fundamental para a efetivação dos processos de desenvolvimento humano.

Com base nessas premissas, espera-se que os programas de educação em saúde sejam institucionalizados no âmbito das organizações públicas de saúde, que sejam voltados à educação em serviço, que tenham objetivos claros no que se refere à transformação das práticas, à valorização dos trabalhadores e à melhoria da qualidade da assistência e que garantam, na prática dos serviços, o que já está validado pela política e pela legislação vigente, ou seja, o acesso e participação dos servidores a esses programas.

Visando identificar como esta situação se apresenta no ambulatório foi contemplada no roteiro de entrevista uma questão para identificar se os servidores têm facilidade em participar dos cursos promovidos no hospital.

As falas dos entrevistados E1, E2, E3 e E5 demonstram que uma das dificuldades de participação nos cursos está relacionada ao horário em que eles acontecem:

O horário pra mim... agora mesmo não dá mais, porque eles fazem das 11 ao meio dia e é um horário que te pega, eu estou em outro emprego. (E1)

Às vezes pega um horário que a gente tem atividade e não dá para sair. (E2)

Ofereceram só um horário não dá para todos fazerem. (E3)

Outra dificuldade apontada por E4 e E5 diz respeito à impossibilidade de liberação dos servidores em função das demandas de serviço:

As meninas do Centro Cirúrgico da oftalmo queriam ir participar do curso sobre transplantes, mas não tinha como liberar, porque não tinha quem substituísse e não dá pra deixar uma sala sem funcionário, não podia suspender as cirurgias. (E4)

Às vezes consigo participar dos cursos, às vezes não. Cada um tem suas atividades, suas atribuições tu tens que estar ali pra poder cobrir funcionário que está em outro setor. (E5)

Uma terceira dificuldade, relatada por E2, aponta falta de critério no encaminhamento dos servidores para cursos e transmite a impressão de que a inserção nas capacitações parte apenas da vontade individual, espontânea de cada um, sem considerar fatores como as necessidades do serviço e a possibilidade de valorização do servidor:

Às vezes tem um número determinado de vagas e quem tem menos atividade chega primeiro, preenche a ficha (inscrição) e a gente fica de fora. Eu até já falei lá pra menina do setor (que organiza os cursos) que é bem minha amiga, quando tiver um curso aí tu me avisas que eu quero me inscrever. Não existe uma orientação do setor sobre quem deve participar do curso. É mesmo quem chegar primeiro. (E2)

De acordo com E4 existem horários mais flexíveis para que os servidores participem dos cursos

Sim. Está tendo outros cursos... das 11 ao meio dia, às 13 horas, que são horários mais rápidos aí quase todos eles fazem, se revezam. Aqui a gente tem o CCIH Sentinela que fazem por vídeo conferência junto com o Sírio Libanês. A sala fica cheinha em todos os horários. (E4)

A categoria Programas de Capacitação de acordo com as duas subcategorias abordadas evidencia para esta variável um clima *prejudicado* haja vista que, se por um lado cursos são ofertados, mesmo que de forma insipiente, por outro estes não abrangem todas as competências profissionais e a organização do trabalho dificulta a participação dos servidores. Além disso, prevalece a impressão de que se tratam de eventos esporádicos, sem ligação com as políticas de recursos humanos preconizadas tanto pelo Ministério da Saúde como pelo estado de Santa Catarina. O fato dos servidores não estabelecerem relação entre os cursos que acontecem no hospital e as políticas vigentes demonstra que os eventos dos quais participam independem de sua existência e que a divulgação dessas políticas e as ações delas resultantes não estão beneficiando esta parcela de trabalhadores da saúde.

Ainda na no que diz respeito à valorização chama atenção nos relatos dos entrevistados à ausência de relação entre participação em eventos de capacitação e possibilidade de progressão na carreira, prevista no Decreto Nº. 3.917 quando contempla que a participação dos servidores em capacitações pode servir para sua progressão funcional desde que atendam aos critérios de carga horária, relação com a área de atuação do servidor e do órgão onde atua e relevância para a administração pública (SANTA CATARINA, 2007).

4.2.3 Categoria gestão (GE)

Na administração pública existem duas modalidades de cargos de liderança:

Cargos comissionados – são estruturas funcionais autônomas que se prestam a distintos propósitos passíveis de serem ocupadas por indivíduos que não detêm vínculo laboral anterior e permanente com o ente ou órgão; Função de confiança – constituem um agregado de atribuições que são adicionadas à pessoa designada já investida em cargo efetivo (BERGUE, 2005, p. 182).

Para o autor, o *gestor* possui determinada parcela de poder e conhecimento, dos quais resulta uma autoridade legítima perante um grupo de subordinados.

“Poder legítimo é aquele decorrente da posição formal do cargo na hierarquia organizacional” (BERGUE; 2005, p. 279).

Na estrutura organizacional da SES o poder legítimo está distribuído nos cargos que a compõem da seguinte maneira: Secretário e Diretor Geral; Superintendente de Gestão Administrativa, Superintendente de Planejamento e Gestão, Superintendente de Serviços Especializados e Regulação, Superintendente de Vigilância em Saúde e Superintendente de Hospitais Públicos Estaduais. A cada uma das superintendências estão ligadas diretorias e a estas, gerências. As unidades hospitalares administradas pela SES, entre elas o hospital onde se realizou esta pesquisa, estão ligadas a Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais (SUH) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2009).

O organograma dos hospitais, por sua vez, conta com uma diretoria e três gerências, a saber: Gerência de Administração (GERAD), Gerência de Enfermagem (GEENF) e Gerência Técnica (GETEC). Ligados as gerências existem setores como o ambulatório que faz parte da GETEC. Cada instância de poder apresentada é ocupada por um gestor legalmente instituído, isto é, no caso das unidades hospitalares administradas pela SES, um diretor e três gerentes. Os setores ligados as gerências, de acordo com as atividades que desenvolvem, possuem coordenadores, supervisores ou chefes de seção.

Conforme Nunes (2008), ao gestor são atribuídas as competências de desenvolver propostas estratégicas e operacionais voltadas aos objetivos da organização, definir regras, políticas e procedimentos, programar e coordenar a realização do que foi planejado. Da mesma forma Chiavenato (2006) e Bergue (2005) atribuem ao gestor o papel de conduzir a organização rumo a consecução dos seus objetivos.

Chiavenato (2006) relaciona a atividade de gestão à liderança que consiste em um tipo de influência sobre as pessoas efetivado por meio da comunicação humana, também voltada à realização de objetivos.

Gestão e salário são as duas mais importantes variáveis organizacionais quando se trata de identificar o clima de uma organização. Isso se deve a sua forte influência sobre o nível de satisfação e insatisfação dos trabalhadores. O gestor exerce papel fundamental em relação ao clima, pois ele representa a organização e o modo como a gerência interfere positiva ou negativamente no grupo de trabalho (LUZ, 2007).

Com a categoria Gestão procurou-se verificar como acontece no âmbito do ambulatório, segundo a percepção dos servidores entrevistados, a gestão do trabalho considerando a satisfação dos servidores com o desempenho de suas chefias e com o processo de comunicação. Para tanto foram consideradas três subcategorias, a saber: satisfação com chefias e direção (GE1), capacidade técnica, humana e administrativa dos gestores (GE2) e comunicação (GE3).

GE1: Subcategoria satisfação com chefia e direção

Considerando que o gestor como líder deve exercer uma influência positiva sobre seus comandados, buscou-se identificar se os servidores do ambulatório estão satisfeitos com o estilo de gestão desenvolvido no local. Estilo, conforme Lucena (1992) consiste na forma como o líder conduz sua unidade organizacional ou ainda, segundo Chiavenato (2006), refere-se ao padrão recorrente de comportamento que o líder demonstra.

Algumas referências feitas às chefias já apareceram nas falas dos servidores entrevistados exatamente por esta variável ter muito peso em relação ao clima organizacional. Quando interrogados diretamente sobre o assunto os servidores manifestam diferentes percepções, registradas a seguir.

Os entrevistados E1, E2, E6 e E7 mencionaram a chefia imediata enfatizando a sua postura como pessoa e não a sua atuação profissional:

A gente se afina bem. Tanto com um como com outro (aqui o entrevistado se reporta ao gerente técnico que é um médico e a coordenadora do ambulatório). Na verdade acaba tendo uma amizade assim, dentro do limite a gente sabe até onde a gente pode ir. Tu não vais frequentar a casa deles, mas aqui, internamente é sem problemas. (E1)

[...] de resto ela (a chefe) é ótima, não tenho do que reclamar. (E2)

Tem uma paciência, uma calma que meu Deus! Quem não se der bem com ela não se dá bem com ninguém. O que ela puder fazer pra te ajudar ela te ajuda. É muito querida, é um ser humano maravilhoso. (E6)

Minha chefia é excelente. Excelente é pouco, minha chefia, credo! (E7)

Já os entrevistados E2 e E3, demonstraram insatisfação com relação a postura profissional de seus gestores. E2, se reportando a sua chefia imediata (coordenação do ambulatório), fez a seguinte observação:

Assim, tem situações entre funcionários que ela (chefe) devia ser mais enérgica, mas ela releva muito até tomar uma atitude, tem uma determinada pessoa sobre quem deveria ser feita alguma coisa, que já foi avisada, mas continua aprontando porque não foi tomada providência e acaba prejudicando o grupo. (E2)

E3 referiu-se ao diretor e ao gerente técnico do hospital tratando-os como “diretores”. Demonstrou descontentamento quanto ao estilo de gestão principalmente em relação ao desinteresse pelo trabalho que realiza e a dificuldade de fazer contato com eles mesmo quando surge algum problema:

Seria bom que os diretores viessem questionar o serviço da gente, isto demonstraria interesse, mas infelizmente as chefias estão distantes, isolados. A permanência deles aqui no hospital também é pequena, eles não tem horário integral. Tem de ser tudo com dia e horário marcado embora os problemas quando acontecem que a gente precisa de uma orientação não tem hora marcada, é quando a gente está aqui dentro, se acontece um problema a gente quer resolver naquele momento, mas tem que deixar pra resolver no outro dia, no outro horário quando ele estiver. Na verdade é essa última direção aqui, a atual, que pra mim não está boa. Está muito parada. Muito ausente. Não tem contato nenhum com os funcionários. O que mais aparece é a administrativa, mesmo assim, coitado, é só pra problemas, mas sozinho não consegue resolver. (E3)

Como os cargos de direção do hospital e gerência técnica são ocupados por médicos os relatos do entrevistado E3 estão de acordo com Albuquerque et al. (2004), ao citarem que na América Latina e no Caribe os diretores de hospitais normalmente são médicos e que estes raramente dedicam mais de algumas horas diárias à função de gestão, pois costumam estar muito ocupados com suas atividades clínicas. É importante registrar que o entrevistado ressaltou das características de “ausência” e “distanciamento” a gerência administrativa, muito embora suas condições de resolver os problemas sejam, segundo o entrevistado, limitadas.

As colocações acima foram corroboradas por E1 com a seguinte frase:

O médico (se referindo ao gerente técnico) fica menos aqui. (E1)

E3 sugere uma forma de liderar apresentada no estudo de White e Lippit e citada por Chiavenato (2006), do tipo *liberal*, isto é, a participação e interferência do líder é muito pequena, não havendo preocupação de sua parte em avaliar ou acompanhar o andamento das atividades.

Quanto à gerência de enfermagem apenas o entrevistado E4 a citou em sua fala com a seguinte frase:

Com o gerente de enfermagem estou bastante satisfeita. Com os outros não posso falar muito não tenho muito contato com eles não.
(E4)

Nota-se que também E4, de forma indireta, refere o distanciamento de alguns dos gestores, contudo não denota satisfação ou insatisfação a este respeito, apenas comenta o fato como algo normalmente aceito no contexto institucional.

É importante esclarecer que os entrevistados quando falam de suas chefias demonstram percepções diferenciadas de acordo com suas atribuições e formação profissional. Os enfermeiros se reportam a gerência de enfermagem, outros profissionais de nível superior a gerência técnica ou administrativa, em última instância, a direção, dependendo do assunto a ser tratado e os servidores das demais competências se referem a coordenação do ambulatório.

GE2: Subcategoria capacitação do gestor

O papel dos gestores é fundamental na configuração do clima de uma organização, contudo, o fato de uma pessoa assumir o poder ocupando um cargo de comando, não significa que ela possua as qualidades adequadas para condução de um grupo de trabalho em direção do alcance de objetivos e metas pré-estabelecidos. Na administração pública este fato é ainda mais marcante, pois os critérios para a escolha dos cargos comissionados ou de função gratificada, por vezes tem caráter exclusivamente político.

Considerando-se a realidade que se apresenta aliada às características relativas à posição que os hospitais ainda ocupam nos sistemas de saúde,

“determinada por um modelo de atenção histórico, biomédico e curativo, e por uma cultura de auto-suficiência por ser, junto com o médico, a instituição com mais poder que desempenhava um papel modulador e hegemônico do sistema sanitário” (ALBUQUERQUE, et al., 2004, p.72), buscou-se conhecer como os trabalhadores do ambulatório, inseridos neste contexto e atuando na assistência direta, percebem as capacidades técnicoadministrativas dos seus gestores.

As respostas a este questionamento foram bem variadas. E1 relatou como está organizado o ambulatório em relação às chefias:

Na verdade é assim, tem uma pessoa que é chefe do ambulatório e tem uma chefia na endoscopia que é um médico, a gente obedece aos dois. Mas quem coordena a escala, essas coisas, é a chefe do ambulatório. O chefe da endoscopia pede pra fazer um ofício e encaminhar pra arrumar um aparelho, fora isso... (E1)

O entrevistado E2, em diversas falas forneceu, indiretamente, informações sobre aspectos da gestão relativos a administração pública:

Hoje o funcionário que chega, não tem preocupação. Ele fica certinho até passar o estágio probatório, mas depois ...agora tu aguenta! As vezes aprontam no estágio probatório mesmo. As chefias que fazem a Avaliação de Desempenho em vez de dizer: querido, passar bem, mas tu não faz parte desse grupo, não condiz com o serviço, ficam com pena e deixam ficar no serviço público. (E2)

A “Avaliação de Desempenho é uma responsabilidade gerencial que procura monitorar o trabalho em equipe e de cada membro e os resultados alcançados para compará-los com os resultados esperados” (CHIAVENATO, 2006, p. 175). Na administração pública o servidor é avaliado por um período de três anos após sua posse, período no qual se encontra em estágio probatório conforme consta do Estatuto do Servidor Público Estadual:

Art. 15 – O funcionário nomeado para cargo efetivo fica sujeito a um período de estágio probatório de 02 (três) anos, com o objetivo de apurar os requisitos necessários à confirmação no cargo para o qual foi nomeado.

§ 1º - São requisitos básicos do estágio probatório:
I - idoneidade moral;

- II - assiduidade e pontualidade;
- III - disciplina;
- IV - eficiência.

Nota: a Emenda Constitucional n° 19, de 04.06.98, art. 6°, ampliou o prazo de 2 para 3 anos o tempo de exercício requerido para a aquisição da estabilidade e estabelece a obrigatoriedade de avaliação especial de desempenho por comissão instituída para essa finalidade (alterado o “caput” do art. 41 e acrescentado o § 4°, da Constituição Federal)

§ 2° - A verificação dos requisitos mencionados neste artigo será efetuada por uma comissão de três (3) membros designada pela autoridade competente.

Art. 16 – Quando o funcionário em estágio probatório não preencher quaisquer dos requisitos enumerados nos itens do parágrafo 1° do artigo anterior, caberá à comissão prevista pelo parágrafo 2° do mesmo artigo concluir o processo de acompanhamento de desempenho destinado à exoneração do nomeado (SANTA CATARINA, 1985).

Ainda considerando-se a fala de E2, segundo Bergue (2005) há quem questione a estabilidade por entender que após ser adquirida pelo servidor ele tende a assumir uma postura mais relaxada em relação ao seu desempenho funcional, todavia, ressalta que em qualquer organização pública ou privada o ritmo de trabalho é determinado pela gestão ou gerência quando define os processos de trabalho e as necessidades de recursos quantitativos e qualitativos e que lhe compete, como administrador, lançar mão de mecanismos legais de apuração de responsabilidades e as devidas sanções administrativas.

GE3: Subcategoria comunicação

Conforme Chiavenato (2006) a liderança é efetivada pelo processo de comunicação, pois é por meio dela que o líder conduz as pessoas para a realização das atividades com cuidado e dedicação. No contexto organizacional, “o grau de eficácia do processo de comunicação pode ser definido pela relação entre o conteúdo percebido pelo receptor e o conteúdo desejado pelo emissor” (BERGUE; 2005, p. 289).

Com o intuito de identificar como acontece o processo de comunicação no ambulatório, principalmente no que se refere ao repasse das informações dos gestores para os servidores, e levantar o grau de satisfação destes sobre esta

variável referida por Luz (2007), foi contemplada na entrevista uma questão sobre o assunto.

Um dos instrumentos utilizados para a divulgação de informações, citado pelos entrevistados, é a Comunicação Interna (CI), instrumento escrito que serve tanto para as chefias repassarem orientações de serviço como para os setores solicitarem material e/ou serviços:

Ou a chefe chama ou encaminha uma Comunicação Interna para que a gente de ciência. (E1)

Repasse direto ou CI. (E2)

Depende do assunto. Se for administrativo qualquer setor vai a busca do Gerente Administrativo. No Diretor Geral a gente não chega lá. Assim se o problema é administrativo a gente passa pelo Gerente Administrativo eu solicito, faço uma CI (Comunicação Interna) e digo está acontecendo isso e nós estamos precisando disso. Se o problema é técnico a gente se dirige ao Gerente Técnico. Só existe o contato quando a gente procura. Não existe reunião com o pessoal, nem pra ver como está o serviço, se está tudo bem, se tem alguma coisa faltando. Quando a gente precisa tem que ir atrás. A supervisão não existe, é só quando há demanda daqui pra ele. A gente se sente um setor solto. (E3)

O entrevistado E1 relata que os servidores dão ciência na CI. Isto significa que a comunicação é passada de servidor em servidor para ser lida e assinada como forma de comprovar que todos tomaram conhecimento do assunto. Quando questionado sobre a eficácia deste tipo de procedimento o entrevistado reafirmou o que já havia dito:

Todo mundo assina. (E1)

Será que o fato dos servidores lerem e assinarem a CI garante que houve compreensão do seu conteúdo por parte de todos? Conforme Bergue (2005) os verdadeiros destinatários de uma informação transmitida de forma geral nem sempre são alcançados, enquanto que os demais podem não compreender do que se trata.

Quando a comunicação se destina à divulgação dos cursos promovidos pelo hospital, a estratégia utilizada não são as comunicações internas, segundo relataram os entrevistados E2, E3 e E4:

Eventos são divulgados no mural o no ponto (E2)

Cursos são divulgados no mural (E3)

São divulgados (cursos) no mural que tem ali no corredor. (E4)

O “ponto” citado pelo entrevistado E2 é o local onde os servidores registram seus horários de entrada e saída no hospital diariamente, por isso utilizado para divulgar informações de interesse geral.

A comunicação entre chefias e subordinados não é só escrita, conforme relatam E1 e E4:

Às vezes é chamada uma reuniãozinha (pela chefia) ali e são passados os informes. (E1)

Tem várias maneiras. Escrito quando é uma ordem de serviço, envia escrito, outros em reuniões, o gerente de enfermagem passa pros coordenadores, os coordenadores passam para os funcionários do seu setor. (E4)

A fala de E4 demonstra que, em se tratando da área de enfermagem, diferentemente das demais gerências, além do instrumento escrito de comunicação também são realizadas reuniões para repassar informações, o que pressupõe um estilo de gestão divergente dos demais. A enfermagem é a área que mais congrega profissionais no ambulatório, como é possível constatar no quadro número 2. Das dez competências presentes no ambulatório, três são da área de enfermagem e totalizam 13 servidores (oito AAS II, três TAS e dois enfermeiros) o que corresponde a 52% do total de servidores do setor enquanto as outras sete competências somam doze servidores. Estes profissionais conforme Pires (1999) formam uma equipe de enfermagem, gerenciada por um enfermeiro.

O entrevistado E3 chama atenção para o fato das respostas às comunicações internas dirigidas aos gestores nunca serem também escritas:

Engraçado, eles exigem que o pedido seja por escrito, mas eles não dão resposta da mesma forma. As respostas são dadas nos corredores quando você pressiona e são respostas vazias então na verdade a comunicação não existe porque só existe comunicação quando tem uma pergunta e uma resposta. (E3)

Um dos elementos do ambiente de trabalho que sinalizam aspectos relacionados ao clima organizacional são os quadros murais (LUZ, 2007). Procurou-se constatar sua existência no ambulatório por meio da observação livre, registrada a baixo:

Na parede próxima a entrada do setor de endoscopia há um grande mural com informações sobre a ilegalidade de cobrança de qualquer taxa por tratar-se de hospital público; número e horário de atendimento da ouvidoria; data de vacinação contra a gripe para os servidores; cartaz sobre o plano de saúde dos servidores; cartaz incentivando a doação de sangue; cartaz de propaganda de uma universidade privada; cartaz sobre a semana de enfermagem; cartaz sobre a doação de medula óssea e um aviso sobre a exposição e venda de roupas em outra unidade hospitalar (observação em 26/05/2009).

Percebeu-se no quadro mural um misto de informações. Algumas são destinadas aos usuários, outras aos servidores. Informações de caráter educativo e cartazes de propaganda divulgados no mesmo espaço:

Afixados as paredes do ambulatório observou-se os avisos: “é proibido fumar”; “por favor faça silêncio, ambiente hospitalar” e outros com a tradicional figura da enfermeira cobrindo os lábios com o dedo indicador; “neste hospital o serviço é 100% com recursos públicos. É proibido qualquer tipo de cobrança”; “o glaucoma vai diminuindo aos poucos o seu campo visual até causar cegueira” (observação em 29/05/2009).

No caso do conteúdo dos cartazes afixados diretamente nas paredes, as mensagens estão de acordo com o ambiente embora os avisos que solicitam silêncio parecem fora do contexto já que se registra no local muita gente circulando ou sentada esperando pelo atendimento de forma que a conversa entre as pessoas é uma consequência natural. Além disso, haviam duas televisões ligadas, as quais também são fonte de ruído.

Os cartazes de silêncio são uma manifestação tangível da cultura hospitalar, consistem em uma *norma*, elemento da cultura organizacional definido por Freitas (2007) como as regras e procedimentos padrões a serem utilizados na maioria das situações e por todos os membros da organização. A necessidade de silêncio é uma norma essencial no ambiente hospitalar, aceita tanto pelos trabalhadores como

pelos usuários, todavia no ambiente do ambulatório esta norma parece não ter significado até mesmo porque não é respeitada.

Conforme Albuquerque e Puentes-Palacios (*apud* ZANELLI, 2008) a comunicação nas organizações favorece um gerenciamento adequado, mas é benéfica somente quando os gestores conhecem os grupos e as regras que norteiam o comportamento das pessoas que os compõem. A comunicação, neste caso, deve ser aberta e ouvir, tão importante quanto falar.

De acordo com as falas dos entrevistados evidenciou-se que a comunicação entre gestores e servidores do ambulatório está distante do que colocam os autores, pelo contrário, é marcada pela unilateralidade, principalmente em relação a direção e gerências. Contudo, nota-se que apenas um dos entrevistados (E3) demonstrou claramente insatisfação com este fato:

As respostas são dadas nos corredores quando você pressiona e são respostas vazias [...] (E3).

Os demais entrevistados apenas relatam a forma como ocorre o processo de comunicação, sem demonstrar satisfação ou insatisfação. O processo é simplesmente aceito como mais um aspecto da cultura da organização.

Tendo em vista a importância da variável gestão sobre o clima organizacional e considerando que se evidenciou um distanciamento entre servidores e algumas instâncias da gestão, que o processo de comunicação é falho, o clima para esta variável, segundo a classificação de Luz (2007) pode ser considerado *desfavorável*.

4.2.4 Categoria relacionamento interpessoal (RI)

De acordo com Luz (2007) com esta variável busca-se avaliar a qualidade das relações pessoais no trabalho tanto dos funcionários entre si, como destes com suas chefias e com a organização como um todo. Procura-se também evidenciar os conflitos existentes e sua intensidade. O relacionamento interpessoal como categoria utilizada neste estudo, contemplou três subcategorias: relacionamento dos

servidores com chefias (RI1), relacionamento dos servidores entre si (RI2) e relacionamento dos servidores com os usuários (RI3).

