

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

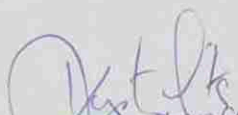
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A QUESTÃO DO ABSENTEÍSMO NA RELAÇÃO DE
TRABALHO: UMA ABORDAGEM DO SERVIÇO SOCIAL
NO HOSPITAL DE CARIDADE**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL

DEFENDIDO EM ROMADO

EM: 10/03/03


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

Geovana Michelli de Oliveira

Florianópolis (SC), fevereiro de 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A QUESTÃO DO ABSENTEÍSMO NA RELAÇÃO DE
TRABALHO: UMA ABORDAGEM DO SERVIÇO SOCIAL
NO HOSPITAL DE CARIDADE**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC orientado pela professora Krystyna Matys Costa, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, elaborado pela acadêmica:

Geovana Michelli de Oliveira

Florianópolis (SC), fevereiro de 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

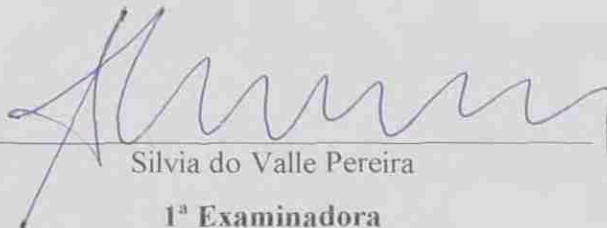
Trabalho de Conclusão de Curso elaborado por:

Geovana Michelli de Oliveira



Krystyna Matys Costa

Professora Orientadora



Silvia do Valle Pereira

1ª Examinadora



Salete Maria da Silva

2ª Examinadora

Data: 10/03/2003

“Mais do que máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo estará perdido.”

(Charles Chaplin)

Ao Cleber, que emprestou seus ombros para que eu pudesse subir e conhecer novos horizontes, jamais imaginados.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço a Deus, que me deu força para concluir mais esta etapa da minha vida;
- Em especial, à minha mãe, pela educação, carinho e incentivo dedicado durante toda a minha existência;
- Ao Cleber, meu namorado e amigo, que sempre esteve ao meu lado e soube me entender quando eu mais precisava;
- As minhas amigas Marlene, Cida, Tiônia, Soraia e Leticia, pelo carinho e compreensão da minha ausência durante o período acadêmico;
- A turma 99/01 do período noturno, pela oportunidade de troca, debate e crescimento;
- À Irmandade Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade e aos participantes da pesquisa, pela confiança depositada;
- À Salete Maria Silva, pela contribuição na minha formação profissional;
- À professora Crystyna Matys Costa, por sua orientação neste trabalho.

RESUMO

O absenteísmo é um tema amplo, que resulta em custos e baixa produtividade para a empresa e em problemas para o empregado. Sua redução, no cotidiano do Hospital de Caridade, é um desafio de alta complexidade. De acordo com Chiavenato (2002), as causas do absenteísmo nem sempre estão no próprio empregado, e, sim, na organização, supervisão deficiente, empobrecimento de tarefas, falta de motivação. Este estudo foi realizado através de um estudo de caso, de natureza qualitativa, com entrevista gravada de sete funcionários, abrangendo os setores de apoio, administrativo e enfermagem, tendo como objetivo identificar os motivos de ausência ao trabalho. O levantamento de dados foi efetuado durante o período de estágio obrigatório. Constatou-se, durante o processo investigativo, que os problemas de saúde e a desmotivação predominam os motivos de ausência no trabalho. Recomenda-se, portanto, um trabalho educativo e preventivo voltado para a saúde do trabalhador e qualidade de vida no trabalho e elevação da motivação para reduzir o absenteísmo e aumentar a produtividade.

Palavras – chaves: Absenteísmo, saúde do trabalhador e motivação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 HOSPITAL DE CARIDADE E SERVIÇO SOCIAL: UMA ABORDAGEM HISTÓRICA	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO HOSPITAL DE CARIDADE	12
1.2 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE CARIDADE	19
1.3 O DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS E O SERVIÇO SOCIAL	26
2 A MOTIVAÇÃO HUMANA E A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO	29
2.1 MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO E AS TEORIAS DE MASLOW E HERZBERG	29
2.1.1 Teoria da hierarquia das necessidades, segundo Maslow	31
2.1.2 A teoria dos dois fatores de Herzberg	34
2.2 A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS ORGANIZAÇÕES	36
3 ABSENTEÍSMO: UMA ABORDAGEM NO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DE CARIDADE	41
3.1 ORIGEM DO PROBLEMA DE PESQUISA	41
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	45
3.3.1 Motivos da ausência no trabalho	46
3.3.2 Afastamento do trabalho	50
3.3.3 A prática multidisciplinar como contribuinte na redução do absenteísmo	51
3.3.4 A instituição na redução do absenteísmo	53

3.3.5 Alternativas apontadas para redução das ausências no trabalho, envolvendo o comprometimento do trabalhador.....	55
3.4 INTERPRETAÇÃO TEÓRICA DA REALIDADE VIVENCIADA NO HOSPITAL DE CARIDADE.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXO A	64
ANEXO B	66
ANEXO C	68
ANEXO D	71
ANEXO E	74

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, profundas transformações econômicas, sociais e tecnológicas, ocorridas na sociedade, vêm afetando o cotidiano das pessoas, desde o modo de vida e as relações sociais, até o meio ambiente onde se vive e o mercado de trabalho, influenciando, por sua vez, no bem-estar biopsicossocial do ser humano. As consequências dessas transformações também repercutem no âmbito do trabalho, no qual se passa a maior parte da vida.

Dessa forma, o bem-estar do trabalhador, conforme Rocha e Fritsch (2002), envolve a pessoa, o trabalho, a família, o grupo social e o ambiente, portanto, não pode ser visto de maneira isolada e relacionada apenas ao trabalho, pois existem dois contextos – dentro e fora do trabalho – que se influenciam mutuamente.

Então, com o desequilíbrio do bem-estar do trabalhador, a relação capital e trabalho pode ser bastante conflituosa, e problemas como queda da produtividade, dependência química, conflitos familiares, entre outros, resultam na prática do absenteísmo, também denominado por Chiavenato