RI1: Subcategoria relacionamento com chefias

Minicucci (2008) refere que um bom administrador necessita desenvolver um comportamento interpessoal que o torne capaz de compreender e lidar com as pessoas.

Conforme dados contidos no quadro número 4, dos oito servidores entrevistados, seis exercem suas atividades no ambulatório entre 9 e 16 anos e passam no mínimo nove horas diárias no local de serviço. Com esta constatação pressupõe-se que entre alguns membros deste grupo haja um relacionamento consolidado e também a existência de conflitos e, embora as chefias, por ocuparem cargos de indicação política, permaneçam menos tempo na condição de gestores, também com eles se estabelece algum tipo de relacionamento interpessoal.

Os relatos apresentados a seguir demonstram a percepção dos entrevistados sobre o relacionamento com os seus superiores hierárquicos:

Graças a Deus a gente tem um relacionamento bom com o pessoal, dá pra chegar neles, dá pra conversar com eles. Aquele staff de médico que era um deus já caiu muito. Graças a Deus! (E1)

Bastos (2001) se refere a essa questão do staff médico como uma subcultura identificada nas organizações de saúde. Na percepção de E1 a imagem de superioridade quase divina outorgada à figura do médico está mudando, fato que o entrevistado vê de forma positiva.

Os entrevistados E2, E4, E5, E6, E7e E8, também se manifestam de forma positiva em relação a sua chefia, evidenciando principalmente suas qualidades humanas:

Eu, graças a Deus, nunca tive problema com chefia. A minha chefe eu conheço há bastante tempo, já trabalhei com ela em outro setor. Ela é uma pessoa muito legal... maravilhosa... organizada... Às vezes ela até devia ser mais durona, mas ela é muito humana. (E2)

Olha, eu e a minha chefia temos um relacionamento bom. (E4)

Tu podes chegar sempre e falar ou pedir qualquer coisa. Pessoa super humana, muito legal. (E5)

Ótimo. A gente se dá super bem, somos super amigas. Aquela ali não tem quem não goste. (E6)

O relacionamento com ela é ótimo (E7)

O nosso relacionamento é um relacionamento profissional, não tem problemas. (E8)

O entrevistado E3 reporta-se, em sua fala, a direção e gerência e, mais uma vez, manifesta um sentimento de descontentamento em relação a eles:

O relacionamento não é bom nem ruim, ele não existe. Nós estamos isolados até nisso. (E3)

A fala de E3 é corroborada por E4, quando se referiu a satisfação em relação gestores:

[...] não tenho muito contato com eles não. (E4)

Em sua fala E4 informava que estava satisfeita com gerência de enfermagem com quem tem proximidade, o que não acontece com os demais gestores (gerências técnica, administrativa e direção do hospital).

RI2: Subcategoria relacionamento com colegas de serviço

“A organização é uma cultura, organização são pessoas e as pessoas estão em contínua interação” (BASTOS, 2001, p. 73). De acordo com a autora, por meio da interação das pessoas nos grupos se estabelece uma conduta coletiva que serve como referência e norteia comportamento, atitudes e ações, neste contexto se estabelecem as relações humanas das quais também os conflitos fazem parte.

Segundo Minicucci (2008) as pessoas de um mesmo grupo atuam umas sobre as outras reciprocamente como também, conjuntamente de forma mais ou menos uniforme. Estas pessoas precisam do companheirismo, compreensão, orientação e apoio uns dos outros. Nos grupos de trabalho se estabelecem relações interpessoais e se manifestam diferentes comportamentos.

As pessoas componentes de um mesmo grupo demonstram suas emoções e afetividade que contribuem, entre outras coisas, para expressar estados internos e orientar as ações em relação aos outros e ao ambiente (GONDIM; SIQUEIRA *apud* ZANELLI; BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2008).

Os entrevistados deste estudo compõem um grupo que interage em um mesmo ambiente há muitos anos e por muitas horas diariamente. Contribuíram para forjar a cultura do local e estabeleceram entre si relações que influenciam o clima organizacional. Por meio de suas falas demonstrar-se-á a percepção destes sobre o assunto.

Os entrevistados E1, E5 e E6 referem um relacionamento de satisfatório a bom e apontam a existência de algum tipo de conflito o qual é considerado normal. E1 refere ainda a forma como reage em relação as pessoas causadoras do conflito:

Satisfatório. "Nem barro nem tijolo". Até que eles se dão bem. Na verdade é bom até que tem um pessoal bom. Sempre tem aquelas picuinhas, coisas pequenas, sempre tem uma ovelha, mas aí a gente isola. (E1)

Sem problemas. É lógico, de vez em quando sai algum "arranca rabo", mas é uma coisa normal, em qualquer lugar é assim. Mas tem mais harmonia do que desarmonia. (E5)

*É bom, médio. Sempre existe aquela falsidade. Tu não podes confiar, tu não podes dizer "essa é minha amiga". É assim, como diz o ditado tu não tens **amiga** tu tens **colega** de trabalho. (E6)*

Os entrevistados E4 e E7 também referem a ocorrência de conflitos no ambiente de trabalho considerando-os eventuais mas são mais otimistas quanto as relações entre os colegas no cotidiano da organização. E4 atribui as causas dos conflitos a questões pessoais, externas a organização:

É uma coisa de época. Tem época que parece que bate o ciúme um do outro que eu vou te contar, aí eu tenho que chamar todo mundo e dar uma geral... Geralmente isso acontece quando tem uma pessoa passando por problemas pessoais, independente de quem seja, já aconteceu com várias pessoas... Aí começa a fofoca de um com outro. Eles de vez em quando se brigam, mas passa um dia dois e fica tudo bem, eles trabalham muito tempo juntos e passam muito tempo juntos então eles se gostam... É um ficar doente um dia e todos ficam preocupados(E4).

O relacionamento é ótimo. Acontece às vezes um pouco de fofuquinha mas é questão de minutos, depois são todos amigos de novo. O ambiente aqui é muito bom. É normal isso daí, acontece a mesma coisa em casa. (E7)

Conforme Chiavenato (2006) os conflitos nas organizações ocorrem, principalmente, quando as pessoas não têm objetivos comuns. As falas dos entrevistados referem um tipo de conflito que o autor descreve como *conflito percebido*, isto é, os servidores se dão conta de sua existência porque acontecem divergências, mas esta percepção é potencial, latente, os trabalhadores constataam a existência de conflitos e o aceitam como normal, como um componente das relações no trabalho e na vida.

Da mesma forma os relatos do entrevistado E2 deixam claro que as divergências acontecem e que há membros no grupo que não são bem aceitos, mas por outro lado manifestou afetividade para com alguns colegas de trabalho:

Olha tem uns que a gente leva pra casa são mesmo amigos do coração. Tem outros que a amizade é só aqui, profissional mesmo e tem alguns que não dá pra suportar. (E2)

O entrevistado E3 praticamente nega a possibilidade de algum tipo relacionamento pessoal entre os membros do grupo devido a falta de tempo e E5 considera o relacionamento bom:

O relacionamento é pouco, porque está cada um no seu espaço o pouco contato que a gente tem normalmente é por assunto profissional. Outro tipo de relacionamento é pouco porque ninguém tem tempo. (E3).

O relacionamento é bom, o pessoal é bastante experiente. (E5)

Um relato feito pelo entrevistado E6 demonstra que efetivamente o relacionamento entre os membros do grupo vai além do nível profissional quando se refere a comemoração dos aniversários:

Tem o café mensal dos aniversariantes. Quando sai o dinheiro todo mundo coopera, bota no caixa aí quando tem alguém de aniversário a gente vai lá e compra, comemora ali. É legal! (E6)

O café dos aniversariantes referido por E6 é mais uma manifestação da cultura organizacional do ambulatório, conforme Freitas (2007) trata-se de um ritual, ou seja, um elemento da cultura, um evento planejado que demonstra sua concretude.

Além das informações colhidas nas entrevistas uma observação demonstra que há uma preocupação dos servidores entre si manifestada pela servidora responsável por fazer a vacinação contra a gripe nos trabalhadores do hospital:

A servidora que está realizando a vacinação dos trabalhadores do hospital contra gripe, está preocupada em guardar vacinas para aqueles que estão resfriados e não poderão ser vacinados nesta semana em que as vacinas foram disponibilizadas pela epidemiologia (observação em 21/05/2009).

RI3: Subcategoria relacionamento com usuários

O relacionamento dos servidores do ambulatório com os usuários se refere à forma como estes são atendidos e acolhidos desde o momento que chegam a unidade e se é perceptível a existência de conflitos. Para se levantar evidências quanto a estes aspectos utilizou-se as falas das entrevistas.

Para o Sistema Único de Saúde, conforme definem o MS e CONASENS (2005) por acolhimento entende-se que o usuário, na condição de cidadão, seja o centro da assistência e o objetivo principal seu bem estar. Nesta perspectiva, a recepção nas unidades é estratégica por representar um espaço onde acontece, muitas vezes, o primeiro contato do usuário com o sistema, onde se estabelecem as primeiras relações com os profissionais que irão cuidar da sua saúde.

Os entrevistados E3 e E6 referem que usuários chegam a relatar que foram mal atendidos por alguns profissionais. E3 entende que a questão do relacionamento profissional/usuário depende das características individuais de quem realiza o atendimento e, que, a instituição deveria fornecer cursos para todos os servidores, sem exceção, com o objetivo de melhorar a qualidade das relações com

os usuários. Para E6 o usuário, ao procurar a unidade, deseja receber mais do que a consulta médica, espera ser acolhido com atenção e carinho:

*O que eu vejo é o seguinte, tem pacientes que chegam a relatar aqui que foi mal atendido por aquele ou aquela profissional. Aí você já vê que é uma questão mesmo pessoal. A gente observa que tem profissionais que tem um **cuidado**, uma **atenção**, que tem **respeito** ao paciente e tem profissional que acha que isso não é função dele, que não é importante tratar bem o paciente, acha que tem que ser seco, objetivo e rápido. Não pode perder tempo dando uma orientação pro paciente, pra ele é perder tempo. Pra mim é muito importante o bom atendimento. Talvez seja preciso qualificar os atendimentos no sentido até de dar cursos ou palestras rápidas porque ninguém tem tempo para curso, palestras sobre **relacionamento humano**, sobre **ética**. Está precisando bastante porque tratar mal um paciente não é ético e as palestras devem ser pra todos, desde o serviçal lá em baixo até o médico. (E3)*

*A maioria dos funcionários se relaciona muito mal com os pacientes, inclusive ali no balcão que tem funcionária que não era pra estar ali, é muita reclamação dela. Semana passada veio uma paciente aqui e reclamou. Ela não tem paciência, sempre olha com a cara amarrada, não serve pra aquilo ali vai embora. A pessoa já sai de casa com problema de saúde, vem pro hospital esperando receber um **carinho**, uma **atenção**, e recebe mal atendimento? Porque não é só o atendimento do médico que é importante, receber carinho e atenção também conta. (E6)*

Os relatos de E3 e E6 evidenciam um entendimento sobre a melhor maneira de se relacionar com o usuário apontado pelos autores Almeida (2001), Mota, Martins e Vêras (2006) e Camelo (2007) quando referem que o usuário seja tratado com igualdade e respeito em uma relação de proximidade, mas ao mesmo tempo as falas dos entrevistados dão conta da existência de conflitos nessas relações.

Os entrevistados E1, E2, E4, E5 e E7 falam que o tratamento dispensado aos usuários deveria ser melhor, mas em suas percepções isso não depende somente dos servidores. Depende, em algumas situações, do próprio usuário e de fatores externos que afetam as relações, provocam conflitos interpessoais e influenciam na rotina de trabalho do ambulatório:

Às vezes acontecem uns contratempo mas pode ver quando alguém se agita ali (se referindo aos usuários) é porque está contra a mão. É que ele vem perdido, vem sem dia de consulta marcada aí ele quer ir para cima e ser atendido. Outras vezes o atendimento demora um

pouco, às vezes o médico se atrasa, às vezes o médico tá fazendo uma visita porque também tem paciente internado [...] (E1)

O que eu percebo, o que eu sinto nesse tempo que eu trabalho aqui é que hoje as pessoas já chegam sem paciência, tu tens que primeiro acalmar a pessoa, elas não tem noção muitas vezes nem de qual é o médico que vão consultar. Elas chegam aqui mal orientadas pela unidade de saúde que fez o encaminhamento. As pessoas já chegam mal humoradas lá de fora, acho que é pelo longo tempo que esperam pelo atendimento, alguns esperam mais de dois anos e já chegam atirando pedra. Pelos anos que eu estou aqui, vejo que este tipo de comportamento vem aumentando gradativamente. Muita coisa já vem de quem atende lá atrás (na unidade básica de saúde), muitos não tem interesse, não se colocam no lugar da pessoa. (E2)

Eu acho que a gente poderia melhorar muito, em muitas coisas. É muito difícil, do mesmo jeito que a gente não é preparada para outras coisas. Muitas vezes eles chegam aqui... Não vou dizer que a gente vai ser preparado pra ser doente, paciente, mas não sei se eles já chegam depois de aguardar muito tempo pela consulta, chegam aqui a consulta está marcada errada e pra dizer pro paciente... Eles aguardam, antes de abrir o ambulatório, eles fazem uma fila ali na frente. Quando abre o hospital às 7 horas, depois eles querem que aquela fila seja a mesma aqui só que eles mesmos se misturam aí quando chegam aqui em cima é uma briga porque "eu tava na tua frente" e por aí vai. (E4)

Não é fácil lidar com o público. Às vezes as pessoas vêm com problemas de casa, são insatisfeitas por natureza. Não é fácil, tu tens que ter jogo de cintura de certa forma. Mas, pelo que eu percebo tem muita gente que sai satisfeita daqui, sorridente, agradece... Uns, outros não, reclamam porque de repente não dá certo o que eles queriam que desse, então vem a questão da resposta com agressividade. (E5)

Às vezes tem paciente muito grosso, acontecem umas discussões ali. (E7)

Aqui existe uma demanda muito grande, atendemos o estado inteiro, muitas vezes há falta de funcionários, e a grande demanda pode atrapalhar um pouco as relações. (E8)

De acordo com Chiavenato (2006) a maneira pela qual as partes reagem ao conflito e como este é solucionado influencia as percepções, os sentimentos e os comportamentos dos envolvidos na relação além de interferir na qualidade das comunicações. As falas dos entrevistados permitem concluir que, por um lado os servidores têm a percepção prévia de que determinadas situações geram no usuário reações de agressividade e, por outro o usuário chega muitas vezes ao ambulatório

imbuído da idéia de que não será adequadamente acolhido. Esta atitude de ambas as partes é por si só um fator que dificulta as relações interpessoais.

Na percepção do entrevistado E8 os servidores do ambulatório se empenham em relacionar-se bem com os usuários e que isso é fator de motivação para o trabalho:

Eu vejo aqui que o pessoal tenta dar o melhor de si na relação com os pacientes. A gente vê isso com frequência. Muitas pessoas que estão aqui dentro do hospital realmente têm essa motivação, ganham pouco, mas se dedicam muito por essa motivação, trabalhar com as pessoas, trazer um pouco de qualidade de vida pra população carente, população que precisa de atendimento (E8)

Os entrevistados E2 e E4 têm clareza de que alguns aspectos do atendimento e relacionamento com os usuários deveriam ser melhores. Descrevem que medidas poderiam ser tomadas para melhorar a qualidade dos serviços com relação a estes fatores, mas reconhecem as limitações impostas pela falta de pessoal para atuar no setor:

Eu penso assim que próximo aos consultórios deveria ter alguém da enfermagem para receber o paciente, orientar... Tem quatro ou cinco servidores lá (no balcão) mas só um que é escriturário o resto é Auxiliar e Técnico de Enfermagem. Eu acho assim, nós estamos tirando o serviço de um colega nosso que fez concurso pra escriturário e o nosso serviço de enfermagem, fazer curativo, deixar a sala do médico arrumada para o próximo atendimento fica prejudicado, aí a parte que se refere ao relacionamento com o paciente fica desfalcada.(E2)

Eu gostaria de fazer atividade de enfermagem assim de orientação ao paciente... este tipo de atividade eu não consigo fazer, não dá tempo. Eu gostaria de fazer porque tem paciente hipertenso, diabético e os pré-operatórios que são feitos aqui... os pacientes de pneumologia também precisam de orientação com relação a cuidados pessoais, até os familiares como eles vão cuidar desse paciente... esse tipo de atividade é uma ou outra que eu faço. (E4)

Embora o atendimento humanizado seja uma premissa do SUS não existe uma política da instituição voltada à promoção da qualidade nas relações com os usuários. Este parece ser mesmo pessoal conforme relatou E3, ou seja, alguns servidores acolhem bem os usuários e outros não, embora nas falas eles

demonstrem, por algumas expressões utilizadas como *respeito, atenção, cuidado, se colocar no lugar da pessoa, ética e relacionamento humano* e, também, pelas considerações feitas por E2 e E4, que sabem como deveriam ser as relações com os usuários.

Existem fatores externos que influenciam negativamente o relacionamento dos servidores com os usuários e geram conflitos. Contudo os entrevistados atribuem esta influência ao SUS ou aos próprios usuários, ou ao perfil de alguns profissionais ou ainda à grande demanda de serviço. Não atribuem responsabilidade a gestão do hospital que poderia promover ações para melhorar ou facilitar as relações com usuários e com servidores.

No que tange à categoria Relacionamento Interpessoal com os gestores, os entrevistados informaram que a chefia imediata está presente no cotidiano dos servidores e mantém com eles um relacionamento de proximidade o que o faz ter uma boa aceitação. Já a direção e gerências administrativa e técnica foram pouco citadas, pela maioria dos participantes do estudo. A presença destes no ambulatório se manifesta, principalmente, nos documentos escritos. Quanto ao relacionamento entre os colegas de serviço, todos os entrevistados demonstraram ter uma opinião formada sobre o assunto e muitos mencionaram a existência de conflitos sendo estes considerados normais, aceitáveis e superáveis. Nas relações com os usuários por sua vez, ficou nítido o conflito descrito por Chiavenato (1999) como manifestado, isto é, claramente evidenciado pelo comportamento das pessoas.

Considerando-se que, conforme Chiavenato (2006), clima organizacional se refere ao ambiente interno das organizações a atmosfera psicológica ou ambiente humano onde as pessoas realizam seu trabalho, pode-se dizer que no ambulatório, no que tange as relações interpessoais, os servidores estão expostos a um ambiente onde os conflitos são freqüentes, mesmo estabelecendo boas relações pessoais uns com os outros durante a maior parte do tempo.

As relações interpessoais no ambulatório sofrem a influência de diversos fatores internos e externos como a ausência dos gestores; a organização do trabalho no setor; as longas jornadas de trabalho; os problemas de ordem pessoal; a forma como o próprio SUS está estruturado para atender as demandas da população e outros que contribuem para gerar conflitos e tornar o clima *desfavorável*, para esta categoria, segundo a classificação de Luz (2007).

4.2.5 Categoria segurança no trabalho (ST)

Conforme Chiavenato (1999) a segurança no trabalho está relacionada com as medidas adotadas pelas organizações para prevenir acidentes propiciando um ambiente seguro e fornecendo orientação sobre práticas preventivas e a Higiene do Trabalho trata das condições adequadas do ambiente no que diz respeito à iluminação, ventilação, ruídos, temperatura, equipamentos e outros.

Luz (2007) reforça que, por meio da variável Segurança no Trabalho, é possível conhecer a percepção dos funcionários sobre os itens de segurança no trabalho e prevenção de doenças ocupacionais e sobre as condições físicas do ambiente de trabalho.

Para esta categoria foram criadas quatro subcategorias: Utilização de EPI (ST1), Prevenção de doenças ocupacionais (ST2), Licença para tratamento de Saúde (ST3) e Ambiente (ST4). Salienta-se que a primeira e a segunda subcategorias (ST1 e ST2) contemplam as evidências coletadas por meio das entrevistas, a terceira subcategoria (ST3) teve como principal fonte de dados um relatório de recursos humanos e a quarta categoria (ST4) contempla as evidências obtidas a partir da observação livre.

ST1: Subcategoria utilização de Equipamentos de proteção Individual

De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (2001) equipamentos de proteção individual são dispositivos ou produtos que o trabalhador precisa utilizar para se proteger de riscos que ameacem sua segurança e saúde, tais como: máscaras, óculos, de segurança, luvas de segurança, protetores auditivos, vestimentas para proteção do tronco, etc. A obrigatoriedade de utilização de EPI está também contemplada na NR 32, do Ministério do Trabalho e Emprego (2008), que trata especificamente dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Os servidores entrevistados, quando questionados sobre a forma como a organização SES trata a saúde do trabalhador, neste caso, dos seus servidores, mencionaram a utilização deste tipo de equipamento.

Tem que usar os EPI. Equipamento de Proteção Individual, como máscara. Dependendo do paciente a gente usa luva e máscara. (E1)

Nós usamos os equipamentos de proteção individual. (E2)

Os profissionais que prestam assistência aos pacientes utilizam equipamentos de proteção individual. (E3)

Os servidores quando necessário, usam os EPIs (E4)

Os funcionários usam EPI para atender os pacientes (E5)

ST2: Subcategoria prevenção de doenças ocupacionais

Também são obrigações do empregador previstas pelo Ministério do Trabalho e Emprego (2008), entre outras, ofertar programa de controle médico e de saúde ocupacional. Conforme as falas dos entrevistados E1 e E5, não é desenvolvido, no hospital, nenhum trabalho que vise propiciar condições de trabalho adequadas à prevenção de doenças ocupacionais.

Pra quem trabalha com paciente são fornecidos os equipamentos de proteção, mas para os outros tipos de serviço não tem nada só se tu fores atrás a empresa não fornece nem orientação nem equipamentos mais adequados a esse tipo de serviço. (E1) (Se referindo a prevenção de doenças ocupacionais).

Não, para prevenção de doenças ocupacionais não há nada, só para área da enfermagem (E5)

O entrevistado E1 completa sua fala dizendo que não é feito um trabalho de prevenção as doenças.

Tem que fazer prevenção, hoje já existe cartilha onde o pessoal vai buscar informação. Mas ainda não se está vendo a situação de quem digita... Porque aqui na verdade se trata a doença e não as formas de evitar ficar doente. Prevenção não se faz ou bem pouco se faz. (E1)

Um dos entrevistados referiu-se ao transporte de pacientes que, apesar de atualmente contar com macas mais modernas e adequadas, ainda apresenta dificuldades dependendo do local onde o transporte é realizado.

É obrigação do empregador estabelecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego (2008) os procedimentos adequados de transporte e movimentação de pacientes que, de acordo com o relato de E7, são cumpridos pela SES no que se

refere às macas embora os locais onde o transporte é feito nem sempre seja de fácil acesso o que vem em prejuízo da saúde dos responsáveis por realizá-lo.

Os entrevistados E2 e E7 referem que estão acontecendo muitos problemas de coluna:

O que está acontecendo hoje é que tem muita gente de mais idade, quarenta ou cinquenta anos entrando para trabalhar na enfermagem, aí eles não pegam o paciente da maneira adequada, ou pegam sozinhos, talvez não são bem orientados, e está acontecendo muito problema de coluna. (E2)

Não, não é feito nenhum trabalho para prevenção de problemas de saúde. Mas dá pra encarar, embora às vezes fique pesado, principalmente nos prédios, quando a gente leva paciente onde não tem elevador e precisamos subir as escadas com maca. As licenças de saúde são por problemas de coluna direto. (E7)

A incidência de problemas de coluna entre os trabalhadores da área da saúde foi apontada por Malik (1998) como uma das causas de afastamento destes profissionais do serviço.

O entrevistado E4 relata um trabalho que foi realizado no hospital por fisioterapeutas, visando a prevenção de problemas de coluna com os servidores do Centro de Material e porque o mesmo não foi mantido:

No que se refere à fisioterapia é mais difícil, a gente tinha 03 meninas fazendo este trabalho no Centro de Material porque tinha muito problema de coluna, o pessoal pega muito peso, caixas pesadas. Elas iam pra lá todos os dias de manhã fazer exercício com eles antes de começar o trabalho. Eles estavam gostando, até esperavam a musiquinha, aí era médico berrando na porta “vamos começar”, sabe é bem complicado. Eu citei médico, mas não é só médico não, é todo mundo. (E4)

A fala do entrevistado E3 refere-se à inexistência de um trabalho de prevenção às doenças voltado aos telefonistas do hospital e outros profissionais expostos a um ambiente ruidoso.

Teria que pelo menos o telefonista passar pelo otorrinolaringologista e pelo fonoaudiólogo duas vezes ao ano. Teria que ter alguém que controlasse isso, mas para o servidor não existe nenhum trabalho de prevenção nesse sentido e não é só com telefonista, mas também

com profissionais de ambientes ruidosos como na esterilização e o pessoal das máquinas onde há muito ruído, eles reclamam muito. Eles não têm proteção de ouvido porque eles não querem ou não tem orientação. Não existe um trabalho assim. (E3)

E3 demonstra os riscos à saúde aos quais, mesmo os trabalhadores que não atuam na assistência aos pacientes encontram-se expostos em um hospital. Sua fala está de acordo com o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (2001) quando colocam os ruídos e outros fatores no grupo de agentes físicos que podem afetar a saúde dos trabalhadores.

O mesmo entrevistado referiu-se em seu relato à biossegurança como uma forma de detectar casos de servidores com problemas causados pelo excesso de ruídos o que evidencia que são tomadas medidas apenas depois do problema estar instalado:

[...] apenas um caso ou outro de funcionário encaminhado pela biossegurança, mas não existe um trabalho de rotina. (E3)

Os entrevistados E1, E4 e E8 esclarecem aspectos relacionados à biossegurança no âmbito do hospital:

A equipe de biossegurança são pessoas eleitas pelos funcionários e pessoal escolhido pela empresa, eles se reúnem e discutem algumas coisas, alguns cuidados, algumas formas de atuação, como algumas formas de atuação na lavanderia, na nutrição, alguns setores pra traçar o mapa de risco pra tentar se trabalhar com esse pessoal e aí se faz também o periódico. Se chama nutrição pra fazer periódico, se chama a lavanderia que é o pessoal de uma camada mais pobre, pra fazer o periódico...Como esses setores precisam do atestado de saúde então são chamados para fazer os exames, mas está aberto, se tu sabes que o teu colega está doente tu podes ir ali, comunicar e eles chamam a pessoa para fazer uma consulta. Até que eles são bem atuantes. (E1)

Acho que faz uns cinco anos que a gente tem a biossegurança. A biossegurança cuida do que está relacionado com a saúde ocupacional do funcionário, a prevenção. Eles fazem agendamento de exames, por exemplo, o setor raio X, tem que ter controle de leucócitos, eles programam um mês, fazem o agendamento dos funcionários para consulta e realização de exames de sangue. Ano passado nós fizemos a semana da mulher, quando chegou na parte da ginecologia, como aqui não tem, nós conseguimos junto a maternidade, a mamografia, quando era necessário, já os exames de

Papa Nicolau todos eles eram feitos. O atendimento odontológico para servidores também faz parte das atividades da biossegurança. (E4)

Na verdade existe uma comissão de biossegurança da qual eu não faço parte. (E8)

A visão da biossegurança apresentada por E4, diferentemente das colocações de E3, demonstram a existência de algumas ações voltadas à prevenção das doenças ocupacionais, pelo menos, conforme os exemplos citados pelos entrevistados, para trabalhadores de alguns setores do hospital.

As medidas adotadas pela Comissão de Biossegurança do hospital estão em consonância com Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2008) ao referirem que a biossegurança elabora protocolos de cuidados especiais para trabalhadores em situação de maior risco como os que atuam em laboratório, setor de radiologia, enfermagem e outros. Os autores enfatizam que o não cumprimento das normas de biossegurança pode acarretar problemas individuais e coletivos.

Embora o hospital mantenha uma Comissão de Biossegurança atuante, de acordo com as falas dos entrevistados, a maioria das ações são pontuais, voltadas aos setores onde a exposição do servidor à situação de risco pode ter conseqüências mais imediatas e até irreversíveis e nos setores onde o atestado de saúde é uma necessidade. Não são adotadas medidas de prevenção à doenças ocupacionais em relação aos serviços administrativos ou, como relatou E3, para os servidores expostos a um ambiente ruidoso, ou ainda, para aqueles que carregam peso diariamente.

ST 3: Subcategoria ambiente/condições ambientais de trabalho

Clima organizacional se refere ao ambiente humano onde as pessoas exercem suas atividades profissionais, e que por elas pode apenas ser percebido. Por outro lado, embora o clima seja intangível, a influência dele sobre os trabalhadores se manifesta de forma concreta, o adoecimento é uma delas (CHIAVENATO, 2006).

Conforme os autores Chiavenato (2006) e Silva et al. (2009) existem diversos fatores relativos à organização do trabalho que podem acarretar sofrimento aos trabalhadores, entre eles a temperatura, a ventilação, as longas jornadas com

poucas pausas e o ritmo das atividades. Os participantes deste estudo por meio das respostas dadas nas entrevistas forneceram diversas informações sobre seu local de trabalho e muitos dos fatores relacionados já foram abordados anteriormente, pois por si só influenciam fortemente o clima organizacional. Gondim e Siqueira (2008) tratam das condições ambientais de trabalho como um conjunto de fatores que circundam uma pessoa durante a realização de suas atividades (iluminação, ruído, horário de trabalho, intervalos, estilo de liderança entre outros).

A seguir serão apresentadas informações sobre o ambiente do ambulatório coletadas a partir da observação livre.

A sala da Coordenação do Ambulatório é pequena, mas é utilizada tanto para o serviço como para a pausa dos servidores para o lanche. Há três mesas pequenas com cadeira, um computador, um mural com fotografias (inclusive de um time de futebol formado pelos servidores), em outra parede um cartaz informando os aniversariantes do mês, vários porta retratos sobre uma das mesas (contém fotos de família) e duas flâmulas de times de futebol, tem ainda na sala uma geladeira pequena, uma cafeteira, uma TV e ar condicionado. (Observação em 12/05/2009)

A TV está ligada e dois servidores estão assistindo (são maqueiros que permanecem no local quando não estão transportando pacientes). Nesse dia tem grande movimento de entra e sai de servidores na sala, pois está acontecendo a vacinação dos servidores contra gripe na sala. (Observação em 21/05/2009)

Os registros de observação apresentados acima referem-se à sala de coordenação do ambulatório onde, como é possível perceber, varias atividades acontecem ao mesmo tempo (tanto de serviço como de pausa) o que dá a entender que o local foi escolhido pelos servidores para aliviar o estresse das atividades cotidianas. Pode não ser o espaço mais adequado para isso, mas garante alguma privacidade. A utilização da sala para realizar o lanche deve-se ao fato do ritmo das atividades não permitir o afastamento dos trabalhadores do local.

A TV no balcão de atendimento está ligada e passa uma novela vespertina, os usuários não podem ouvir devido o barulho de vozes conversando. Afixado na prateleira onde fica a televisão há um aviso informando que "todas as internações deverão ser feitas com a guia de AIH autorizada pelo município". Um grupo de 05 estagiárias de um curso universitário chega ao local com o professor supervisor que dá orientações às alunas próximo ao balcão de atendimento. (Observação em 26/05/2009)

Não há ar condicionado na sala de espera apenas três ventiladores (empoeirados) posicionados no alto das paredes, as janelas são do tipo basculante e estão localizadas próximas ao teto. Faz muito calor, mas os ventiladores estão desligados. A ventilação no local é péssima. (Observação em 28/05/2009)

Os registros de observação dos dias 26 e 28 de maio descrevem um momento de muito movimento na grande sala de espera do ambulatório. Temperatura, ventilação e ritmo das atividades são aspectos do ambiente, mencionados anteriormente, que foram evidenciados pela observação, nota-se, contudo, que os mesmos, na forma como se apresentam, podem não contribuir positivamente para uma ambiente que promova qualidade de vida no trabalho.

ST 3: Subcategoria licença para tratamento de saúde (LTS)

Segundo Cunha e Lucca (2009) as licenças para tratamento de saúde dos servidores da SES no ano de 2007 tiveram como principal causa os transtornos mentais e comportamentais responsáveis por 21% dos afastamentos e as doenças do sistema osteomolecular e do tecido conjuntivo, em segundo lugar, foram causa de 20% dos afastamentos. Conforme as autoras, no período de 2004 a 2007 a taxa de afastamento de servidores da SES por LTS sofreu um aumento de 20% e a SES, no ano de 2007, registrou o maior índice de absenteísmo-doença em relação as demais secretarias de estado com 7,4% desta modalidade de afastamento (6,3 % dos servidores afastados naquele ano eram da Secretaria de Educação e 3,6 % da Secretaria de Segurança Pública). Quanto ao Hospital onde foi realizado este estudo, o índice de servidores em LTS no ano de 2007, em relação a todos os servidores das unidades que a SES administra que estiveram em Licença para Tratamento de Saúde naquele ano, foi de 13% (segundo maior índice). O primeiro lugar coube a outro hospital da SES com 15% dos servidores afastados.

SERVIDOR	QUANTIDADE DE ATESTADOS DE SAÚDE POR Nº. DE DIAS DE AFASTAMENTO NO PERÍODO DE MAIO DE 2008 A MAIO DE 2009															Total de dias de afastamento por servidor
	01 dia	02 dias	03 dias	05 dias	06 dias	07 dias	10 dias	12 dias	15 dias	20 dias	30 dias	35 dias	45 dias	60 dias	90 dias	
A	01	01	-	01	01	-	01	-	-	-	01	01	01	-	-	128 dias
B	-	03	-	-	-	-	-	-	04	-	02	-	-	-	01	216 dias
C	06	01	02	-	-	-	-	-	01	-	03	-	-	-	-	119 dias
D	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	61 dias
E	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	127 dias
F	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04 dias
G	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	31 dias
H	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	45 dias
I	03	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	09 dias
J	01	-	-	-	-	-	01	01	-	01	01	-	-	-	-	73 dias
L	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01 dia
M	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04 dias
N	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	01	-	-	107 dias

Quadro 6: Licença para Tratamento de Saúde
Fonte: relatório de recursos humanos (2009).

Conforme o quadro número 6, 13 (56,5%) dos servidores do ambulatório apresentaram atestado e/ou Licença para Tratamento de Saúde pelo menos por um dia no período de maio/2008 a maio/2009; destes, quatro (17,3 %) ficaram afastados do serviço pelo período de 31 a 73 dias e cinco (21,7 %) servidores estiveram afastados do serviço por mais de cem dias no período de um ano.

Entre os servidores que estiveram em LTS, seis estão readaptados no ambulatório. A principal causa dos afastamentos para tratamento de saúde superior a 30 dias é a depressão (três servidores) seguida dos problemas de coluna (um servidor), tumor de tireóide (um servidor), cirurgia (um servidor), problemas cardíacos (um servidor), outras (dois servidores).

Os dados do relatório estão de acordo com os apresentados por Cunha e Lucca (2007), explicitados pelo servidor E4 com a seguinte fala:

[...] mas o emocional ainda não é atendido aqui e eu acho que é o que mais precisa no momento. Se for avaliar os atestados médicos, pelo o que eu vejo é o que mais precisa é essa parte emocional. (E4)

A categoria Segurança no Trabalho, de acordo com os relatos dos entrevistados, com as observações realizadas no local e o relatório de recursos humanos sobre as LTS aponta para uma realidade evidenciada por Campos (2005) ao referir que os profissionais de saúde são submetidos a muito estresse por manterem contato direto com o sofrimento e a doença, o que também os torna vulneráveis a doença e os faz precisar, tanto quanto os usuários, de apoio e suporte. No âmbito do Sistema Único de Saúde, Arias et al (2006) referem que a qualidade de vida no trabalho tem sido objeto de análise em virtude de seu comprometimento por fatores estressantes relacionados às funções cotidianas e ao ambiente onde se desenvolvem.

Campos (2005) aponta outras situações referentes à saúde do trabalhador da área da saúde, identificadas no ambulatório: as condições de trabalho geralmente não são adequadas para os profissionais e mesmo havendo preocupação com seu bem estar geral, as soluções ainda seguem um modelo tradicional de tratamento e não de prevenção das doenças ou de promoção da saúde.

O Plano de Carreira e Vencimentos dos servidores da SES no Art. 97 define:

Compete à Secretaria de Estado da Saúde garantir a todo servidor que estiver afastado por motivo de acidente de trabalho, o transporte para a realização de sessões de fisioterapia e consulta médicas, mediante comprovação de dificuldades de locomoção, nos termos de regulamentação do chefe do Poder Executivo (SANTA CATARINA, 2006, p. 24).

Não consta do PCV parágrafo que vise garantir qualidade no ambiente de trabalho ou a adoção de medidas de prevenção às doenças ocupacionais. Como o hospital também não desenvolve ações de prevenção a doenças ocupacionais que abranjam todas as competências profissionais, o clima organizacional para esta categoria se configura como *prejudicado*, de acordo com a definição de Luz (2007).

4.2.6 Categoria remuneração (RM)

A remuneração, de acordo com Fortuna (2004), consiste em um conjunto de vantagens que um trabalhador recebe em troca da prestação de um serviço. Bergue (2005) refere que remuneração representa o somatório do salário, adicionais, gratificações e outros e, que na administração pública sua definição deve obedecer aos critérios constitucionais, ou seja, a natureza, o grau de responsabilidade, a complexidade e peculiaridades do cargo e os requisitos para a investidura.

A remuneração dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde, prevista na Lei Complementar nº. 323 de 2006, contempla o vencimento e, quando for o caso, adicional de pós-graduação, penosidade, insalubridade e risco de vida, gratificação de hora-plantão, indenização de sobreaviso e gratificação de função e como benefício auxílio alimentação e vale transporte (SANTA CATARINA, 2006).

A variável organizacional remuneração como categoria utilizada neste estudo, visando conhecer a percepção dos servidores sobre o assunto, contemplou as seguintes subcategorias: Satisfação com o salário (RM1), Satisfação com o PCV (RM2) e Satisfação com os Benefícios (RM 3).

RM1: Subcategoria satisfação com o salário

Conforme foi colocado anteriormente, segundo Luz (2007), **salário** é um aspecto muito importante a ser considerada em uma pesquisa de clima organizacional haja vista, sua forte influência sobre o nível de satisfação dos funcionários, revelada pelas falas dos participantes dessa pesquisa.

Na opinião dos entrevistados E1 e E4 o salário é melhor do que os praticado no mercado.

Poderia ser melhor (o salário), mas também assim não é dos males que tem por aí. (E1)

[...] apesar que em outros locais o salário não está melhor do que aqui (E4)

O entrevistado E2 corrobora com a percepção de E1 e E4 na comparação dos salários com outros locais, mas acrescenta que isso se deve ao pagamento de hora-plantão:

Se a gente comparar lá fora, a gente está bem, mas se o governo tirar a hora plantão a gente vai pro fundo do poço. (E2)

Os entrevistados E3, E4, E5, E6 e E8 demonstram claramente sua insatisfação com os salários percebidos:

A remuneração é pequena, é aquém do nosso merecimento profissional. O salário estadual é realmente baixo. (E3)

Olha, eu vou te dizer que eu merecia mais. Mas não é por isso que eu vou mudar, eu já fiquei até agora ... Eu acho que se eu pensasse no salário mesmo eu já teria(E4)

[...] o salário é muito baixo. (E5)

Eu estou meio insatisfeita é com o salário porque tanto tempo sem receber aumento não é brincadeira. (E6)

E agora, dizer o que? Na realidade poderia, deveria ser muito melhor. (E8)

As entrevistas demonstraram que, sete dos oito servidores entrevistados,, realizam hora-plantão. As falas dos entrevistados E2, E5, E6 e E7 evidenciam a importância dessa gratificação como fator de melhoria salarial:

O que nos dá ânimo para trabalhar ainda é a hora plantão. (E2)

*Hoje, eu não sei se pela minha idade, eu gostaria de trabalhar menos horas. Eu tão cedo não vou pensar em me aposentar, mas se eu pudesse trabalhar só as seis horas acho até que eu iria produzir mais, trabalharia com mais satisfação mas infelizmente as minhas condições não permitem por isso eu **tenho** que fazer, não que eu **queira** fazer hora-plantão. A hora- plantão é pra suprir as minhas necessidades. Essas sessenta horas fazem muita diferença no meu salário. Deus me livre se não tivesse essas horas, eu não teria nem condições de sobreviver. (E5)*

Ano que vem me aposento com 33 anos de casa, é chão, e eu não chego a me aposentar com R\$ 2.200,00 reais, isso que dizem que a

gente leva a hora-plantão. Tomara, porque sem hora plantão é um salário de fome. (E6)

O salário podia ser melhor. Podia ser bem melhor. Com certeza, porque se o nosso salário fosse melhor a gente não precisaria fazer hora-plantão. (E7)

A gratificação de hora-plantão deve ser admitida por imperiosa necessidade de serviço e fechamentos de escala ou turnos de trabalho (SANTA CATARINA, 2006), contudo na realidade do serviço ela significa muito mais do que prevê a legislação. A hora-plantão, conforme os relatos dos entrevistados, representa para os servidores do ambulatório o diferencial entre uma remuneração ruim e uma remuneração que permita uma qualidade de vida melhor.

RM2: Subcategoria satisfação com o PCV

Conforme o Ministério da Saúde (2005) a elaboração de planos de carreira para trabalhadores da área da saúde é uma estratégia voltada para a melhoria das relações na gestão do trabalho e, sua implantação se constitui em fator fundamental, não somente para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, mas principalmente para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Para Bergue (2005), ao ser traçado um plano de cargos para a área pública é necessário se ter clareza sobre dois aspectos inerentes ao setor: as pessoas constituem o principal ativo da organização e as atividades do setor público são intensivas na utilização de recursos humanos. A partir dessas premissas espera-se que o perfil do servidor público contemple os seguintes atributos: capacidade de aprendizagem contínua, flexibilidade e condições de atuar em equipes de trabalho.

O Plano de Carreira e Vencimento para os servidores lotados na Secretaria de Estado da Saúde foi elaborado na perspectiva apresentada pelo autor, visando a melhoria na prestação dos serviços de saúde por intermédio da valorização dos servidores (SANTA CATARINA, 2006). Para tanto estabelece, entre outras, as seguintes diretrizes:

- Adoção de carreira com possibilidade de crescimento profissional fundamentado na busca de maiores níveis de qualificação profissional;
- Valorização dos servidores que buscam constante aprimoramento profissional voltado à aplicação no cotidiano das atividades de saúde;

- Valorização pela definição de objetivos, com a criação de indicadores e a avaliação de resultados, permitindo o compartilhamento de responsabilidades, a formação de equipes multiprofissionais e a organização por programas e ações.

O referido Plano de Carreira e Vencimentos conta com 104 artigos e trata do quadro de pessoal; das progressões por tempo de serviço e por desempenho profissional; da remuneração; da jornada de trabalho; dos deveres do servidor, etc.

Tendo em vista a importância do PCV no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde procurou-se evidenciar a percepção dos servidores do ambulatório sobre o assunto. Conforme relatos dos entrevistados E1, E3, E4 e E5, não houve mudanças perceptíveis após a instituição do plano:

Não saiu do papel. Só saiu os deveres, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo. Monetariamente, muito pouca coisa. Acho que a gente esperou muito e não aconteceu. A remuneração em si está igual pra todo mundo. Pra quem entrar hoje ou entrou há vinte anos atrás não tem muita diferença. Tem umas diferenças? Tem, mas é aquele pessoal que foi buscar curso mas também não é grande coisa, R\$10 reais, R\$100 reais a mais. Por enquanto não tem uma diferença significativa entre o pessoal mais velho e quem está entrando agora. (E1)

As mudanças previstas não alteram muita coisa do que temos hoje, é pouco também. Eu vou me aposentar com uma miséria. A gente se aposenta com um valor baixo e a gente sabe que depois de aposentada não tem mais os mesmos direitos de aumento que um ativo tem, os aumentos do aposentado são diferenciados. O plano é necessário para se ter um parâmetro de direitos, mas o índice é muito pequeno. Eles podiam rever isto aí, mas acho que até lá eu já estou aposentada (E3).

De maneira geral não vi grandes ganhos assim. Não vi melhorias que valessem à pena. (E4)

A gente até então estava toda empolgada na época, inclusive andou se cogitando viesse a ter um curso superior isso iria te beneficiar de alguma maneira, foi onde eu providencie pra poder fazer. Quando eu fiquei sabendo que não é nada disso foi onde eu desisti. Quer dizer a teoria é uma coisa e a prática outra. A capacitação dá uma progressão funcional muito pequena, é irrisória. Pelos anos de serviço, a gente é polivalente, trabalha a tantos anos numa área que é insalubre e não vejo perspectiva nenhuma da diminuição da tua carga horária ou dos teus anos de trabalho pra aposentadoria. Tu não vê nada disso. Às vezes desestimula um pouco.(E5)

A fala de E5 sugere que o único motivo de buscar uma formação de nível superior seria a possibilidade de receber melhor salário, não considera a

oportunidade de adquirir novos conhecimentos, ou até mesmo conseguir um emprego melhor.

Na teoria é muito fácil, mas eu quero ver é na prática e na prática até agora a gente não viu nada. Não teve melhoria nenhuma, não teve nada. Eles pedem documentação, pedem teus cursos, pedem isso pedem aquilo, tu com o nível "X" ia ganhar "X"... não aconteceu nada, continua a mesma coisa. (E6)

Evidencia-se pelas falas dos entrevistados que suas expectativas em relação ao PCV foram frustradas. Embora o plano enfatize a valorização dos servidores, até como estratégia para melhorar a qualidade dos serviços prestados à população, eles não se sentem valorizados, pelo contrário, alguns estão próximos da aposentadoria e temem pela perda de benefícios concedidos apenas aos servidores ativos.

RM3: Subcategoria satisfação com os benefícios

Benefícios conforme os autores Souza et al. (2005) e Wood Junior e Picarelli Filho (2007) constituem uma forma indireta de salário, são concedidos a todos os trabalhadores da organização independentemente do seu desempenho e visam propiciar melhor qualidade de vida a eles.

Os servidores E1, E3 e E7 referem-se ao vale alimentação e vale transporte:

Os benefícios como vale alimentação ou vale transporte, já estão incluídos no salário. Vale transporte eu até nem pego porque acabo vindo de carro. (E1)

O Vale Alimentação está abaixo do valor que eu gasto lá fora porque desde que foi criado nunca aumentou então hoje ele cobre mais ou menos a metade dos gastos com almoço (E3).

Esse Vale Alimentação podia ser melhor o valor atual de 6,00 reais por dia está muito baixo.(E7)

O vale alimentação da SES corresponde a R\$ 6,00 por dia, o valor total mensal varia, pois depende do número de dias trabalhados, ou seja, nas férias e licenças os servidores perdem este benefício. Mesmo assim conta como salário e

todos os servidores têm direito embora muitos almochem e façam o lanche no hospital conforme ficou evidenciado nas falas de E1, E2, E6 e E7:

Almoço aqui. Tem café também só que eu não tomo café lá em baixo a gente toma café aqui em cima. (E1)

O almoço nós fazemos no refeitório do hospital. (E2)

Eu almoço e faço lanche aqui. Tem dia que o almoço está bom, tem dia que está ruim, porque foi privatizado. Antes de ser privatizado era bem melhor, não tinha tanta reclamação como tem agora. Outro dia a gente comentou, o governo dá o vale refeição em dinheiro no contracheque, então que ele desse o vale refeição pra gente comer onde quisesse pelo menos tu comias o que querias e não ficava sujeito a isso aí. (E6)

A gente vai almoçar e volta. (E7) (se referindo ao almoço no hospital)

O valor do vale refeição compõe o contracheque e mesmo os servidores que almoçam no hospital o recebem mensalmente.

Os entrevistados E3, E4, E7 e E8 percebem a existência de outros benefícios, alguns inerentes ao serviço público como a estabilidade e as licenças prêmio, que contribuem para que os servidores se mantenham atuando no setor:

O que compensa um pouco são os benefícios que nós temos direito como a Licença Prêmio a cada cinco anos. (E3)

A Licença Prêmio é bom. (E7)

Nós criamos esse serviço vendo uma necessidade que muitos funcionários têm de não precisar se deslocar para outros lugares no horário de trabalho ...às vezes intercorrências de caráter odontológico que afastavam o funcionário do serviço. (E4) (Se referindo ao atendimento odontológico oferecido aos servidores)

Na verdade são os benefícios que te asseguram ser funcionário público. Questão de estabilidade, questão de aposentadoria, isso ainda prende muito, Licença Prêmio, não trabalhar aos sábados quem não atua em hospital ou na assistência ...é mais uma questão de segurança de saber que no final do mês teu salário vai estar lá na conta que daqui a três anos teu salário vai continuar estando na tua conta, mesmo que não tenha aumento. A estabilidade segura muita gente, ainda prende e atrai as pessoas para o serviço público. (E8)

De acordo com Bergue (2005), a estabilidade é uma garantida constitucional outorgada aos servidores público desde que aprovados no estágio probatório e

constitui a principal característica dos cargos públicos. Além disso, no que tange à área da saúde, os profissionais contam com outro direito constitucional que consiste em elemento de significativa relevância: a possibilidade de acumular dois cargos ou empregos privativos de profissões regulamentadas da área da saúde.

São consideradas profissões da Saúde segundo Resolução nº 287 de 8/10/1998 do Conselho Nacional de Saúde: Assistência Social, Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 7-8).

Percebe-se que as falas dos entrevistados não são uniformes, embora para algumas categorias haja muitos aspectos comuns. Alguns servidores não percebem que, apesar de muitas dificuldades, o serviço lhes proporciona benefícios como a estabilidade, as licenças prêmio e as refeições realizadas no próprio hospital. A maioria dos entrevistados não tem noção do contexto maior do qual fazem parte na condição de trabalhadores da área da saúde, ou seja, o hospital, a Secretaria de Estado da Saúde e o Sistema Único de Saúde. Difere neste aspecto o entrevistado E3 pela noção de trabalho em equipe e do seu trabalho no contexto mais amplo.

Tendo em vista a importância da variável remuneração sobre o clima organizacional e que o nível salarial, de acordo com os relatos dos servidores está baixo, fato que os leva a manter dois vínculos empregatícios ou se submeterem à realização de horas plantão, ficando, nos dois casos, expostos a um ambiente insalubre por uma carga horária mínima de nove horas diárias, considera-se o clima organizacional para esta variável *desfavorável*, segundo a definição de Luz (2007).

A seguir, apresenta-se um quadro com as informações gerais constantes em todas as categorias, bem como, a definição do clima para cada uma delas.

Categoria	Aspectos evidenciados	Classificação do clima
Trabalho Realizado	<ul style="list-style-type: none"> - Fragmentado; - Falta de pessoal para atender a demanda de serviço resultando em sobrecarga; - Profissionais desviados da assistência ao usuário para realizar atividades administrativas; - Falta de critérios para valorização dos servidores; - Desvinculação entre as políticas de gestão do trabalho e a realidade evidenciada no ambulatório; - Inexistência de trabalho em equipe; - Servidores sentem satisfação pessoal quanto ao trabalho que realizam e reconhecem sua importância perante o hospital como um todo. 	desfavorável
Programas de Capacitação	<ul style="list-style-type: none"> - O hospital oferece cursos de capacitação; - Foco dos cursos está na área de enfermagem; - Não há clareza na divulgação dos eventos; - Cursos não estão vinculados à política de EP ou Política de Capacitação do governo estadual; - O horário em que acontecem as capacitações e o excesso de serviço dificulta a participação dos servidores; - Eventos não abrangem todas as competências profissionais. 	prejudicado
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Distanciamento da direção e Gerência Técnica em relação ao ambulatório; - Insatisfação dos servidores em relação à gestão do hospital como um todo; - Processo de comunicação falho e unilateral. 	desfavorável
Relacionamento Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Bom relacionamento com a coordenação do ambulatório (chefia imediata); - Ocorrência de conflitos entre colegas de serviço e entre servidores e usuários; - Pouco contato com a direção do hospital e gerência técnica. 	desfavorável
Segurança no Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de uma comissão de biossegurança - Ações voltadas à prevenção de doenças ocupacionais são realizadas, mas não contemplam todas as competências profissionais; - Ambiente sem ventilação e climatização adequada; - Excesso de licenças para tratamento de saúde. 	prejudicado
Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> - Insatisfação com os salários; - Hora-plantão como forma de melhorar os salários; - Expectativas frustradas em relação ao PCV. 	desfavorável

Quadro 7: Quadro resumo da categorização

Fonte: categorização

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos propostos para este estudo foram atendidos na medida em que foi possível identificar o clima organizacional no ambulatório por meio das estratégias de coleta de dados e das variáveis selecionadas a priori e, também em que se pode verificar que na realidade os aspectos abordados (trabalho realizado, programas de capacitação, gestão, relacionamento interpessoal, segurança no trabalho e remuneração) estão intimamente relacionados e exercem, em maior ou menor grau, influência no cotidiano dos trabalhadores.

A rotatividade de pessoal e o absenteísmo por motivos não justificados são baixos e as pichações em banheiros, inexistentes. Portanto, se tomados como únicos indicadores de clima organizacional apontariam, caso o estudo não lançasse mão de outras estratégias, para um clima possivelmente bom, de acordo com a classificação de Luz (2007). Diferentemente dos quadros murais que demonstraram certa desorganização contemplando, em um mesmo espaço, um excesso e mistura de informações, algumas de interesse exclusivo dos servidores com outras destinadas aos usuários e, ainda, a presença de cartazes de propaganda.

Verificou-se também, pelos dados documentais, um número elevado de afastamento de servidores do trabalho por motivo de doença sendo que as suas principais causas estão de acordo com as descritas na literatura. Esta informação, além de ser preocupante, forneceu os primeiros indícios sobre o clima organizacional no ambulatório como provavelmente *prejudicado* ou *desfavorável* (Luz, 2007) o que veio a se confirmar posteriormente pelos relatos dos entrevistados.

A Constituição Federal trata a saúde como um direito de todos e um dever do estado. O Sistema Único de Saúde é regido pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade e sua atuação se dá nas esferas dos governos federal, estaduais e municipais. Orientado por estes princípios, o SUS contempla políticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores e de gestão e regulação do trabalho, pois entende que os recursos humanos são fundamentais e estratégicos para o bom desempenho das ações em saúde. Também em nível estadual existem políticas com este fim, como a de capacitação dos servidores públicos estaduais, que objetiva qualificá-los para melhorar os serviços prestados a população e,

especificamente no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde o Plano de Carreira e Vencimentos.

Enfim, o que há em comum entre as políticas federal, estadual e específica da Secretaria de Estado da Saúde? Parece ser consenso que mudanças e melhorias na administração pública, especialmente na área da saúde, que tem grande visibilidade perante a população, passam necessariamente pela atuação dos servidores públicos e todo arcabouço mencionado acima prevê sua valorização.

O estudo de caso ora apresentado ao identificar o clima organizacional no ambulatório de um hospital público estadual evidenciou como os trabalhadores daquele local estão posicionados frente ao hospital como um todo, a SES, as políticas estaduais e do SUS. É claro que todas as instâncias mencionadas exercem influência sobre a satisfação dos servidores, principalmente porque muitos aspectos previstos nas políticas não estão presentes em seu dia-a-dia de trabalho.

O clima organizacional no ambulatório na época da realização do estudo, conforme foi constatado, estava configurado como *prejudicado* para as variáveis **Programas de Capacitação e Segurança no Trabalho** e *desfavorável* para as variáveis: **Trabalho Realizado, Gestão, Relacionamento Interpessoal e Remuneração**. De acordo com Luz (2007), tanto um como outro tipo de clima são desfavoráveis para os objetivos das organizações e de seus trabalhadores.

Em se tratando do ambulatório pode-se dizer que o clima evidenciado, por um lado é um fator que dificulta a efetivação do que está posto nas políticas mencionadas, mas por outro, a não aplicação na prática dos princípios e diretrizes das políticas, influencia fortemente a manutenção de um clima organizacional negativo aos objetivos institucionais.

Mediante o exposto algumas considerações se fazem necessárias:

- Embora o SUS preconize a integralidade das ações, o que pressupõe que promoção, proteção e recuperação da saúde devam receber igual atenção, a assistência prestada no ambulatório parece ter menor valor frente aos outros serviços do hospital. Esta situação fica bem evidenciada por fatos como o grande número de servidores readaptados, o elevado número de servidores com muito tempo de serviço, o fato do setor não receber servidores novos, o absenteísmo por motivo de doença e o desinteresse dos gestores demonstrado pelas falas dos entrevistados,

entre elas, a de E4 quando refere que “se é um serviço oferecido pelo hospital, deveria ser bem oferecido”;

- Não bastasse a realidade interna que permeia o mundo do trabalho dos servidores do ambulatório, os fatores externos como usuários insatisfeitos por esperarem atendimento médico às vezes por mais de um ano, faz com que os trabalhadores desacreditam do Sistema Único de Saúde quando são justamente eles os sujeitos capazes de fazer com que as propostas do SUS se concretizem na prática. Da mesma forma, tendo em vista que o PCV não produziu efeitos positivos, principalmente no que se refere ao nível salarial, eles se frustraram com o plano;
- As capacitações ou o desenvolvimento de RH acontecem de forma descontextualizada e independentemente do que está posto como política, seja na instância federal ou na instância estadual. A educação no âmbito do hospital está voltada às necessidades específicas do serviço, não leva em consideração os objetivos institucionais ou a melhoria da qualidade no atendimento, transformação das práticas, valorização dos servidores, qualidade, etc. Também ficou claro que não existe relação entre os eventos que são realizados no hospital com a área de EP existente na estrutura da SES ou com a Política de Educação Permanente proposta pelo governo federal;
- Verificou-se uma incidência de adoecimento de servidores que os mantêm afastados do serviço por períodos bastante longos, contudo nenhuma ação voltada à prevenção de doenças ocupacionais ou de melhoria do ambiente de trabalho é promovida de forma institucionalizada sob orientação da área de recursos humanos da SES. As ações com este fim são realizadas internamente pelo hospital, com os recursos que possuem ou conseguem com outras unidades hospitalares sem interferência da administração central da Secretaria de Estado da Saúde. O próprio PCV não trata do assunto, somente admite que o servidor afastado por acidente de trabalho tenha garantido transporte para fisioterapia e consulta médica, mediante comprovação de impossibilidade de locomoção, ou seja, trata de minimizar as consequências de um problema instalado;

- A comunicação é insipiente, unilateral e marcada pelo formalismo dos papéis, não promove a aproximação e o diálogo, pelo contrário, mantém o distanciamento entre alguns níveis da gestão e os servidores do ambulatório.

O ambulatório representa apenas uma pequena amostra de uma realidade a qual alguns servidores da Secretaria de Estado da Saúde estão expostos diariamente, entretanto esta poderia ser modificada caso fosse cumprido o que consta do Plano Estadual de Saúde para o período 2007-2010:

A gestão de recursos humanos perpassa, prioritariamente pelo perfil do gestor, que no cenário atual deve ser um desencadeador de processos e desenvolvimento de competências de sua equipe, pois especialmente na área da saúde a forma como são tratadas as pessoas tende a refletir na qualidade do serviço prestado ao usuário e na produtividade dos trabalhadores (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2007, p. 100).

O mesmo plano ressalta mais adiante que a Diretoria de Desenvolvimento Humano, atualmente de Educação Permanente em Saúde, é responsável pela proposição e formulação de políticas que visem a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, considerando-se um dos aspectos relacionados ao desenvolvimento, ações que possibilitem a satisfação com o trabalho. Para dar conta do que está preconizado no Plano, foram priorizados alguns eixos temáticos, sendo um deles as *Políticas de Gestão do Trabalho no SUS*.

Este estudo evidenciou algumas dificuldades enfrentadas pelos servidores do ambulatório, muitas vezes eles sequer se dão conta delas. Já faz parte do seu cotidiano realizar horas plantão para receber um salário melhor ou enfrentar conflitos mediante usuários insatisfeitos.

Como foi visto esta realidade não se deve à inexistência de políticas e estudos voltados à melhoria das condições e vínculos de trabalho para trabalhadores do SUS, pelo contrário, políticas de RH e a gestão do trabalho e da educação na saúde têm sido pautas de conferências e discussões contínuas e ações nesta área, também proliferam no sistema, porém, aparentemente, não atingem os servidores do ambulatório nem contribuem para modificar sua esfera de atuação. Este fato é ruim para o trabalhador, é ruim para os usuários, é ruim para o SUS que não avança na concretização de seus princípios.

Tendo em vista os importantes aspectos das relações e do ambiente de trabalho evidenciados no estudo de caso, mas, ao mesmo tempo, considerando que o ambulatório pesquisado representa uma parcela muito pequena no universo das unidades e trabalhadores que compõem a estrutura da Secretaria de Estado da Saúde, algumas proposições podem ser feitas:

- Os servidores de outros setores do hospital onde se realizou este estudo e também outros hospitais administrados pela SES devem ser ouvidos quanto a sua satisfação no trabalho, possibilitando o conhecimento de outros ambientes de trabalho em suas peculiaridades e seus aspectos comuns. Da mesma forma, é importante conhecer os trabalhos desenvolvidos pelas comissões de biossegurança dos hospitais administrados pela SES e viabilizar discussões e trocas de experiências;
- As áreas de administração e desenvolvimento de recursos humanos da SES devem elaborar, conjuntamente, estratégias de ação para pôr em prática o que contemplam as políticas do SUS e o Plano Estadual de Saúde, pois os servidores da Secretaria de Estado da Saúde também são trabalhadores do Sistema Único de Saúde;
- Os resultados obtidos, a partir desta e outras coletas de informações podem servir de subsídios para programas de melhoria da qualidade de vida no trabalho dos servidores da SES;
- É fundamental promover, dentro da lógica da Política de EP, programas de capacitação voltados a todas as competências profissionais para atender as necessidades levantadas pelos serviços, para melhoria da qualidade do atendimento ao usuário e a divulgação dos princípios e diretrizes do SUS e viabilizar o conhecimento mais aprofundado das políticas de gestão, trabalho e educação em saúde e também do PCV para um número ampliado de servidores, visando a valorização destes conforme propõe a Política de Capacitação dos Servidores Públicos Estaduais;
- Preparar melhor os gestores para a função que exercem e avaliar seu desempenho (as pesquisas de clima propiciam esta avaliação), principalmente no que tange a gestão do trabalho, para que possam, entre outras coisas, utilizar adequadamente instrumentos como de avaliação de

desempenho do estágio probatório e outros que contribuam para melhorar a qualidade da gestão.

A proposta de realizar uma pesquisa de clima organizacional a partir de uma abordagem qualitativa e levantar os dados por meio de três estratégias consistiu em um desafio e sua execução encontrou algumas barreiras. Contudo, foi uma experiência rica e gratificante.

O adiantamento para a entrega da dissertação (de fevereiro de 2010 para dezembro de 2009) tornou o tempo bastante curto para sua realização e a impossibilidade de entrevistar mais trabalhadores por competência profissional que compõe o quadro de pessoal do ambulatório foram algumas das limitações deste estudo.

Em contrapartida, a colaboração dos servidores que participaram da pesquisa, todos disponíveis nos horários marcados para as entrevistas; receptividade da coordenação do ambulatório durante todo o tempo que durou a coleta dos dados; receptividade também da coordenação e servidores do setor de RH do hospital, que forneceu os relatórios solicitados com rapidez e eficiência e, sobretudo, a possibilidade de conhecer a realidade de quem trabalha na ponta do sistema atendendo o usuário e, a percepção destes sobre o contexto que os cerca, fez com que esta experiência propiciasse um conhecimento maior do que o esperado quando se iniciou o estudo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Carlos et al. **A transformação da gestão hospitalar na América Latina e no Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de; PUENTE-PALACIOS, Kátia Elizabeth. Grupos e equipes de trabalho nas organizações. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt (orgs.). **Psicologia, organizações trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ALMEIDA, Haley Maria de Souza. Programa de Qualidade do Governo Federal Aplicado à Saúde. **Ras**, Brasília, v. 3, n. 12, p.1-10, jul./set. 2001. Disponível em: <www.cqh.org.br>. Acesso em: 11 set. 2009.

ARAÚJO, Lídice Maria et al. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. In: PAULA, Aída El-Khoury de et al. **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 163-188. (Cadernos RH Saúde).

ARIAS, Eluiza Helena Leite et al. Gestão do Trabalho no SUS. In: PAULA, Aída El-Khoury de et al. **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 119-124. (Cadernos RH Saúde).

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. A temática organizacional nos estudos da área da saúde e da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, n. 4, p. 68-74, jul. 2001. Disponível em: <www.eerp.usp.br>. Acesso em: 31 ago. 2008.

BATISTA, Anne Aires Vieira et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem Usp**, São Paulo, v.1, n. 39, p. 85 – 91, 2005. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em 24 set. 2008.

BERGUE, Sandro Trescastro. **Gestão de pessoas em organizações públicas**. Caxias do Sul: Educus, 2005.

BISPO, Carlos Alberto Ferreira. Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. **Produção**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 258-273, maio 2006. Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: 2 set. 2008.

BITTAR, OJNV. Cultura & qualidade em hospitais. In: BITTAR, A. Quinto Neto. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Da casa, 2004, cap. 1, p. 1 – 17. Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em 19 nov. 2008.

BRASIL. **Lei 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.

CAMPOS, Eugenio Paes. **Quem cuida do cuidador**: uma proposta para profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes, 2005.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. **Administração geral e pública**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CUNHA, Jane Cléia Cardoso Bittencourt; LUCCA, Lourdes Scarpari de (Org.). **Boletim estatístico de benefícios de saúde do servidor**. Disponível em: <www.sea.sc.gov.br>. Acesso em: 30 ago. 2009.

ELIAS, Maria Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.517-525, jul./ago. 2006. Disponível em: <www.eerp.usp.br>. Acesso em: 31 ago. 2009.

FREITAS, Maria Ester de. **Cultura organizacional**: evolução e crítica. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias. Emoções e Afetos no Trabalho. In: ZANELLI, José Carlos. BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt (org). **Psicologia, organizações trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LUCENA, Maria Diva da Salette. **Avaliação de desempenho**. São Paulo: Atlas, 1992.

LUZ, Ricardo. **Gestão do clima organizacional**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo Galán; LAVERDE, Gabriel Potón. **Administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MALIK, Ana Maria et al. **Gestão de recursos humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Fundação Peirópolis Ltda., 1998. 9 v. (Série Saúde & Cidadania).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINICUCCI, Agostinho. **Relações humanas**: psicologia das relações interpessoais.

São Paulo: Atlas, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câmara de regulação do trabalho em saúde**. Brasília: Ms, 2006. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde**. Agenda positiva do Departamento de Gestão do Trabalho e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ms, 2005.

_____. **Portaria nº. 198** de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

_____. **Portaria nº. 1.996** de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

_____; OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para serviços de saúde. Brasília: Ms, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____; OPAS. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ms, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114).

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria nº. 194** de 22 de dezembro de 2006. Equipamentos de Proteção Individual, Brasília, 2006.

_____. **Portaria nº. 939** de 18 de novembro de 2008. Estabelece diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, Brasília, 2008.

MS; CONASEMS. **O SUS de A a Z**: Garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

NUNES, Paulo. **Definição de gestor**. 2008. Disponível em: <www.knoow.net/cienceconempr/gestao/gestor.htm>. Acesso em: 25 ago. 2009.

PACHECO, Luzia et al. **Capacitação e desenvolvimento de pessoas**. Rio de Janeiro: Fgv, 2006.

PATTERSON, Malcolm G. et al. Validating the organizational climate measure: links to managerial practices, productivity and innovation. **Jornal of Organizational Behavior**. 26, 379 408, 2005. Disponível em: <www.interscience.wiley.com>. Acesso em: 25 ago. 2009.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 35, p.103-109, 2001. Disponível em: <www.fsp.usp.br>. Acesso em: 31 ago. 2009.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza (org). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999. p. 25-48.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos et al. (Org.). **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Cadernos de Atenção Especializada).

SANTA CATARINA. **Decreto nº. 3.917** de 11 de janeiro de 2006. Institui a Política Estadual de Capacitação dos Servidores Públicos Estaduais e regulamenta as diretrizes básicas da capacitação estadual, de que trata o § 3º do art. 9º, da Lei complementar nº. 284, d e 28 de fevereiro de 2005.

_____. **Decreto nº. 3.917** Florianópolis: Santa Catarina, 2006.

_____. **Lei Complementar nº. 323** de 02 de março de 2006. Estabelece estrutura de carreira, reestrutura o sistema de remuneração e dispõe sobre o regime disciplinar dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde, Florianópolis, 2006.

_____. **Lei Complementar nº. 6.745** de 28 de dezembro de 1985. Institui o Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais, Florianópolis, 1985. (Última atualização em 6 de outubro de 2009)

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Hospitais da SES**. Disponível em <www.saude.sc.gov.br>, acesso em: 30 set. 2008.

_____. _____. **Plano estadual de saúde 2007-2010**. Florianópolis: loesc, 2007.

SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS, M. Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer**. Ijuí: Unijuí, 2007. (Coleção Saúde Coletiva).

SCHERMERHORN JUNIOR, John R.; HUNT, James G.; OSBORN, Richard N. **Fundamentos de comportamento organizacional**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Sparadoti. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, n.14, p. 54 - 60, 2006. Disponível em: <www.eerp.usp.br>. Acesso em 24 set. 2008.

SILVA, Gonçalo Glauco Justino et al.. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 34, n. 119, p. 79 – 87. Disponível em <www.segurancaetrabalho.com.br>. Acesso em: 31 ago.

2009.

SOUZA, José Calixto de; MACÊDO, Kátia Barbosa. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Administração Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1. p. 81-105, fev. 2006. Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: 2 set. 2008.

SOUZA, Maria Zélia de Almeida et al. **Cargos, carreiras e remuneração**. Rio de Janeiro: Fgv, 2005.

SPILLER, Eduardo Santiago et al. **Gestão de serviços e marketing interno**. Rio de Janeiro: Fgv, 2006. (Série Marketing).

TACHIZAWA, Takeshy; FERREIRA, Vitor Claudio Paradela; FORTUNA, Antônio Alfredo Mello. **Gestão com pessoas**: uma abordagem aplicada às estratégias de negócios. Rio de Janeiro: Fgv, 2004.

TEIXEIRA, José Manuel de Camargo. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação. In: GONÇALVES, Ernesto Lima et. al. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1989.

TRIVIÑOS, Augusto N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WOOD JUNIOR, Thomaz; PIRELLI FILHO, Vicente. **Remuneração estratégica**: a nova vantagem competitiva. São Paulo: Atlas, 2007.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APENDICES

APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA

MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

Pesquisa: Clima Organizacional no ambulatório de um hospital público do estado de Santa Catarina: um estudo de caso

ROTEIRO DE ENTREVISTA**Dados Pessoais:**

Idade: _____ **Sexo:** F () M ()

Tempo de Serviço: _____ **Tempo de serviço no ambulatório:** _____

Escolaridade: _____ **Jornada de trabalho diária:** _____

Possui outro vínculo empregatício: _____

1 – Qual o trabalho que você realiza no ambulatório?

2 – Qual sua percepção quanto ao trabalho que você realiza no que se refere a: quantidade, horário, distribuição entre os demais colegas e quantidade de pessoal para realizar as atividades?

3 – Como você percebe o relacionamento com sua chefia, colegas e usuários?

4 – Você está satisfeito com a sua chefia e a forma como esta realiza a supervisão das atividades desenvolvidas?

5 - Qual sua percepção sobre o processo de comunicação interno, ou seja, sobre a forma como as informações são repassadas aos servidores?

6 – Você tem acesso a programas de capacitação? De que forma eles acontecem e são divulgados aos servidores?

7 – Quais são as estratégias utilizadas para a prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais? Qual sua avaliação sobre estas estratégias?

8 – Vocês realizam trabalho em equipe? Qual sua percepção sobre esta forma de realizar o trabalho?

9 – Qual seu grau de satisfação em relação a sua remuneração? Como você avalia os benefícios recebidos? Que conhecimento você tem sobre o Plano de Carreira e Vencimentos?

APÊNDICE 2: ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

Data: _____

1 – Aspectos a serem observados: pichações nos banheiros, limpeza do ambiente, quadros murais, desperdício de material, as relações interpessoais e a forma como são tratados os usuários.

2 – O que foi observado: _____

3 – Sentimento sobre o que foi observado: _____

4 – Interpretação: _____

APÊNDICE 3: AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS DOCUMENTAIS

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Clima organizacional no ambulatório de um hospital público de do estado de Santa Catarina: um estudo de caso.

Pesquisadora Responsável: Silvia Terezinha Müller

Esta pesquisa tem por objetivo identificar o clima organizacional no ambulatório de um hospital público de Santa Catarina e será realizada nos meses de abril e maio do ano de 2009. Os dados coletados serão utilizados para a elaboração de uma dissertação de mestrado e produção um artigo científico a ser publicado em revista da área da saúde. A pesquisadora fará entrevistas com servidores, observação no ambiente de trabalho e análise documental. Espera-se que o resultado deste estudo contribua par a melhoria da qualidade de vida no trabalho no setor. Seus resultados serão apresentados a direção do hospital e aos participantes da pesquisa após sua conclusão. Os sujeitos envolvidos não correrão nenhum tipo de risco pessoal ou coletivo e terão o direito de se recusar a participar da pesquisa e mesmo os que aceitarem participar, poderão se retirar do estudo a qualquer tempo. Em nenhum momento será mencionado o nome do hospital onde o estudo se realiza assim como será mantido em sigilo o nome de todos os participantes.

Nome da Pesquisadora: Silvia Terezinha Müller

Assinatura da Pesquisadora: _____

APÊNDICE 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa tendo como técnica a entrevista. Após ser esclarecido(a) pelas informações abaixo, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinará este documento em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará com o entrevistador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Informações sobre a pesquisa

Título: Clima organizacional no ambulatório de um hospital público do estado de Santa Catarina: um estudo de caso.

Pesquisador responsável: Silvia Terezinha Müller

A presente pesquisa tem como objetivo levantar informações para a elaboração de uma dissertação para o Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a UNESCO e executado pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Será realizada com servidores efetivos e visa conhecer o clima organizacional no ambulatório de um hospital público do estado de Santa Catarina.

O entrevistado convidado terá sua identidade preservada e a participação na pesquisa não lhe causarão nenhum tipo de dano moral ou financeiro.

Fica registrado que a participação do entrevistado é voluntária e não implica em pagamento de qualquer espécie de remuneração ou indenização.

Espera-se como resultado desta pesquisa a promoção da qualidade no ambiente de trabalho.

Fica acordado que o resultado da pesquisa será informado aos participantes.

Durante o período de participação e mesmo após o término da pesquisa, fica garantido o sigilo dos dados pessoais do participante e o mesmo o tem o direito de retirar seu consentimento a participação a qualquer tempo.

Silvia Terezinha Müller
Pesquisadora responsável

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____

RG _____ CPF _____

Abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito, registrando que fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento de participação a qualquer momento, sem que isto resulte em qualquer penalidade pela não participação.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do sujeito: _____

Telefone para contato: _____

APÊNDICE 5: TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, Silvia Terezinha Müller, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada “Clima organizacional no ambulatório de um hospital público do estado de Santa Catarina: um estudo de caso” declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas complementares (Resoluções 240/97, 251/97, 292/99, 303/00 e 304/00 do CNS/MS), e assumo, neste Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas na documentação dos sujeitos da pesquisa, assegurar a confiabilidade e a privacidade dos mesmos. Assumo ainda neste Termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Itajaí, de de 2009.

LEI COMPLEMENTAR Nº 323, de 02 de março de 2006

Estabelece Estrutura de Carreira, reestrutura o sistema de remuneração e dispõe sobre o regime disciplinar dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde e estabelece outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA,

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembléia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

**TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Ficam instituídas, nos termos desta Lei Complementar, as diretrizes para a implantação do Plano de Carreira e Vencimentos - PCV para os servidores lotados na Secretaria de Estado da Saúde.

§ 1º O PCV visa à melhoria na prestação dos serviços de saúde, por intermédio da valorização do servidor, cujas diretrizes são as seguintes:

I - a adoção de carreira, possibilitando o crescimento profissional de forma horizontal e vertical, fundamentado na busca de maiores níveis de qualificação profissional;

II - a transparência das práticas de remuneração, com valoração do vencimento nos diversos níveis e referências da estrutura da carreira;

III - o reconhecimento da qualificação por critérios que proporcionem igualdade de oportunidades profissionais;

IV - a valorização dos servidores que buscam um constante aprimoramento profissional com aplicabilidade no cotidiano das atividades de saúde; e

V - a valorização pela definição de objetivos, com a criação de indicadores e a avaliação de resultados, permitindo que seja assumido particular relevância no compartilhamento das responsabilidades, com a formação de equipes multidisciplinares e a organização por programas e ações.

§ 2º Nos termos do presente PCV, fica criada carreira única constituída por cargo de provimento efetivo.

Art. 2º Para efeitos de aplicação e implantação da presente Lei Complementar, é adotada a seguinte conceituação:

I - Plano de Carreira e Vencimentos: sistema estratégico de remuneração, estruturado na forma de carreira, cargo, competências, níveis e referências de vencimento, que possibilitam o crescimento profissional do servidor de forma transparente, fundamentado na qualificação e desempenho profissional;

II - Quadro de Pessoal: quantitativo de cargo de provimento efetivo com as respectivas competências, definidos de acordo com as necessidades da Secretaria de Estado da Saúde;

III - Carreira: perspectiva de crescimento profissional, fundamentada no desempenho eficiente e eficaz e no exercício de atribuições de maior nível de complexidade e de formação;

IV - Cargo de Provimento Efetivo: denominação dada a um conjunto de competências e responsabilidades, com denominação própria e remuneração paga pelo erário, integrante do Quadro de Pessoal da Secretaria de Estado da Saúde;

V - Competência: identifica um conjunto de atribuições e responsabilidades do cargo de provimento efetivo, com denominação própria, nível e referência específicos, de acordo com a estrutura de carreira;

VI - Nível: graduação vertical ascendente existente no cargo, de acordo com a respectiva competência;

VII - Referência: graduação horizontal ascendente existente em cada nível;

VIII - Desenvolvimento Funcional: representa as possibilidades de crescimento na estrutura de carreira, por intermédio da progressão por tempo de serviço, por qualificação ou desempenho profissional e por nível de formação; e

IX - Enquadramento por Transformação: enquadramento para o novo cargo, competência, nível e referência, observando-se a correlação do cargo e/ou função atual.

Art. 3º Fica criada Comissão Paritária, composta por representantes dos servidores indicados pelo Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde de Florianópolis - SINDSAÚDE e pelo Sindicato dos Médicos do Estado de Santa Catarina - SIMESC, e pelas Secretarias de Estado da Administração e da Saúde, a ser designada e regulamentada após a publicação desta Lei Complementar por ato administrativo específico, para fins de acompanhamento do processo de implantação e regulamentação do PCV.

TÍTULO II DO QUADRO DE PESSOAL

Art. 4º Fica criado o Quadro de Pessoal da Secretaria de Estado da Saúde que será composto pelo cargo de provimento efetivo de Analista Técnico em Gestão e Promoção de Saúde, composto por 16 (dezesesseis) níveis, tendo cada nível 10 (dez) referências, representadas pelas letras A a J, com quantitativo fixado pelo Anexo I, parte integrante desta Lei Complementar.

§ 1º As atribuições e os pré-requisitos para o exercício profissional do cargo, nas respectivas competências, estão previstos nos Anexos II, desta Lei

Complementar, podendo ser complementados quando da realização do processo seletivo universal com novas habilidades e/ou experiência.

§ 2º O ingresso no cargo dar-se-á no nível e referência iniciais da respectiva competência, conforme disposto no Anexo I, parte integrante desta Lei Complementar.

TÍTULO III DA CARREIRA

Art. 5º O crescimento e o desenvolvimento funcional do servidor na carreira dar-se-á pelas progressões nas referências, níveis e competências, por intermédio das seguintes modalidades:

I - progressão por tempo de serviço;

II - progressão por qualificação ou desempenho profissional; e

III - progressão por nível de formação.

Art. 6º Não terá direito a quaisquer das modalidades de progressão o servidor que:

I - estiver em estágio probatório;

II - estiver em licença sem vencimentos na data da progressão ou quando o período de licença corresponder de forma parcial ou integral ao período aquisitivo de cada progressão;

III - estiver na data da progressão ou nos respectivos períodos aquisitivos à disposição de órgãos não pertencentes ao Sistema Único de Saúde - SUS;

IV - tiver recebido pena de suspensão disciplinar no período aquisitivo de cada progressão;

V - possuir falta injustificada superior a 5 (cinco) dias no período aquisitivo de cada progressão;

VI - tiver retornado de licença sem remuneração no período aquisitivo de qualquer modalidade de progressão;

VII - sofrer prisão no período aquisitivo de cada progressão; e

VIII - estiver, na data da progressão, em licença para concorrer a cargo eletivo ou ter se afastado no período aquisitivo de cada progressão.

CAPÍTULO I DA PROGRESSÃO POR TEMPO DE SERVIÇO

Art. 7º Consiste na passagem do servidor de um padrão de referência para o imediatamente superior, limitado ao nível de qualificação profissional que estiver enquadrado na respectiva competência.

Art. 8º A presente modalidade ocorrerá de dois em dois anos, a partir do ano seguinte à vigência desta Lei Complementar, de forma alternada com a promoção por qualificação ou desempenho profissional, no mês de aniversário natalício do servidor.

CAPÍTULO II DA PROGRESSÃO POR QUALIFICAÇÃO OU DESEMPENHO PROFISSIONAL

Art. 9º Consiste na passagem do servidor de um nível para o imediatamente superior na respectiva competência, mantida a mesma referência, observados os seguintes critérios:

I - 40 (quarenta) horas de capacitação para progresso nos níveis 1 ao 8;

II - 80 (oitenta) horas de capacitação para progresso nos níveis 9 ao 12; e

III - 120 (cento e vinte) horas de capacitação para progresso nos níveis 13 ao 16.

Parágrafo único. O servidor poderá conquistar a modalidade de progressão de que trata este artigo, independentemente das horas de capacitação, quando alcançar mérito funcional, baseado na definição de objetivos, com a criação de indicadores e avaliação de resultados, permitindo valorizar a contribuição útil a cada órgão e o interesse público do seu desempenho, conforme critérios estabelecidos em regulamento.

Art. 10. Os eventos de capacitação devem ter relação direta com o Sistema Único de Saúde ou com as atribuições do cargo e respectiva competência exercidos pelo servidor, devendo ser previamente homologados.

Parágrafo único. A homologação prévia dos eventos de capacitação será procedida por comissão especialmente designada para este fim, conforme regulamento do Sistema de Gestão de Recursos Humanos.

Art. 11. Os cursos de formação, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior em nível de graduação, pós-graduação e os exigidos como pré-requisito para o exercício profissional em cada competência, não poderão ser considerados para fins desta modalidade de progressão.

Art. 12. A presente modalidade de progressão ocorrerá de dois em dois anos, no mês de aniversário natalício do servidor, sendo a primeira no segundo ano seguinte à vigência desta Lei Complementar.

Parágrafo único. Para os servidores que, em decorrência do enquadramento previsto nesta Lei Complementar, fiquem posicionados nos níveis e referências finais da respectiva competência, fica assegurada progressão para a mesma referência do nível seguinte, quando da progressão por tempo de serviço.

Art. 13. Somente serão computados para fins desta modalidade de progressão os cursos concluídos e homologados a partir de janeiro de 2003, exceto aqueles já computados para progressão anterior.

CAPÍTULO III DA PROGRESSÃO POR NÍVEL DE FORMAÇÃO

Art. 14. Consiste na passagem do servidor de uma competência para o nível e referência iniciais de competência superior ou de uma competência para outra competência, observados os seguintes critérios:

I - disponibilidade de vagas;

II - conclusão do pré-requisito para o exercício profissional da competência;

III - processo seletivo com a aplicação de prova de conhecimento, caso o número de vagas for inferior ao número de servidores interessados; e

IV - possuir 5 (cinco) anos de tempo de serviço em competências do cargo em que se encontra, nos termos do enquadramento previsto nesta Lei Complementar.

§ 1º Para fins do tempo de serviço previsto no inciso IV deste artigo, considerar-se-á o tempo prestado no cargo anterior ao enquadramento no presente Plano de Carreira.

§ 2º O servidor que exerce competência prevista nos níveis 1 ao 8 da estrutura de carreira, observado o disposto nos incisos deste artigo, poderá progredir para competências do nível 13, desde que possua, no mínimo, 10 (dez) anos de tempo de serviço na referida competência.

Art. 15. A escolha das competências e as respectivas vagas para fins desta modalidade de progressão observarão o interesse público e a necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, cujos critérios serão estabelecidos em regulamento, a ser baixado em até 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência desta Lei Complementar.

Parágrafo único. A primeira progressão nesta modalidade ocorrerá a partir da vigência desta Lei Complementar.

TÍTULO IV DO VENCIMENTO, DAS GRATIFICAÇÕES E DA REMUNERAÇÃO

Art. 16. Os valores de vencimento, referentes ao mês de abril de 2006, são os previstos no Anexo III desta Lei Complementar.

Art. 17. Ao servidor ocupante de competência, cujo pré-requisito profissional seja exigido formação de ensino superior em nível de graduação, que possuir curso de pós-graduação, compatível com suas atribuições e área de atuação, será concedido adicional de pós-graduação, incidente sobre o valor de vencimento fixado para a referência A, do nível 13, da estrutura de carreira, nos seguintes percentuais não cumulativos:

I - 13% (treze por cento) para os servidores com pós-graduação em nível de especialização;

II - 16% (dezesesseis por cento) para os servidores com pós-graduação em nível de mestrado; e

III - 19% (dezenove por cento) para os servidores com pós-graduação em nível de doutorado.

Parágrafo único. Os critérios para a concessão do adicional previsto neste artigo serão objeto de regulamentação baixada pelo Chefe do Poder Executivo.

Art. 18. As gratificações previstas nos arts. 36 da Lei Complementar nº 81, de 10 de março de 1993, e 15 da Lei Complementar nº 93, de 6 de agosto de 1993, atualmente atribuídas aos servidores da Secretaria de Estado da Saúde, ficam transformadas em Adicional de Penosidade, Insalubridade e Risco de Vida, nos percentuais de 12% (doze por cento), 17% (dezesete por cento) e 23% (vinte e três por cento) do valor do vencimento fixado para a referência A do nível 1 da estrutura de carreira prevista neste Plano, correspondentes aos graus mínimo, médio e máximo, respectivamente.

§ 1º Aos servidores lotados e em exercício no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, Hospital Santa Tereza de Dermatologia Sanitária, Hospital Nereu Ramos e àqueles servidores que exercem atividades nos setores de psiquiatria e infectologia das diversas unidades hospitalares da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde os percentuais a que se refere o *caput* deste artigo são de 17% (dezesete por cento), 26% (vinte e seis por cento) e 34% (trinta e quatro por cento).

§ 2º Aos servidores inativos que incorporaram a gratificação transformada pelo *caput* deste artigo fica assegurada sua percepção sob título de vantagem pessoal nominalmente identificável, reajustável na mesma data e proporção da revisão geral de vencimento e da revisão de que trata o art. 100, desta Lei Complementar.

§ 3º Fica assegurada, nas hipóteses de licença para tratamento de saúde e readaptação funcional, e enquanto perdurar o afastamento, a continuidade da percepção do adicional de que trata este artigo.

§ 4º O valor do Adicional de que trata este artigo será incorporado aos proventos de aposentadoria, desde que o benefício tenha sido percebido ininterruptamente durante os 3 (três) anos que antecederam o pedido de passagem para a inatividade, assegurando-se, para este fim, também os períodos de afastamento de que trata o parágrafo anterior.

§ 5º O Chefe do Poder Executivo disciplinará a concessão do adicional de que trata este artigo.

Art. 19. A gratificação de hora-plantão prevista na Lei Complementar nº 1.137, de 14 de setembro de 1992, poderá ser concedida aos servidores do Quadro de Pessoal da Secretaria de Estado da Saúde, mediante critérios, limites e condições fixados em decreto do Chefe do Poder Executivo.

§ 1º A realização de hora-plantão somente será admitida por imperiosa necessidade de serviço e fechamento de escalas ou turnos de trabalho, previamente elaboradas, desde que devidamente registradas em instrumento ou equipamento de controle individual de jornada, sob a responsabilidade direta da administração da unidade hospitalar ou assistencial, estando sujeita à fiscalização e normatização dos órgãos do Sistema de Gestão de Recursos Humanos e será devida na folha de pagamento do mês imediatamente subsequente a sua realização.

§ 2º Fica vedado o pagamento de hora-plantão aos servidores que exercem cargos de provimento em comissão ou funções técnicas gerenciais.

§ 3º A autorização de hora-plantão de forma indevida implicará no ressarcimento aos cofres públicos, por parte do agente autorizador e do autorizado, além da apuração das infrações administrativas.

§ 4º A gratificação de que trata este artigo será devida nos afastamentos por motivo de saúde própria, do cônjuge ou de pessoa da família com parentesco de primeiro grau, gestação, férias e licença-prêmio, considerando-se a média das horas-plantão trabalhadas nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores ao afastamento.

§ 5º Sobre a gratificação de que trata este artigo incidirá somente o terço constitucional de férias e gratificação natalina, considerando-se para base de cálculo a média da hora-plantão trabalhada nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores.

§ 6º A vantagem prevista neste artigo incorporar-se-á aos proventos de aposentadoria em valor correspondente à média aritmética simples do quantitativo de horas mensais trabalhadas, relativas aos 3 (três) anos anteriores ao pedido de passagem para a inatividade.

§ 7º Os períodos de afastamento de que trata o § 4º deste artigo não serão considerados para cálculo da média da hora-plantão.

§ 8º Aos servidores inativos que incorporaram a gratificação transformada pelo *caput* deste artigo fica assegurada sua percepção sob título de vantagem pessoal nominalmente identificável, reajustável na mesma data e proporção da revisão geral de vencimento.

§ 9º O pagamento da hora-plantão está condicionado ao registro de frequência no local de trabalho.

§ 10. A gratificação de hora-plantão aos profissionais médicos em efetivo exercício nos setores de emergência e UTI serão objeto de regulamentação pelo Chefe do Poder Executivo, em até 60 (sessenta) dias contados da publicação desta Lei Complementar.

Art. 20. A indenização de sobreaviso prevista na Lei Complementar nº 1.137, de 1992, poderá ser concedida aos servidores do Quadro de Pessoal da Secretaria de Estado da Saúde, mediante os seguintes critérios:

I - escala previamente elaborada pela Chefia imediata, aprovada pela Direção da Unidade e homologada pelo titular da pasta ou autoridade por este delegada, especificando a quantidade, horário e local de trabalho, estando sujeita à fiscalização e normatização do órgão setorial de recursos humanos da Secretaria de Estado da Saúde e será paga na folha salarial do mês imediatamente subsequente a sua realização; e

II - quantitativo máximo de 200 (duzentas) horas.

§ 1º Entende-se por sobreaviso a permanência do servidor fora de seu ambiente de trabalho, em estado de expectativa constante, aguardando o chamamento para o serviço, face à situação emergencial ou calamitosa.

§ 2º O valor da hora sobreaviso corresponderá:

I - ao mesmo valor da hora-plantão quando o servidor, durante o período da escala, for convocado para comparecer ao seu local de trabalho face à ocorrência de fatos que requeiram sua intervenção imediata, pelo número de horas que permanecer no local de trabalho comprovadas em registro de frequência; e

II - a 50% (cinquenta por cento) do valor da hora-plantão quando o servidor, durante o período da escala, não for convocado para comparecer ao seu local de trabalho.

§ 3º O pagamento da gratificação prevista no *caput* deste artigo ocorrerá no mês imediatamente posterior a sua realização.

§ 4º A autorização de sobreaviso de forma indevida implicará no ressarcimento aos cofres públicos por parte do agente autorizador e do autorizado, além da apuração das infrações administrativas.

§ 5º O servidor que estiver em escala de sobreaviso, quando convocado para comparecer ao local de trabalho e não o fazê-lo, perderá o direito à percepção do sobreaviso inerente à escala mensal, sendo vedada a inclusão nas escalas dos meses seguintes, pelo período de 6 (seis) meses.

§ 6º O servidor em escala de sobreaviso deverá manter-se dentro de determinado raio de ação, que lhe permita atender às chamadas urgentes do seu local de trabalho.

§ 7º Fica vedado o pagamento cumulativo da indenização de sobreaviso com o pagamento de hora-plantão, realizadas no mesmo horário, bem como aos servidores que exercem cargos de provimento em comissão ou funções técnicas gerenciais.

§ 8º O valor da indenização de que trata este artigo não se incorpora à remuneração para nenhum efeito legal.

§ 9º Os serviços passíveis de sobreaviso e os critérios de concessão serão definidos por meio de regulamento baixado pelo Chefe do Poder Executivo, em até 180 (cento e oitenta) dias contados da vigência desta Lei Complementar.

Art. 21. A gratificação de produtividade prevista na Lei nº 5.254, de 27 de setembro de 1976, com as alterações posteriores, fica transformada em Gratificação de Função - GF, conforme quantitativos e valores constantes do Anexo IV desta Lei Complementar.

§ 1º A designação para o exercício da função prevista neste artigo recairá sobre servidores estáveis, titulares de cargo ou emprego público de carreira do Estado, dos Municípios e da União, lotados ou em exercício na Secretaria de Estado da Saúde, podendo ser atribuída aos ocupantes de cargo de provimento em comissão ou função técnica gerencial, a título de representação.

§ 2º Fica assegurada a investidura nas funções de que tratam este artigo aos servidores que se encontrarem designados na data de vigência desta Lei Complementar.

§ 3º A função de que trata este artigo enquadra-se no conceito estabelecido pelo art. 3º, § 1º, da Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985.

§ 4º O pagamento da gratificação de que trata este artigo correrá à conta das dotações orçamentárias do Fundo Estadual de Saúde.

TÍTULO V DA JORNADA DE TRABALHO

Art. 22. A jornada de trabalho dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde é de 30 (trinta) horas semanais, devendo ser cumprida em regime de 6 (seis) horas diárias ou em escalas ou turnos ininterruptos, de acordo com a necessidade de serviço, a ser determinada pela administração de cada unidade:

I - em escala de 6 (seis) horas diárias;

II - em escala contínua de 12 (doze) horas; e

III - em escala mista de 6 (seis) horas diárias e/ou escala de 12 (doze) horas diárias, de forma intercalada.

§ 1º Na escala de serviço prevista nos incisos II e III deste artigo está incluído o tempo da refeição, devendo sua duração e horário ser conciliados com a necessidade e urgência de serviço na unidade.

§ 2º O disposto neste artigo não se aplica à competência de Médico, com regime de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais, que perceberem 02 (dois) vencimentos de profissionais médicos de 20 (vinte) horas semanais, os quais serão extintos ao vagarem.

§ 3º Fica vedada, para os servidores abrangidos por esta Lei Complementar, a redução da jornada de trabalho prevista no art. 24, da Lei nº 6.745, de 1985.

Art. 23. Aos servidores que exercem as competências e/ou atividades abaixo especificadas fica assegurado o seguinte horário especial de trabalho:

I - Médico: 20 (vinte) horas semanais, devendo ser realizada em escala de 4 (quatro) horas diárias e/ou escala de 12 (doze) horas, ou outra que possa melhor atender a necessidade de serviço fixada em regulamento;

II - Técnico de Radiologia e Imagem: 24 (vinte e quatro) horas semanais, devendo ser realizada em escala de 4 (quatro) horas diárias ou outra escala que melhor atenda a necessidade do serviço fixada em regulamento; e

III - serviços de hemodinâmica, imagem ou câmaras claras e escuras: 24 (vinte e quatro) horas semanais, devendo ser realizada em escala de 4 (quatro) horas diárias, ou em escala de 12 (doze) horas.

Parágrafo único. A escala de 12 (doze) horas de trabalho prevista neste artigo corresponde a 3 (três) dias da escala de 4 (quatro) horas diárias.

Art. 24. O servidor enquadrado na escala de serviço de 12 (doze) horas somente poderá realizar horas-plantão após um intervalo mínimo de 6 (seis) horas, excetuando-se quando da ocorrência de calamidades, epidemias ou situações emergenciais, caracterizadas como eventuais, desde que devidamente autorizado.

Art. 25. Para fins de registro e/ou desconto de faltas do servidor, adotar-se-ão os seguintes critérios:

I - jornada normal de trabalho:

a) se em exercício na escala de 6 (seis) horas diárias, cada dia de falta corresponderá a um dia de desconto, independentemente se a falta ocorrer no primeiro dia útil ou no último dia útil da semana; e

b) se em exercício na escala de 12 (doze) horas, cada período de falta corresponderá a dois dias de desconto.

II - jornada especial de trabalho:

a) se em exercício na escala de 4 (quatro) horas diárias, cada dia de falta corresponderá a um dia de desconto, independentemente se a falta ocorrer no primeiro dia útil ou no último dia útil da semana; e

b) se em exercício na escala de 12 (doze) horas, cada período de falta corresponderá a três dias de desconto.

Parágrafo único. Os critérios para o registro de frequência, limites de tolerância nos horários de chegada e saída, bem como as alterações nas escalas de serviço serão fixados em regulamento.

Art. 26. As faltas ao serviço por motivo de doença do servidor são justificadas, observados os seguintes critérios:

I - se em exercício nas escalas de 6 (seis) horas diárias ou 4 (quatro) horas diárias, até quatro dias de faltas no mês, mediante a apresentação de atestado de saúde ao órgão do Sistema de Gestão de Recursos Humanos da unidade; superior a este período, o servidor deverá ser avaliado pelo órgão médico oficial; e

II - se em exercício na escala de 12 (doze) horas, caso o período do atestado de saúde atingir até dois períodos de escala no mês, deverá o servidor encaminhar o atestado de saúde ao órgão do Sistema de Gestão de Recursos Humanos da unidade; superior a este período, o servidor deverá ser avaliado pelo órgão médico oficial.

Parágrafo único. A apresentação do atestado de saúde de que tratam os incisos deste artigo deverá ocorrer em até 5 (cinco) dias contados da data de emissão, sem prejuízo da comunicação à chefia imediata, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 27. Para fins de aplicação da penalidade disciplinar de suspensão, observar-se-á os seguintes critérios:

I - se em exercício na escala de 6 (seis) ou 4 (quatro) horas diárias, cada dia de suspensão corresponderá ao desconto e ausência de um dia útil de trabalho; e

II - se em exercício na escala de 12 (doze) horas, cada período de suspensão corresponderá ao desconto e ausência de 2 (dois) dias de trabalho, se jornada normal de trabalho, e 3 (três) dias de trabalho, se jornada especial de trabalho.

Art. 28. Ao servidor que cumprir escala de trabalho no horário noturno, nos termos dos arts. 30 e 89 da Lei nº 6.745, de 1985, e da Lei nº 6.800, de 23 de junho de 1986, é assegurado o pagamento a título de hora-plantão da carga horária decorrente da redução da hora noturna.

TÍTULO VI DO REGIME DISCIPLINAR DOS SERVIDORES DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CAPÍTULO I DOS DEVERES

Art. 29. São deveres do servidor:

I - exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo;

II - ser leal à instituição a que serve;

III - observar as normas legais e regulamentares;

IV - cumprir as ordens superiores, exceto quando manifestamente ilegais;

V - atender com presteza:

a) ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalvadas as protegidas por sigilo;

b) a expedição de certidões requeridas para defesa de direito ou esclarecimento de situações de interesse pessoal; e

c) as requisições para a defesa do Poder Público Estadual;

VI - levar ao conhecimento da autoridade superior as irregularidades de que tiver ciência em razão do cargo;

VII - zelar pela economia do material e a conservação do patrimônio público;

VIII - guardar sigilo sobre assunto da instituição;

IX - manter conduta compatível com a moralidade administrativa;

X - ser assíduo e pontual ao serviço;

XI - tratar com urbanidade as pessoas; e

XII - representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder.

Parágrafo único. A representação de que trata o inciso XII será encaminhada pela via hierárquica e apreciada pela autoridade superior àquela contra a qual é formulada, assegurando-se ao representando ampla defesa.

CAPÍTULO II DAS PROIBIÇÕES

Art. 30. Ao servidor é proibido:

I - ausentar-se do serviço durante o expediente, sem prévia autorização do chefe imediato;

II - retirar, sem prévia anuência da autoridade competente, qualquer documento ou objeto da instituição;

III - recusar fé a documentos públicos;

IV - opor resistência injustificada ao andamento de documento e processo ou execução de serviço;

V - promover manifestação de apreço ou despreço no recinto da instituição;

VI - cometer a pessoa estranha à instituição, fora dos casos previstos em lei, o desempenho de atribuição que seja de sua responsabilidade ou de seu subordinado;

VII - valer-se do cargo para lograr proveito pessoal ou de outrem, em detrimento da dignidade da função pública;

VIII - coagir subordinados no sentido de filiareem-se a associação profissional ou sindical, ou a partido político;

IX - manter sob sua chefia imediata, em cargo ou função de confiança, cônjuge, companheiro ou parente até o segundo grau civil;

X - exercer atividade comercial, em circunstâncias que lhe propiciem beneficiar-se do fato de ser também servidor público;

XI - atuar, como procurador ou intermediário, junto às instituições públicas, salvo quando se tratar de benefícios previdenciários ou assistenciais de parentes até o segundo grau, e de cônjuge ou companheiro;

XII - participar de gerência ou administração de empresa privada, sociedade civil, salvo a participação nos conselhos de administração e fiscal de empresas ou entidades em que o Estado detenha, direta ou indiretamente, participação do capital social, sendo-lhe vedado exercer o comércio na qualidade de acionista, cotista ou comanditário;

XIII - receber propina, comissão ou vantagem de qualquer espécie, em razão de suas atribuições;

XIV - aceitar comissão, emprego ou pensão de estado estrangeiro;

XV - praticar usura sob qualquer de suas formas;

XVI - proceder de forma desidiosa;

XVII - utilizar pessoal ou recursos materiais da instituição em serviços ou atividades particulares;

XVIII - cometer a outro servidor atribuições estranhas a competência que ocupa, exceto em situações de emergência e transitórias;

XIX - exercer quaisquer atividades que sejam incompatíveis com o exercício da competência e com o horário de trabalho; e

XX - recusar-se a atualizar seus dados cadastrais quando solicitado.

CAPÍTULO III DA ACUMULAÇÃO

Art. 31. Ressalvados os casos previstos na Constituição, é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos.

§ 1º A proibição de acumular estende-se a cargos, empregos e funções em autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios.

§ 2º A acumulação de cargos, ainda que lícita, fica condicionada à comprovação da compatibilidade de horários, fixando-se como carga horária máxima 70 (setenta) horas semanais efetivamente trabalhadas.

§ 3º Considera-se acumulação proibida a percepção de vencimento de cargo ou emprego público efetivo com proventos da inatividade, salvo quando os cargos de que decorram essas remunerações forem acumuláveis na atividade.

CAPÍTULO IV DAS RESPONSABILIDADES

Art. 32. O servidor responde civil, penal e administrativamente pelo exercício irregular de suas atribuições.

Art. 33. A responsabilidade civil decorre de ato omissivo ou comissivo, doloso ou culposo, que resulte em prejuízo ao erário ou a terceiros.

§ 1º A indenização de prejuízo dolosamente causado ao erário somente será liquidada na forma prevista no art. 95, da Lei nº 6.745, de 1985, na falta de outros bens que assegurem a execução do débito pela via judicial.

§ 2º Tratando-se de dano causado a terceiros, responderá o servidor perante a Fazenda Pública, em ação regressiva.

Art. 34. A responsabilidade penal abrange os crimes e contravenções imputadas ao servidor, nessa qualidade.

Art. 35. A responsabilidade civil-administrativa resulta de ato omissivo ou comissivo praticado no desempenho da competência.

Art. 36. As sanções civis, penais e administrativas poderão cumular-se, sendo independentes entre si.

Art. 37. A responsabilidade administrativa do servidor será afastada no caso de absolvição criminal que negue a existência do fato ou sua autoria.

CAPÍTULO V DAS PENALIDADES

Art. 38. São penalidades disciplinares:

- I - advertência;
- II - suspensão;
- III - demissão;
- IV - cassação de aposentadoria ou disponibilidade; e
- V - destituição de cargo em comissão ou função de confiança.

Art. 39. Na aplicação das penalidades serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o serviço público, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes funcionais.

Parágrafo único. O ato de imposição da penalidade mencionará sempre o fundamento legal e a causa da sanção disciplinar.

Art. 40. A advertência será aplicada por escrito, nos casos de violação de proibição constante do art. 30, incisos I a VIII e XIV, e de inobservância de dever funcional previsto em lei, regulamentação ou norma interna, que não justifique imposição de penalidade mais grave, garantidos em qualquer caso, o contraditório e a ampla defesa.

Art. 41. A suspensão será aplicada em caso de reincidência das faltas punidas com advertência e de violação das demais proibições que não tipifiquem infração sujeita à penalidade de demissão, não podendo exceder a 30 (trinta) dias.

Parágrafo único. Será punido com suspensão de até 15 (quinze) dias o servidor que, injustificadamente, recusar-se a ser submetido a inspeção médica determinada pela autoridade competente, cessando os efeitos da penalidade uma vez cumprida a determinação.

Art. 42. As penalidades de advertência e de suspensão terão seus registros cancelados, após o decurso de 3 (três) e 5 (cinco) anos de efetivo exercício, respectivamente, se o servidor não houver, nesse período, praticado nova infração disciplinar.

Parágrafo único. O cancelamento da penalidade não surtirá efeitos retroativos.

Art. 43. A demissão será aplicada nos seguintes casos:

- I - crime contra a administração pública;
- II - abandono de cargo;
- III - inassiduidade habitual;
- IV - improbidade administrativa;
- V - incontinência pública e conduta escandalosa, na repartição;
- VI - insubordinação grave em serviço;
- VII - ofensa física, em serviço, a servidor ou a particular, salvo em legítima defesa própria ou de outrem;

- VIII - aplicação irregular de dinheiros públicos;
- IX - revelação de segredo do qual se apropriou em razão da competência;
- X - lesão aos cofres públicos e dilapidação do patrimônio estadual;
- XI - corrupção;
- XII - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;
- XIII - transgressão dos incisos IX a XVIII do art. 30.

Art. 44. Detectada a qualquer tempo a acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas, a autoridade legal notificará o servidor, por intermédio de sua chefia imediata, para apresentar opção no prazo improrrogável de 10 (dez) dias, contados da data da ciência e, na hipótese de omissão, adotará procedimento sumário para a sua apuração e regularização imediata.

Art. 45. Será cassada a aposentadoria ou a disponibilidade do inativo que houver praticado, na atividade, falta punível com a demissão.

Art. 46. A destituição de cargo em comissão exercido por servidor não ocupante de cargo efetivo será aplicada nos casos de infração sujeita às penalidades de suspensão e de demissão.

Parágrafo único. Constatada a hipótese de que trata este artigo, a exoneração efetuada nos termos do art. 30, será convertida em destituição de cargo em comissão.

Art. 47. A demissão ou a destituição de cargo em comissão, nos casos dos incisos IV, VIII, X e XI do art. 43, implica a indisponibilidade dos bens e o ressarcimento ao erário, sem prejuízo da ação penal cabível.

Art. 48. A demissão ou a destituição de cargo em comissão, por infringência do art. 43, inciso IX, incompatibiliza o ex-servidor para nova investidura em cargo público, pelo prazo de 5 (cinco) anos.

Parágrafo único. Não poderá retornar ao serviço público estadual o servidor que for demitido ou destituído do cargo em comissão por infringência do art. 43, incisos I, IV, VIII, X e XI.

Art. 49. Configura abandono de cargo a ausência intencional do servidor ao serviço por mais de 30 (trinta) dias consecutivos.

Art. 50. Entende-se por inassiduidade habitual a falta ao serviço, sem causa justificada, por 60 (sessenta) dias, interpoladamente, durante o período de 12 (doze) meses.

Art. 51. As penalidades disciplinares serão aplicadas:

I - pelo Governador do Estado quando se tratar de demissão e cassação de aposentadoria ou disponibilidade de servidor vinculado ao respectivo Poder, órgão, ou entidade;

II - pelo Secretário de Estado da Saúde, quando se tratar de suspensão;

III - pelo Diretor do órgão, nos casos de advertência; e

IV - pela autoridade que houver feito a nomeação, quando se tratar de destituição de cargo em comissão.

Art. 52. A ação disciplinar prescreverá:

I - em 5 (cinco) anos, quanto às infrações puníveis com demissão, cassação de aposentadoria ou disponibilidade e destituição de cargo em comissão;

II - em 180 (cento e oitenta) dias, quanto à suspensão; e

III - em 90 (noventa) dias, quanto à advertência.

§ 1º O prazo de prescrição começa a correr da data em que o fato se tornou conhecido.

§ 2º Os prazos de prescrição previstos na lei penal aplicam-se às infrações disciplinares capituladas também como crime.

§ 3º A abertura de sindicância ou a instauração de processo disciplinar interrompe a prescrição, até a decisão final proferida por autoridade competente.

§ 4º Interrompido o curso da prescrição, o prazo começará a correr a partir do dia em que cessar a interrupção.

CAPÍTULO VI DO PROCESSO ADMINISTRATIVO DISCIPLINAR

Art. 53. A autoridade que tiver ciência de irregularidade é obrigada a promover a sua apuração imediata, mediante sindicância ou processo administrativo disciplinar, assegurado ao acusado ampla defesa e o contraditório.

§ 1º Compete à área de recursos humanos supervisionar e fiscalizar o cumprimento do disposto neste artigo.

§ 2º Constatada a omissão no cumprimento da obrigação a que se refere o *caput* deste artigo, o titular do órgão de recursos humanos designará a comissão de que trata o art. 63, desta Lei Complementar.

Art. 54. As denúncias sobre irregularidades poderão ser feitas por qualquer servidor e serão objeto de apuração, desde que contenham a identificação e o endereço do denunciante e sejam formuladas por escrito, confirmada a autenticidade.

§ 1º Qualquer servidor poderá denunciar os fatos à autoridade superior, desde que o faça motivadamente.

§ 2º Quando o fato narrado não configurar evidente infração disciplinar ou ilícito penal, a denúncia será arquivada, por falta de objeto.

Art. 55. Da sindicância poderá resultar:

I - arquivamento do processo; e

II - instauração de processo disciplinar.

Parágrafo único. O prazo para conclusão da sindicância não excederá 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da autoridade superior.

CAPÍTULO VII DO PROCESSO DISCIPLINAR

Art. 56. O processo disciplinar é o instrumento destinado a apurar responsabilidade de servidor por infração praticada no exercício de suas atribuições, ou que tenha relação com as atribuições do cargo em que se encontre investido.

Art. 57. O processo disciplinar será conduzido por comissão composta de 3 (três) servidores estáveis designados pela autoridade competente, que indicará dentre eles o seu presidente, que deverá ser ocupante de cargo efetivo superior ou de mesmo nível, preferencialmente, bacharel em direito ou ter nível de escolaridade igual ou superior ao do indiciado.

§ 1º A comissão terá como secretário servidor designado pelo seu presidente, podendo a indicação recair em um de seus membros.

§ 2º Não poderá participar de comissão de sindicância ou de inquérito, cônjuge, companheiro ou parente do acusado, consangüíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau.

Art. 58. A comissão exercerá suas atividades com independência e imparcialidade, assegurado o sigilo necessário à elucidação do fato ou exigido pelo interesse da administração.

Parágrafo único. As reuniões e as audiências das comissões terão caráter reservado.

Art. 59. O processo disciplinar se desenvolve nas seguintes fases:

I - instauração, com a publicação do ato que constituir a comissão;

II - inquérito administrativo, que compreende instrução, defesa e relatório; e

III - julgamento.

Parágrafo único. A comissão que der motivo para a postergação ou não cumprimento de prazos será responsabilizada administrativamente.

Art. 60. O prazo para a conclusão do processo disciplinar não excederá 60 (sessenta) dias, contados da data de publicação do ato que constituir a comissão, admitida a sua prorrogação por igual prazo, quando as circunstâncias o exigirem.

§ 1º Sempre que necessário, a comissão dedicará tempo integral aos seus trabalhos, ficando seus membros dispensados do ponto, até a entrega do relatório final, mediante prévia comunicação ao chefe imediato.

§ 2º As reuniões da comissão serão registradas em atas que deverão detalhar as deliberações adotadas.

§ 3º Havendo necessidade de prova pericial o prazo será interrompido, reiniciando-se após a apresentação do laudo requerido.

SEÇÃO I DO INQUÉRITO

Art. 61. O inquérito administrativo obedecerá ao princípio do contraditório, assegurada ao acusado ampla defesa, com a utilização dos meios e recursos admitidos em direito.

Art. 62. Os autos da sindicância integrarão o processo disciplinar, como peça informativa da instrução.

Parágrafo único. Na hipótese de o relatório da sindicância concluir que a infração está capitulada como ilícito penal, a autoridade competente encaminhará cópia dos autos ao Ministério Público, independentemente da imediata instauração do processo disciplinar.

Art. 63. Na fase do inquérito, a comissão promoverá a tomada de depoimentos, acareações, investigações e diligências cabíveis, objetivando a coleta de prova, recorrendo quando necessário, a técnicos e peritos, de modo a permitir a completa elucidação dos fatos.

Art. 64. É assegurado ao servidor o direito de acompanhar o processo pessoalmente ou por intermédio de procurador, arrolar e reinquirir testemunhas, produzir provas e contraprovas e formular quesitos, quando se tratar de prova pericial.

Parágrafo único. O presidente da comissão poderá denegar pedidos considerados impertinentes, meramente protelatórios, ou de nenhum interesse para o esclarecimento dos fatos.

Art. 65. As testemunhas serão intimadas a depor mediante ofício expedido pelo presidente da comissão, devendo a segunda via, com o ciente do interessado, ser anexada aos autos.

Parágrafo único. Se a testemunha for servidor público, a expedição do mandado será imediatamente comunicada ao chefe da repartição onde serve, com a indicação do dia e hora marcados para inquirição.

Art. 66. Concluída a inquirição do denunciante e denunciado, serão inquiridas as testemunhas.

Art. 67. O depoimento será prestado oralmente e reduzido a termo, não sendo lícito à testemunha trazê-lo por escrito.

§ 1º As testemunhas serão inquiridas separadamente.

§ 2º Na hipótese de depoimentos contraditórios ou que se infirmem, proceder-se-á à acareação.

Art. 68. Concluída a inquirição do denunciante, do denunciado e posteriormente das testemunhas, a comissão promoverá o interrogatório do acusado, observados os procedimentos previstos nos arts. 65 e 67, desta Lei Complementar.

§ 1º No caso de mais de um acusado, cada um deles será ouvido separadamente, e sempre que divergirem em suas declarações sobre fatos ou circunstâncias, será promovida a acareação.

§ 2º O procurador do acusado poderá assistir ao interrogatório, bem como à inquirição das testemunhas, sendo-lhe vedado interferir nas perguntas e respostas, facultando-lhe, porém, reinquiri-las, por intermédio do presidente da comissão.

Art. 69. Quando houver dúvida sobre a sanidade mental do acusado, a comissão proporá à autoridade competente que ele seja submetido a exame por junta médica oficial, da qual participe pelo menos um médico psiquiatra.

Parágrafo único. O incidente de sanidade mental será processado em auto apartado e apenso ao processo principal, após a expedição do laudo pericial.

Art. 70. Tipificada a infração disciplinar, será formulada a indicição do servidor, com a especificação dos fatos a ele imputados e das respectivas provas.

§ 1º O indiciado será citado por ofício expedido pelo presidente da comissão para apresentar defesa escrita, no prazo de 20 (vinte) dias, assegurando-lhe vista do processo na repartição ou em carga.

§ 2º Havendo dois ou mais indiciados, o prazo será comum e de 30 (trinta) dias.

§ 3º O prazo de defesa poderá ser prorrogado pelo dobro, para diligências reputadas indispensáveis.

§ 4º No caso de recusa do indiciado em apor o ciente na cópia da citação, o prazo para defesa contar-se-á da data declarada, em termo próprio, pelo membro da comissão que fez a citação, com a assinatura de duas testemunhas.

Art. 71. O indiciado que mudar de residência fica obrigado a comunicar à comissão o lugar onde poderá ser encontrado.

Art. 72. Achando-se o indiciado em lugar incerto e não sabido, será citado por edital, publicado no Diário Oficial do Estado e em jornal de grande circulação na localidade do último domicílio conhecido, para apresentar defesa.

Parágrafo único. Na hipótese deste artigo, o prazo para defesa será de 30 (trinta) dias a partir da última publicação do edital.

Art. 73. Considerar-se-á revel o indiciado que, regularmente citado, não apresentar defesa no prazo legal.

§ 1º A revelia será declarada, por termo, nos autos do processo e devoloverá o prazo para a defesa.

§ 2º Para defender o indiciado revel, a autoridade instauradora do processo designará um servidor como defensor dativo, que deverá ser ocupante de cargo efetivo superior ou de mesmo nível, ou ter nível de escolaridade igual ou superior ao do indiciado.

Art. 74. Apreciada a defesa, a comissão elaborará relatório minucioso, onde resumirá as peças principais dos autos e mencionará as provas em que se baseou para formar a sua convicção.

§ 1º O relatório será sempre conclusivo quanto à inocência ou à responsabilidade do servidor.

§ 2º Reconhecida a responsabilidade do servidor, a comissão indicará o dispositivo legal ou regulamentar transgredido, bem como as circunstâncias agravantes ou atenuantes.

Art. 75. O processo disciplinar, com o relatório da comissão, será remetido à autoridade que determinou a sua instauração, para julgamento.

SEÇÃO II DO JULGAMENTO

Art. 76. No prazo de 20 (vinte) dias, contados do recebimento do processo, a autoridade julgadora proferirá a sua decisão.

§ 1º Se a penalidade a ser aplicada exceder a alçada da autoridade instauradora do processo, este será encaminhado à autoridade competente, que decidirá em igual prazo.

§ 2º Havendo mais de um indiciado e diversidade de sanções, o julgamento caberá à autoridade competente para a imposição da pena mais grave.

§ 3º Se a penalidade prevista for a demissão ou cassação de aposentadoria ou disponibilidade, o julgamento caberá à autoridade de que trata o inciso I do art. 51, desta Lei Complementar.

§ 4º Reconhecida pela comissão a inocência do servidor, a autoridade instauradora do processo determinará o seu arquivamento, salvo se flagrantemente contrária à prova dos autos.

Art. 77. O julgamento acatará o relatório da comissão, salvo quando contrário às provas dos autos.

Parágrafo único. Quando o relatório da comissão contrariar as provas dos autos, a autoridade julgadora poderá, motivadamente, agravar a penalidade proposta, abrandá-la ou isentar o servidor de responsabilidade.

Art. 78. Verificada a ocorrência de vício insanável, a autoridade que determinou a instauração do processo ou outra de hierarquia superior declarará a sua nulidade, total ou parcial, e ordenará, no mesmo ato, a constituição de outra comissão para instauração de novo processo.

Parágrafo único. A autoridade julgadora que der causa à prescrição de que trata o art. 52, será responsabilizada na forma do Capítulo V, do Título VI, desta Lei Complementar.

Art. 79. Quando a infração estiver capitulada como crime, o processo disciplinar será remetido ao Ministério Público para instauração da ação penal, ficando trasladado na repartição.

Art. 80. O servidor que responder a processo disciplinar só poderá ser exonerado a pedido, ou aposentado voluntariamente, após a conclusão do processo e o cumprimento da penalidade, acaso aplicada.

Art. 81. Serão assegurados transporte e diárias:

I - ao servidor convocado para prestar depoimento fora da sede de sua repartição, na condição de testemunha, denunciado ou indiciado;

II - aos membros da comissão e ao secretário, quando obrigados a se deslocarem da sede dos trabalhos para a realização de missão essencial ao esclarecimento dos fatos; e

III - os trabalhos da comissão realizados fora do horário normal de trabalho serão remunerados na forma de hora-plantão.

SEÇÃO III DA REVISÃO DO PROCESSO

Art. 82. O processo disciplinar poderá ser revisto, a qualquer tempo, a pedido ou de ofício, quando se aduzirem fatos novos ou circunstâncias suscetíveis de justificar a inocência do punido ou a inadequação da penalidade aplicada.

§ 1º Em caso de falecimento, ausência ou desaparecimento do servidor, qualquer pessoa da família poderá requerer a revisão do processo.

§ 2º No caso de incapacidade mental do servidor, a revisão será requerida pelo respectivo curador.

Art. 83. No processo revisional, o ônus da prova cabe ao requerente.

Art. 84. A simples alegação de injustiça da penalidade não constitui fundamento para a revisão, que requer elementos novos, ainda não apreciados no processo originário.

Art. 85. O requerimento de revisão do processo será dirigido ao Secretário de Estado da Administração, que, se autorizar a revisão providenciará a constituição de comissão, na forma dos arts. 57 e 58 da presente Lei Complementar.

Art. 86. A revisão correrá em apenso ao processo originário.

Parágrafo único. Na petição inicial, o requerente pedirá dia e hora para a produção de provas e inquirição das testemunhas que arrolar.

Art. 87. A comissão revisora terá 60 (sessenta) dias para a conclusão dos trabalhos.

Art. 88. Aplicam-se aos trabalhos da comissão revisora, no que couber, as normas e procedimentos próprios da comissão do processo disciplinar.

Art. 89. O julgamento caberá à autoridade que aplicou a penalidade, nos termos do art. 51 e atenderá o disposto nos arts. 76 a 81, desta Lei Complementar.

Art. 90. Julgada procedente a revisão, será declarada sem efeito a penalidade aplicada, restabelecendo-se todos os direitos do servidor, exceto em relação à destituição do cargo em comissão, que será convertida em exoneração.

Parágrafo único. Da revisão do processo não poderá resultar agravamento de penalidade.

TÍTULO VII DA IMPLANTAÇÃO DO PCV

Art. 91. A implantação do Plano de Carreira e Vencimento, de que trata esta Lei Complementar, far-se-á em três etapas, em conformidade com o que segue:

I - primeira etapa: consiste na concessão de antecipação nos termos da Lei nº 13.447, de 25 de julho de 2005;

II - segunda etapa: consiste na incidência sobre a antecipação referida no inciso anterior, a partir do mês de janeiro de 2006, das seguintes vantagens pecuniárias:

- a) adicional por tempo de serviço;
- b) terço constitucional de férias;
- c) hora-plantão, horário noturno e sobreaviso; e
- d) adicional de pós-graduação.

III - terceira etapa: consiste no enquadramento e demais disposições desta Lei Complementar, a vigorar a partir de 1º de abril de 2006.

§ 1º Para fins do enquadramento previsto no inciso I deste artigo, considerar-se-á o posicionamento do servidor na estrutura de cargos e vencimentos anterior à vigência deste Plano.

§ 2º A linha de correlação para fins de enquadramento será fixada por Ato do Chefe do Poder Executivo.

§ 3º A implantação do presente Plano não poderá ocasionar redução de remuneração.

Art. 92. Ficam extintas e absorvidas pelo valor de vencimento fixado por esta Lei Complementar as seguintes vantagens pecuniárias:

I - gratificação complementar de vencimento, instituída pela Lei nº 9.503, de 8 de março de 1994, com as alterações posteriores;

II - antecipação de que trata o art. 6º da Lei Complementar nº 118, de 30 de maio de 1994, com as alterações posteriores;

III - complemento do piso do Estado, instituído pelo art. 58 da Lei Complementar nº 81, de 10 de março de 1993, pago na rubrica de provento 1092;

IV - abono de que trata a Lei nº 12.667, de 29 de setembro de 2003;

V - parte do vencimento, incremento da gratificação complementar de vencimento e complemento do piso do Estado, vinculados ao salário-mínimo por força de decisão judicial;

VI - antecipação instituída pela Lei nº 13.447, de 25 de julho de 2005; e

VII - gratificação de produtividade prevista na Lei nº 9.486, de 19 de janeiro de 1994, Lei nº 9.487, de 19 de janeiro de 1994, e Lei nº 9.751, de 6 de dezembro de 1994, com as alterações posteriores.

TÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 93. As vantagens pecuniárias, a qualquer título, cujo pagamento é realizado com recursos do Fundo Estadual de Saúde, deverão ser processadas pelo Sistema Informatizado de Recursos Humanos, gerenciado pela Secretaria de Estado da Administração.

Parágrafo único. Os serviços passíveis de percepção de pro-labore serão objeto de regulamento a ser editado pelo Chefe do Poder Executivo em até 60 (sessenta) dias contados da publicação desta Lei Complementar.

Art. 94. O § 4º, do art. 1º, da Lei Complementar nº 83, de 18 de março de 1993, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º

§ 4º O valor da Vantagem Nominalmente Identificável será mantido quando ocorrer alteração do vencimento do cargo de provimento efetivo, em decorrência de implantação de Planos de Classificação de Cargos e Vencimentos ou progressão funcional, observada sempre a proporcionalidade da carga horária e será aumentado nas mesmas datas e índices dos reajustes do vencimento do cargo efetivo.”

Art. 95. Os períodos de licença-prêmio, concedidos a partir da vigência desta Lei Complementar, deverão ser usufruídos, no máximo, até o prazo de concessão de nova licença.

§ 1º O usufruto de que trata o *caput* deste artigo poderá ocorrer de forma parcelada, em período não inferior a trinta dias.

§ 2º Terá prioridade no usufruto de licença-prêmio o servidor que estiver próximo de atender os requisitos para fins de aposentadoria.

Art. 96. Ao servidor ocupante de cargo efetivo do Quadro de Pessoal da Secretaria de Estado da Saúde, quando eleito para cargo de direção junto à entidade sindical representativa da categoria, inclusive de caráter federativo ou confederativo, é facultada a licença especial com remuneração integral e sem prejuízo de sua situação funcional.

Parágrafo único. A licença especial de que trata o *caput* deste artigo obedecerá aos seguintes critérios quanto à carga horária:

- I - de 500 a 1.000 servidores filiados - 30 horas semanais;
- II - de 1.001 a 2.000 servidores filiados - 90 (noventa) horas semanais;
- III - de 2.001 a 4.000 servidores filiados - 180 (cento e oitenta) horas semanais;
- IV - de 4.001 a 6.000 servidores filiados - 240 (duzentas e quarenta) horas semanais; e

V - acima de 6.000 servidores filiados - 30 (trinta) horas semanais a cada 2.000 associados.

Art. 97. Compete à Secretaria de Estado da Saúde garantir a todo servidor que estiver afastado por motivo de acidente de trabalho, o transporte para a realização de sessões de fisioterapia e consultas médicas, mediante comprovação de dificuldade de locomoção, nos termos de regulamento do Chefe do Poder Executivo.

Art. 98. As disposições desta Lei Complementar não se aplicam aos servidores inativos atingidos pelas disposições do art. 40, § 3º, da Constituição da República, com a alteração dada pela Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003.

Art. 99. Ao servidor que, em decorrência do enquadramento previsto nesta Lei Complementar, sofrer redução da remuneração mensal, fica assegurada a percepção da diferença como vantagem pessoal nominalmente identificável, a ser absorvida por futuros reajustes de vencimento e progressões funcionais.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto no *caput* deste artigo na hipótese de redução de remuneração em decorrência de progressão funcional, em quaisquer de suas modalidades.

Art. 100. Fica assegurada a revisão anual dos valores de vencimento fixados pelo art. 16 desta Lei Complementar, a qual deverá ocorrer no mês de janeiro de cada exercício.

Art. 101. As disposições dos arts. 135 a 167, da Lei nº 6.745, de 1985, não se aplicam aos servidores abrangidos por esta Lei Complementar.

Art. 102. O Chefe do Poder Executivo baixará os atos necessários à fiel execução da presente Lei Complementar.

Art. 103. O prazo para a regulamentação dos temas previstos nesta Lei Complementar deverá ocorrer, no máximo, até 12 (doze) meses, a contar da vigência desta Lei Complementar.

Art. 104. Esta Lei Complementar entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2006, exceto as disposições do art. 91, inciso III, que vigorará a partir de 1º de abril de 2006.

Florianópolis, 02 de março de 2006

LUIZ HENRIQUE DA SILVEIRA
Governador do Estado

Publicada no Diário Oficial de 02/03/2006

**ANEXO I
QUADRO DE PESSOAL**

CARGO	2	QUANTITATIVO	2	COMPETÊNCIAS	QUANTITATIVO POR COMPETÊNCIA
TÉCNICO EM GESTÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE	2	16.951	2	Agente de Serviços Gerais	2284
				Copeiro	550
				Lactarista	96
				Agente em Atividades Administrativas	203
				Caldeireiro	66
				Marceneiro	25
				Carpinteiro	10
				Costureiro	56
				Cozinheiro	218
				Eletricista	118
				Encanador	66
				Jardineiro	15
				Mecânico	02
				Motorista	255
				Padeiro	17
				Pedreiro	20
				Pintor	15
				Agente de Portaria	150
				Agente de Manutenção	59
				Auxiliar de Serviços Hospitalares e Assistenciais	1273
				Atendente de Saúde Pública	659
				Agente Auxiliar de Saúde Pública	76
				Auxiliar de Enfermagem	1436
				Auxiliar de Laboratório	146
				Massagista	03
				Motorista Socorrista	115
				Rádio-Operador	42
				Técnico Auxiliar de Regulação Médica	84
				Técnico em Atividades Administrativas	1855
				Técnico em Contabilidade	28
				Técnico em Edificações	06
				Técnico em Eletricidade	10
				Técnico em Eletrônica	04
Técnico em Informática	40				
Técnico em Manutenção de Equipamentos Médicos Hospitalares	22				
Técnico em Segurança do Trabalho	30				
				Telefonista	200
				Técnico de Radiologia e Imagem	160

	Técnico em Alimentos	40
	Técnico em Enfermagem	1335
	Técnico em Fisioterapia	80
	Técnico em Imobilização Ortopédica	96
	Técnico em Higiene Dental	40
	Técnico em Instrumentação Cirúrgica	300
	Técnico em Laboratório	146
	Técnico em Nutrição	80
	Técnico em Prótese e Órtese	20
	Técnico em Radioterapia	10
	Técnico em Vigilância Sanitária	10
	Técnico em Patologia Clínica	10
	Administrador	74
	Analista de Sistemas	35
	Analista Técnico Administrativo	97
	Arquiteto	02
	Assistente Social	160
	Auditor em Saúde	30
	Bibliotecário	30
	Biólogo	05
	Bioquímico	216
	Contador	04
	Economista	30
	Enfermeiro	910
	Engenheiro	03
	Farmacêutico	120
	Fiscal Sanitarista	40
	Físico	08
	Fisioterapeuta	70
	Fonoaudiólogo	70
	Profissional de Educação Física	40
	Médico	1969
	Médico Veterinário	06
	Nutricionista	80
	Odontólogo	137
	Pedagogo	27
	Psicólogo	80
	Químico	06
	Sanitarista	51
	Terapeuta Ocupacional	70

ANEXO II**CARGO: ANALISTA TÉCNICO EM GESTÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE****ANEXO II-1****2.1 COMPETÊNCIA:****Agente de Serviços Gerais****ATRIBUIÇÕES:**

Lavar, secar e passar as roupas hospitalares, utilizando processos mecânicos, soluções químicas adequadas ao grau de sujidade da roupa, procedendo a coleta, classificação e pesagem das peças, de forma a não ultrapassar a capacidade das máquinas e efetuar a distribuição nas diversas unidades/setores; operar máquinas de lavanderia, preparando-as, acionando-as, controlando o funcionamento e níveis de substâncias químicas empregadas, observando as recomendações técnicas para o uso; e manipular produtos químicos e roupas; executar trabalho rotineiro de conservação, manutenção e limpeza em geral de dependências internas e externas, móveis e assessorios, parques, jardins, áreas verdes e logradouros a fim de mantê-los com boa aparência; e transportar móveis e outros, quando necessário; executar atividades de auxiliar de cozinha em geral; executar serviços internos e externos de entrega de documentos e mensagens; operar o painel de controle do elevador de acordo com o solicitado; conduzir paciente, servidores, visitantes e materiais dos diversos setores da unidade, zelando pela conservação dos mesmos; e orientar e prestar informações aos usuários quando solicitado.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Fundamental

ANEXO II-2**2.2 COMPETÊNCIA:****Copeiro****ATRIBUIÇÕES:**

Preparar e/ou servir café, água, lanche e refeição a servidores e visitantes, recolhendo vasilhames, louças e talheres, limpando e esterilizando utensílios e instalações de copa e zelando pela guarda e conservação do material e do local de trabalho.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Fundamental.

ANEXO II-3**2.3 COMPETÊNCIA:****Lactarista****ATRIBUIÇÕES:**

Produzir fórmulas lácteas, hídricas e enterais, dentro das especificações pré-determinadas; contribuir para o desenvolvimento sadio das crianças, preparando alimentos de acordo com o cardápio estabelecido, técnicas dietéticas de preparo, obedecendo às normas de higiene que a situação requer; distribuir esses alimentos, observando a aceitação dos mesmos, bem como repondo-os quando solicitado; manter espaço de preparo, bem como equipamentos desinfetados e limpos; zelar pelo tratamento e descarte dos resíduos provenientes de seu local de trabalho; executar outras tarefas correlatas com a competência.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Fundamental

ANEXO II-4**2.4 COMPETÊNCIA:****Agente em Atividades Administrativas****ATRIBUIÇÕES:**

Receber, classificar, conferir, protocolizar, localizar, expedir e/ou arquivar expedientes e outros documentos; redigir correspondências simples; arquivar sistematicamente cartas, fichas, prontuários, documentos, fitas e outros materiais, classificando-os segundo critérios apropriados; executar tarefas auxiliares de registro, manuseio e guarda de livros e publicações; executar serviços gerais de registro de dados; executar serviços relativos ao controle e distribuição de medicamentos.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-5**2.5 COMPETÊNCIA:****Caldeireiro****ATRIBUIÇÕES:**

Operar uma ou mais caldeiras, manejando válvulas, registros e outros dispositivos de controle, a fim de fornecer vapor para produção de calor ou energia.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-6

2.6 COMPETÊNCIA:

Marceneiro

ATRIBUIÇÕES:

Executar tarefas de manutenção de marcenaria, transportando materiais e ferramentas, auxiliando na montagem e desmontagem de peças, armações e instalações afins, acompanhando todo o processo desenvolvido, inclusive de preparação e limpeza da área.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-7

2.7 COMPETÊNCIA:

Carpinteiro

ATRIBUIÇÕES:

Executar tarefas de manutenção de carpintaria, transportando materiais e ferramentas, auxiliando na montagem e desmontagem de peças, armações e instalações afins, acompanhando todo o processo desenvolvido, inclusive de preparação e limpeza da área.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-8

2.8 COMPETÊNCIA:

Costureiro

ATRIBUIÇÕES:

Executar trabalhos de costura em geral, na confecção de peças com overloque e outras atividades correlatas com a competência.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-9**2.9 COMPETÊNCIA:****Cozinheiro****ATRIBUIÇÕES:**

Organizar, elaborar e supervisionar serviços de cozinha em hospitais, planejando cardápios e elaborando o pré-preparo, o preparo e a finalização de alimentos, observando métodos de cocção e padrões de qualidade dos alimentos.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-10**2.10 COMPETÊNCIA:****Eletricista****ATRIBUIÇÕES:**

Executar tarefas de manutenção em eletricidade, transportar materiais e ferramentas, auxiliar na montagem e desmontagem de peças, armações e instalações afins, acompanhar todo o processo desenvolvido.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-11**2.11 COMPETÊNCIA:****Encanador****ATRIBUIÇÕES:**

Executar tarefas de manutenção de encanamentos, transportar materiais e ferramentas, auxiliar na montagem e desmontagem de peças, armações e instalações afins, acompanhar todo o processo desenvolvido.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-12**2.12 COMPETÊNCIA:****Jardineiro****ATRIBUIÇÕES:**

Executar tarefas de jardinagem em geral e outras atividades correlatas com a competência.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-13**2.13 COMPETÊNCIA:****Mecânico****ATRIBUIÇÕES:**

Executar serviços de mecânica, montagem e desmontagem, reparo e ajustamento de máquinas e equipamentos de diversos tipos.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-14**2.14 COMPETÊNCIA:****Motorista****ATRIBUIÇÕES:**

Dirigir veículos automotores em geral; proceder ao mapeamento de viagens; transportar pessoas ou materiais em veículos; fazer entrega de malotes e documentos; auxiliar no embarque e desembarque de pacientes; promover o abastecimento de combustível do veículo; efetuar reparos de emergência no veículo; zelar pela segurança de passageiros e cargas que lhe forem confiados e pela limpeza e conservação dos veículos, observando o calendário de manutenção; observar medidas de segurança contra acidentes; e executar tarefas afins.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

REGISTRO PROFISSIONAL:

Carteira Nacional de Habilitação específica para conduzir ambulância e carros oficiais.

ANEXO II-15

2.15 COMPETÊNCIA:

Padeiro

ATRIBUIÇÕES:

Planejar a produção e preparar massas de pão, macarrão e similares; redigir documentos tais como requisição de materiais; registros de saída de materiais e relatórios de produção; trabalhar em conformidade com as normas e procedimentos técnicos e de qualidade, segurança, higiene, saúde e preservação ambiental.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-16

2.16 COMPETÊNCIA:

Pedreiro

ATRIBUIÇÕES:

Executar tarefas de manutenção de alvenaria, transportando materiais e ferramentas, auxiliando na montagem e desmontagem de peças, armações e instalações afins, acompanhando todo o processo desenvolvido, inclusive de preparação e limpeza da área.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-17

2.17 COMPETÊNCIA:

Pintor

2.18

2.19 ATRIBUIÇÕES:

2.20 EXECUTAR TAREFAS DE MANUTENÇÃO DE PINTURA, TRANSPORTANDO MATERIAIS E FERRAMENTAS, AUXILIANDO NA MONTAGEM E DESMONTAGEM DE PEÇAS, ARMAÇÕES E INSTALAÇÕES AFINS, ACOMPANHANDO TODO O PROCESSO DESENVOLVIDO, INCLUSIVE DE PREPARAÇÃO E LIMPEZA DA ÁREA.

2.21

2.22 PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

2.23 FORMAÇÃO:

2.24 CONCLUSÃO DO ENSINO MÉDIO

ANEXO II-18**2.25 COMPETÊNCIA:****Agente de Portaria****ATRIBUIÇÕES:**

Executar serviços de recepção em portaria de edifícios e/ou hospitais, centros de saúde, baseando-se em regras de conduta pré-determinadas, para assegurar a ordem e segurança dos locais e de seus ocupantes; e auxiliar no encaminhamento e condução do paciente.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-19**2.26 COMPETÊNCIA:****Agente de Manutenção****ATRIBUIÇÕES:**

Executar serviços de reparos e de manutenção em instalações, máquinas, equipamentos e mobiliário em geral; executar limpeza, regulagem e acondicionamento de peças e maquinário em geral; manusear, acondicionar e operar máquinas e ferramentas de serviço; executar outras atividades correlatas com a competência.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-20**2.27 COMPETÊNCIA:****Auxiliar de Serviços Hospitalares e Assistenciais****ATRIBUIÇÕES:**

Participar da passagem de plantão e tomar conhecimento sobre as ocorrências; prestar cuidados de higiene e conforto aos pacientes; verificar e anotar no prontuário sinais vitais e comunicar qualquer alteração; acompanhar o paciente aos diversos setores do hospital; auxiliar na deambulação, recreação e alimentação dos pacientes; auxiliar no preparo do paciente para exames, atos cirúrgicos, admissões, altas e transferências; manter limpa e em ordem a unidade do paciente e demais dependências da unidade de enfermagem; limpar e conservar o material usado no setor; fazer rol de roupa suja, receber e guardar roupa limpa; desenvolver um ambiente de colaboração, de trabalho em equipe na unidade e com outros setores do hospital; cumprir e fazer cumprir o regulamento do hospital e o regimento do serviço de enfermagem; e executar outras atividades correlatas com a competência.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL
FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-21**2.28 COMPETÊNCIA:****Atendente de Saúde Pública****ATRIBUIÇÕES:**

Executar procedimentos de enfermagem, de acordo com as normas técnicas da instituição; participar na orientação ao indivíduo e a grupos da comunidade, sobre aspectos de saúde; participar de ações de saúde desenvolvidas pela comunidade; participar na execução de programas de vacinação, de acordo com o esquema adotado pelo órgão central; efetuar a coleta de material para exames complementares, quando solicitado; realizar atividades de pré e pós-consulta médica e de enfermagem; fazer controle de enfermagem de acordo com as normas técnicas e estabelecidas pelos programas das instituições; executar ação de controle e avaliação das condições vitais do indivíduo sadio ou doente, confrontando-as com os padrões de normalidade.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-22**2.29 COMPETÊNCIA:****Agente Auxiliar de Saúde Pública****ATRIBUIÇÕES:**

Auxiliar o Fiscal Sanitarista ou Sanitarista, chefe da unidade sanitária e o Técnico em Vigilância Sanitária no desenvolvimento das ações de vigilância sanitária de alimentos e saneamento do meio ambiente; fiscalizar as condições físicas e higiênico-sanitárias de estabelecimentos de interesse da saúde pública para concessão de alvará sanitário, para atendimento de denúncias e reclamações e para manutenção regular de tais condições; fiscalizar as condições de saneamento nas construções civis; lavrar autos e termos, bem como preencher demais documentos em consonância com o código sanitário vigente e normas administrativas expedidas; fiscalizar o funcionamento dos estabelecimentos de interesse da saúde pública; organizar, disciplinar e manter o sistema de arquivo e de protocolo concernente à vigilância sanitária, na unidade sanitária; fiscalizar e controlar o correto cumprimento da legislação vigente em relação a preparo, manipulação, acondicionamento, conservação, armazenamento, transporte, depósito, distribuição ou venda de alimentos, orientando proprietários e manipuladores; apreender, interditar e inutilizar sumariamente, alimentos destinados ao consumo que, quando expostos à venda, não estiverem com a devida proteção, apresentarem-se visivelmente prejudiciais à saúde ou manifestamente adulterados; coletar amostras de alimentos, água e outras de

interesse da saúde pública para análise prévia, fiscal, de controle, de orientação e de requisição; fiscalizar na comunidade e nos domicílios as condições relacionadas a saneamento básico, coleta e transporte do lixo, habitabilidade e saúde básica; fornecer relatório de suas atividades à chefia imediata; e executar outras atividades correlatas com a competência.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-23

2.30 COMPETÊNCIA:

Auxiliar de Enfermagem

ATRIBUIÇÕES:

Prestar cuidados básicos de enfermagem, sob a coordenação e a supervisão do enfermeiro, nos diferentes níveis de complexidade das ações de saúde; participar de processos de educação em saúde e de atividades de ações coletivas de saúde, em conformidade com a legislação de exercício profissional.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio e de formação na área de atuação

ANEXO II-24

2.31 COMPETÊNCIA:

Auxiliar de Laboratório

ATRIBUIÇÕES:

Desenvolver atividades auxiliares gerais de laboratório de análises clínicas e químicas, preparando, limpando, conservando e guardando instrumentos e aparelhos, fazendo coleta e amostras de materiais e similares a fim de assegurar maior rendimento do trabalho e seu processamento de acordo com os padrões requeridos.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-25

2.32 COMPETÊNCIA:

Massagista

ATRIBUIÇÕES:

Preparar o paciente para aplicação de massagens; aplicar massagens corretivas sob prescrição médica com finalidades fisioterápicas; massagiar os pacientes para ativar e melhorar a circulação ou outras vantagens terapêuticas, segundo técnicas

adequadas; ensinar o paciente a prática de exercícios por demonstração para ajudar a orientação ou recuperação de seqüelas diversas; cumprir as instruções técnicas de serviço; e executar outras atividades correlatas com a competência.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio na área específica de atuação, caso houver, e registro no respectivo Conselho Regional.

ANEXO II-26

2.33 COMPETÊNCIA:

Motorista Socorrista

ATRIBUIÇÕES:

Conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário (transporte de pacientes), obedecendo padrões de capacitação; possuir equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas e capacidade de trabalhar em equipe.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Ensino Médio

REGISTRO PROFISSIONAL:

Carteira Nacional de Habilitação específica para conduzir ambulância (Categoria E)

ANEXO II-27

2.34 COMPETÊNCIA:

Rádio-Operador

ATRIBUIÇÕES:

Operar sistemas de radiocomunicação e realizar controle operacional de uma frota de veículos de emergência; possuir equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas e capacidade de trabalhar em equipe.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-28

2.35 COMPETÊNCIA:

Técnico Auxiliar de Regulação Médica

ATRIBUIÇÕES:

Prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, nas centrais de regulação médica, anotando dados básicos sobre o chamado

(localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência); possuir equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas e capacidade de trabalhar em equipe.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-29

2.36 COMPETÊNCIA:

Técnico em Atividades Administrativas

ATRIBUIÇÕES:

Organizar e executar serviços auxiliares nas áreas técnicas e administrativas, com utilização de ferramentas e sistemas informatizados, voltados à organização e atualização de arquivos e fichários, redação de correspondências oficiais, aquisição de materiais, análise e controle de serviços contábeis, e outras atividades correlatas com a competência.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-30

2.37 COMPETÊNCIA:

Técnico em Contabilidade

ATRIBUIÇÕES:

Efetuar orçamento das despesas de custeio de pessoal, obrigações patrimoniais, materiais de consumo e outros serviços e encargos; emitir mensalmente balanços orçamentários e executar alterações no orçamento, nos casos previstos, conferir e registrar em fichas contábeis todas as despesas da rede hospitalar; e cumprir as rotinas contábeis adotadas no setor público.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-31

2.38 COMPETÊNCIA:

Técnico em Edificações

ATRIBUIÇÕES:

Executar tarefas de caráter técnico relativo à execução de projetos de obras civis,

como construção e modificação de prédios, construção de galerias de dutos e outros tipos, pesquisando dados em campo, efetuando estudos de traçados, cooperando na elaboração de plantas arquitetônicas, fazendo levantamento taquiométrico e planialtimétrico e elaborando especificações pertinentes, para colaborar na construção, reparo e conservação das obras mencionadas.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso de Ensino Médio na área de atuação

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-32

2.39 COMPETÊNCIA:

Técnico em Eletricidade

ATRIBUIÇÕES:

Planejar, construir, instalar, ampliar e reparar redes e linhas elétricas de alta e baixa - tensão, linhas e redes de telecomunicação, rede de comunicação de dados e linhas de transmissão de energia de tração de veículos; instalar equipamentos e localizar defeitos.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

ANEXO II-33

2.40 COMPETÊNCIA:

Técnico em Eletrônica

ATRIBUIÇÕES:

Administrar equipes, metas e resultados de manutenção eletroeletrônica predial; elaborar orçamento, planejar as atividades e controlar o processo para sua realização; elaborar documentação técnica e zelar pela segurança, saúde e meio ambiente.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

ANEXO II-34

2.41 COMPETÊNCIA:

Técnico em Informática

ATRIBUIÇÕES:

Organizar documentos e informações; orientar usuários e os auxiliar na recuperação de dados e informações; disponibilizar fonte de dados para usuários; providenciar aquisição de material e incorporar material ao acervo; arquivar documentos, classificando-os segundo critérios apropriados para armazená-los e conservá-los; prestar serviço de comutação, alimentar base de dados e elaborar estatísticas; executar tarefas relacionadas com a elaboração e manutenção de arquivos, podendo ainda, operar equipamentos reprográficos, recuperar e preservar as informações por meio digital, magnético ou papel.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

ANEXO II-35

2.42 COMPETÊNCIA:

Técnico em Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares

ATRIBUIÇÕES:

Proceder a manutenção de equipamentos médico-hospitalares e outras atividades correlatas com a competência.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

REGISTRO PROFISSIONAL:

ANEXO II-36

2.43 COMPETÊNCIA:

Técnico em Segurança do Trabalho

ATRIBUIÇÕES:

Executar tarefas identificando as causas e origens de acidentes de trabalho, planejando, organizando e executando planos de prevenção criando um ambiente seguro e saudável; emitir relatório sobre as atividades da sua área de atuação.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

ANEXO II-37

2.44 COMPETÊNCIA:

Telefonista

ATRIBUIÇÕES:

Operar equipamentos de telefonia e outros sistemas de telecomunicações, movimentando chaves, interruptores e outros dispositivos para estabelecer comunicações internas, locais ou interurbanos; anotar, redigir e transmitir avisos internos para pacientes e servidores.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso de Ensino Médio

ANEXO II-38

2.45 COMPETÊNCIA:

Técnico de Radiologia e Imagem

ATRIBUIÇÕES:

Operar aparelho de RX na realização dos diversos tipos de exames, manuseando soluções químicas e substâncias radioativas; revelar filmes e zelar pela conservação dos equipamentos radiográficos e auxiliar na assistência ao paciente.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

ANEXO II-39

2.46 COMPETÊNCIA:

Técnico em Alimentos

ATRIBUIÇÕES:

Planejar o trabalho de processamento, conservação e controle de qualidade de insumos tais como bebidas, carnes e derivados, frutas e hortaliças, grãos e cereais, laticínios, massas alimentícias, produtos de panificação, pescado e derivados, açúcar e álcool, dentre outros; participar de pesquisa para melhoria, adequação e desenvolvimento de novos produtos e processos, sob supervisão; supervisionar processos de produção e do controle de qualidade nas etapas de produção; promover venda de insumos, processos e equipamentos; mobilizar capacidades comunicativas na elaboração de documentos e nos contatos com membros da equipe e clientes.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

ANEXO II-40

2.47 COMPETÊNCIA:
Técnico em Enfermagem

ATRIBUIÇÕES:

Executar e supervisionar serviços de enfermagem, empregando processo de rotina e/ou específicos, para possibilitar a proteção e recuperação da saúde do paciente, em hospitais, ambulatórios e serviços similares; e participar de programas de educação em saúde e de ações em saúde coletiva, com observância à legislação do exercício profissional.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-41

2.48 COMPETÊNCIA:
Técnico em Fisioterapia

ATRIBUIÇÕES:

Atender pacientes e clientes para prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia, terapia ocupacional e ortoptia; habilitar pacientes e clientes; realizar diagnósticos específicos; analisar condições dos pacientes e clientes; orientar pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis; avaliar baixa visão; ministrar testes e tratamentos ortópticos no paciente; desenvolver programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida; executar atividades técnico-científicas.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-42

2.49 COMPETÊNCIA:
Técnico em Imobilização Ortopédica

ATRIBUIÇÕES:

Confeccionar e retirar aparelhos gessados, talas gessadas e enfaixamentos com uso de material convencional e sintético (resina de fibra de vidro); executar imobilizações com uso de esparadrapo e talas digitais (imobilizações para os dedos); preparar e executar trações cutâneas, auxiliar o médico ortopedista na instalação de trações esqueléticas e

nas manobras de redução manual; preparar sala para pequenos procedimentos fora do centro cirúrgico, como pequenas suturas e anestesia local para manobras de redução manual, punções e infiltrações.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-43

2.50 COMPETÊNCIA:

Técnico em Higiene Dental

ATRIBUIÇÕES:

Atuar sob a supervisão de um cirurgião-dentista, colaborando em pesquisa, auxiliando-o em seu atendimento de consultório, desenvolvendo as atividades de odontologia sanitária, compondo equipe de saúde em nível local; e desenvolver ações de educação em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

ANEXO II-44

2.51 COMPETÊNCIA:

Técnico em Instrumentação Cirúrgica

ATRIBUIÇÕES:

Atuar sob a supervisão de profissional cirurgião, auxiliando-o na instrumentação cirúrgica, preparo do paciente, controle do instrumental, suprimindo o ambiente das condições físicas e materiais necessários à realização do procedimento.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

ANEXO II-45

2.52 COMPETÊNCIA:

Técnico em Laboratório

ATRIBUIÇÕES:

Executar trabalhos técnicos de laboratório relacionados a dosagens e análises bacteriológicas, bacterioscópicas e química, realizando ou orientando exames, testes de cultura de microorganismos, por meio de manipulação de aparelhos de laboratório e por outros meios para possibilitar diagnóstico, tratamento ou prevenção de doenças.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

ANEXO II-46**2.53 COMPETÊNCIA:****Técnico em Nutrição****ATRIBUIÇÕES:**

Providenciar alimentação adequada para o paciente, sob orientação do nutricionista, verificando prescrição dietética quando delegada, acompanhando a distribuição das refeições aos pacientes e auxiliando na supervisão de produção de refeições.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

ANEXO II-47**2.54 COMPETÊNCIA:****Técnico em Prótese e Órtese****ATRIBUIÇÕES:**

Confeccionar, montar, desmontar e ajustar, utilizando-se de moldes, membros artificiais, armaduras e outros aparelhos ortopédicos, sob supervisão especializada.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão do Ensino Médio

ANEXO II-48**2.55 COMPETÊNCIA:****Técnico de Radioterapia****ATRIBUIÇÕES:**

Preparar materiais e equipamentos para exames e radioterapia; operar aparelhos médicos e odontológicos para produzir imagens e gráficos funcionais como recurso auxiliar ao diagnóstico e terapia; preparar pacientes e realizar exames e radioterapia; prestar atendimento aos pacientes fora da sala de exame, realizando as atividades segundo boas práticas, normas e procedimento de biossegurança e código de conduta; mobilizar capacidades de comunicação para registro de informações e troca de informações com a equipe e com os pacientes.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

ANEXO II-49**2.56 COMPETÊNCIA:**

Técnico em Vigilância Sanitária

ATRIBUIÇÕES:

Desenvolver atividades de nível médio relacionadas à vigilância e à inspeção sanitária, realizar perícias técnicas, coleta de amostras para análise laboratorial; elaborar relatório, manual técnico e de roteiro técnico de inspeção; planejar ações de trabalhos de vigilância sanitária; participar de programas de saúde coletiva de educação em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

REGISTRO PROFISSIONAL:**ANEXO II-50****2.57 COMPETÊNCIA:**

Técnico em Patologia Clínica

ATRIBUIÇÕES:

Coletar, receber e distribuir material biológico de pacientes; preparar amostras do material biológico e realizar exames conforme protocolo; operar equipamentos analíticos e de suporte; executar, checar, calibrar e fazer manutenção corretiva dos equipamentos; administrar e organizar o local de trabalho; trabalhar conforme normas e procedimentos técnicos de boas práticas, qualidade e biossegurança; mobilizar capacidades de comunicação oral e escrita para efetuar registros, dialogar com a equipe de trabalho e orientar os pacientes quanto à coleta do material biológico.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Técnico de Ensino Médio na área de atuação

REGISTRO PROFISSIONAL:**ANEXO II-51****2.58 COMPETÊNCIA:**

Administrador

ATRIBUIÇÕES:

Desenvolver estudos, pesquisar, elaborar, implantar, acompanhar, coordenar e controlar

planos, programas e projetos relacionados à administração de pessoas e relação de trabalho, de operações e logística, de informação e tecnologia, de material, financeira, de organização, de métodos e de planejamento.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Superior em Administração

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-52

2.59 COMPETÊNCIA:

Analista de Sistemas

ATRIBUIÇÕES:

Analisar, projetar e executar sistemas de processamento de dados, estudando as necessidades, possibilidades e métodos referentes aos mesmos, para assegurar a exatidão e rapidez dos diversos tratamentos de informações; executar atividades de planejamento, coordenação, controle, orientação e análise das atividades da área de Processamento de Dados, bem como a definição de projetos de sistemas e tratamento de informações; emitir parecer pertinente à área de Processamento de Dados, e desenvolver atividades de ensino e pesquisa.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Superior em Análise de Sistemas, Sistema de Informação ou Computação

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-53

2.60 COMPETÊNCIA:

Analista Técnico Administrativo

ATRIBUIÇÕES:

Executar pesquisas, estudos, controle, acompanhamento, avaliação, implantação e a coordenação de ações, programas, planos e projetos de natureza técnica e administrativa.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Superior

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional ou órgão equivalente

ANEXO II-54

2.61 COMPETÊNCIA:**Arquiteto****ATRIBUIÇÕES:**

Elaborar estudos, anteprojetos e projetos de arquitetura, instalações, estrutura, urbanismo, ajardinamento, paisagismo e outros; elaborar plantas, desenhos, maquetes e estruturas de construção; acompanhar e fiscalizar obras e/ou serviços arquitetônicos e urbanísticos; supervisionar o trabalho dos técnicos, oficiais e auxiliares, e desenvolver atividades de ensino, pesquisa e de vigilância em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Arquitetura e Urbanismo

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-55**2.62 COMPETÊNCIA:****Assistente Social****ATRIBUIÇÕES:**

Prestar serviços de âmbito social a indivíduos ou grupos, em tratamento de saúde física ou mental, identificando e analisando seus problemas e necessidades materiais, psíquicas e de outra ordem e aplicando os processos básicos de serviço social, para facilitar a recuperação do paciente e promover sua reintegração ao meio social, familiar e de trabalho; desenvolver atividades de ensino, pesquisa e vigilância em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Serviço Social

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-56**2.63 COMPETÊNCIA:****Auditor em Saúde****ATRIBUIÇÕES:**

Prestar consultoria e informações gerenciais; realizar auditoria interna e externa; atender solicitações de órgãos fiscalizadores e realizar perícia.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional ou órgão

equivalente se houver.

ANEXO II-57

2.64 COMPETÊNCIA:

Bibliotecário

ATRIBUIÇÕES:

Planejar, organizar, coordenar e controlar todo o trabalho na biblioteca, manter intercâmbio com instituições da área, oferecer suporte ao usuário; supervisionar as atividades pertinentes à área; coordenar os processos de informatização da área; oferecer suporte as atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico no âmbito da instituição.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Superior em Biblioteconomia

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-58

2.65 COMPETÊNCIA:

Biólogo

ATRIBUIÇÕES:

Realizar pesquisa na natureza em laboratório, estudando origem, evolução, funções, estrutura, distribuição, meios, semelhanças e outros aspectos das diferentes formas de vida.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Superior em Biologia

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-59

2.66 COMPETÊNCIA:

Bioquímico

ATRIBUIÇÕES:

Realizar pesquisas sobre a composição, funções e processos químicos dos organismos vivos, desenvolvendo experiências, testes e análises clínicas de material biológico, análises bromatológicas, pesquisa, análise e produção de medicamentos, produção de hemoderivados e controle de qualidade.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Superior em Bioquímica
REGISTRO PROFISSIONAL: Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-60

2.67 COMPETÊNCIA: Contador
ATRIBUIÇÕES: Planejar, supervisionar, orientar e executar os trabalhos inerentes à contabilidade, de acordo com as exigências legais e administrativas, apurar os elementos necessários à elaboração orçamentária e ao controle da situação patrimonial e financeira da instituição; e desenvolver atividades de ensino.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO: Conclusão de Curso Superior em Ciências Contábeis
REGISTRO PROFISSIONAL: Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-61

2.68 COMPETÊNCIA: Economista
ATRIBUIÇÕES: Realizar planejamento, estudo, análise e previsão de natureza econômica, financeira e administrativa, aplicando os princípios e teorias da economia a fim de formular soluções e diretrizes para os problemas econômicos da instituição; desenvolver atividades de ensino e pesquisa.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO: Conclusão de Curso Superior em Economia
REGISTRO PROFISSIONAL: Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-62

2.69 COMPETÊNCIA: Enfermeiro
ATRIBUIÇÕES: Administrar, planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar atividades e ações de enfermagem no âmbito da assistência, pesquisa e docência, nos diferentes níveis de complexidade das ações de saúde; e participar de processos educativos, de formação e de ações coletivas e de vigilância em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Superior em Enfermagem
REGISTRO PROFISSIONAL: Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-63

2.70 COMPETÊNCIA: Engenheiro
ATRIBUIÇÕES: Elaborar, analisar, assessorar, supervisionar, acompanhar e fiscalizar projetos e processos nas áreas de: construção civil, eletricidade, eletrônica, mecânica, química, alimentos, vigilância sanitária e agronomia; desenvolver atividades de ensino e pesquisa.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO: Conclusão de Curso Superior em Engenharia
REGISTRO PROFISSIONAL: Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-64

2.71 COMPETÊNCIA: Farmacêutico
ATRIBUIÇÕES: Desenvolver atividades na área dos medicamentos e correlatos (desde a pesquisa, passando pelo processo de aquisição, manipulação, armazenagem, controle de qualidade e distribuição); atuar na área de análise clínica, análise toxicológica, dos domissaneantes (produção, controle de qualidade e distribuição) e na saúde pública; supervisionar as atividades desenvolvidas nas áreas de atuação, inclusive o pessoal Auxiliar e Técnico; e participar de atividades de ensino, pesquisa e fabricação de produtos químicos e farmacêuticos e de atividades de vigilância em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO: Conclusão de Curso Superior em Farmácia
REGISTRO PROFISSIONAL: Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-65

2.72 COMPETÊNCIA: Fiscal Sanitarista
ATRIBUIÇÕES: Executar atividades de natureza fiscal, policial e operacional, envolvendo serviços relativos à inspeção e vigilância sanitária.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior, cuja formação ou especialização tenha afinidade com o exercício da função fiscalizadora

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-66**2.73 COMPETÊNCIA:****Físico****ATRIBUIÇÕES:**

Elaborar, executar e supervisionar projetos de estudo, pesquisa e atividades de ensino; assessorar em atividades da área de física relacionados à medicina nos campos de mecânica, térmica, ótica, eletricidade, magnetismo, eletrônica e física nuclear, elaborar planos terapêuticos em radioterapia, proteção radiológica, calibração de equipamentos e levantamento radiométrico; supervisionar o controle do material radioativo e participar de atividades de vigilância em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Física

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional, se houver, ou Conselho Nacional de Energia Nuclear (CNEN)

ANEXO II-67**2.74 COMPETÊNCIA:****Fisioterapeuta****ATRIBUIÇÕES:**

Executar métodos e técnicas fisioterápicas, com a finalidade de recuperar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente, após o diagnóstico e prescrição médica; desenvolver atividades de habilitação e de reabilitação junto com equipe multiprofissional de saúde nas diversas áreas assistenciais; coordenar, orientar e supervisionar as atividades da área específica; desenvolver atividades de ensino, pesquisa e de vigilância em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Fisioterapia

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-68**2.75 COMPETÊNCIA:****Fonoaudiólogo****ATRIBUIÇÕES:**

Identificar problemas ou deficiências ligadas à comunicação oral, empregando técnicas próprias de avaliação e fazendo o treinamento fonético, auditivo, dicção, empostação da voz e outros, para possibilitar o aperfeiçoamento e/ou reabilitação da fala; e participar de processos educativos e de atividades de ensino, pesquisa e de vigilância em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Fonoaudiologia

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-69**2.76 COMPETÊNCIA:****Profissional de Educação Física****ATRIBUIÇÕES:**

Planejar, organizar, controlar e supervisionar, exercendo suas atividades por meio de intervenções, legitimadas por diagnósticos, utilizando-se de métodos e técnicas específicas de consulta, de avaliação, de prescrição e de orientação de sessões de atividades físicas e/ou desportivas e intelectivas, com fins educacionais, recreacionais, de treinamento e de promoção da saúde, atuando em equipes interdisciplinares e multidisciplinares, observando a legislação pertinente e o Código de Ética Profissional e, sujeito à fiscalização em suas intervenções no exercício profissional pelo sistema CONFEF/CREFs.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Educação Física

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-70**2.77 COMPETÊNCIA:****Médico****ATRIBUIÇÕES:**

Realizar exames médicos, emitir diagnósticos, prescrever e ministrar tratamentos para as diversas doenças, perturbações e lesões do organismo humano e aplicar os métodos da medicina preventiva; definir instruções; praticar atos cirúrgicos e correlatos; emitir laudos e pareceres; aplicar as leis e regulamentos da saúde pública; desenvolver ações de saúde coletiva; participar de processos educativos, de ensino, pesquisa e de vigilância em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Medicina

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-71**2.78 COMPETÊNCIA:****Médico Veterinário****ATRIBUIÇÕES:**

Planejar, organizar, supervisionar e executar programas de defesa sanitária realizando estudos e pesquisas, aplicando conhecimentos e métodos para assegurar a saúde da comunidade; executar ações de controle de zoonoses e de vigilância em saúde; desenvolver atividade de educação em saúde, ensino e pesquisa.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Veterinária ou Medicina Veterinária

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-72**2.79 COMPETÊNCIA:****Nutricionista****ATRIBUIÇÕES:**

Planejar, organizar, controlar, supervisionar, executar e avaliar os serviços de alimentação e nutrição; elaborar e/ou participar de estudos dietéticos; planejar, executar e avaliar políticas, programas e cursos relacionados com alimentação e nutrição; prestar assistência dietoterápica hospitalar e ambulatorial; desenvolver atividades de ensino e pesquisa; supervisionar a equipe de trabalho e participar de programas de educação em saúde e de vigilância em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Nutrição

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-73**2.80 COMPETÊNCIA:****Odontólogo****ATRIBUIÇÕES:**

Diagnosticar e tratar afecções da boca, dentes e região buco-maxilo-facial, utilizando processos clínicos e cirúrgicos para promover e recuperar a saúde bucal e geral; elaborar e aplicar medidas de caráter público, para diagnosticar, prevenir e melhorar as condições de higiene dentária e bucal da comunidade; supervisionar os auxiliares e técnicos da área; e desenvolver atividades de ensino, pesquisa e de vigilância em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Odontologia

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-74**2.81 COMPETÊNCIA:****Pedagogo****ATRIBUIÇÕES:**

Planejar, coordenar, orientar, supervisionar, controlar, executar e avaliar qualquer atividade que implique na aplicação dos conhecimentos da área pedagógica; participar, dentro de sua especialidade, de equipes multiprofissionais na elaboração, análise e implantação de programas e projetos; auxiliar nos estudos, executar e acompanhar o desenvolvimento de projetos de capacitação de recursos humanos, na sua área de competência, com vistas ao desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano em geral, visando sua melhor integração individual, social e profissional.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Pedagogia

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-75**2.82 COMPETÊNCIA:****Psicólogo****ATRIBUIÇÕES:**

Atuar no âmbito da saúde em nível primário, secundário e terciário, procedendo ao estudo e à análise dos processos intra e interpessoais e nos mecanismos do comportamento humano, elaborando e ampliando técnicas psicológicas e psicoterápicas e outros métodos de verificação para possibilitar a orientação, seleção e treinamento no campo profissional, no diagnóstico e na identificação e interferência nos fatores determinantes na ação do indivíduo em sua história pessoal, familiar, educacional e social; desenvolver atividades

de pesquisa, ensino e aprendizagem; participar de equipes multiprofissionais visando à interação comunidade-instituição, assim como na perspectiva da interdisciplinariedade onde se dêem as relações de trabalho na instituição, sempre que for solicitado, visando à recuperação e integração social em curto espaço de tempo.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Superior em Psicologia

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-76

2.83 COMPETÊNCIA:

Químico

ATRIBUIÇÕES:

Realizar ensaios, análises químicas e físico-químicas, selecionando metodologias, materiais, reagentes de análise e critérios de amostragem, homogeneizando, dimensionando, e solubilizando amostras; produzir substâncias, desenvolver metodologias analíticas, interpretar dados químicos, monitorar impacto ambiental de substâncias, supervisionar procedimentos químicos, coordenar atividades químicas laboratoriais e industriais.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Superior em Química

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-77

2.84 COMPETÊNCIA:

Sanitarista

ATRIBUIÇÕES:

Atividade de execução qualificada, em saúde pública, envolvendo estudo, coordenação, supervisão, execução e avaliação de ações de saúde, especialmente na área de formação básica.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

FORMAÇÃO:

Conclusão de Curso Superior, com pós-graduação na área de saúde pública

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

ANEXO II-78**2.85 COMPETÊNCIA:****.85.1 TERAPEUTA OCUPACIONAL****ATRIBUIÇÕES:**

Executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental e física do paciente após diagnóstico e prescrição médica; participar de programas e projetos da habilitação, capacitação e reabilitação e educação em saúde; desenvolver atividades de ensino, pesquisa e de vigilância em saúde.

PRÉ-REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**FORMAÇÃO:**

Conclusão de Curso Superior em Terapia Ocupacional

REGISTRO PROFISSIONAL:

Registro no respectivo Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)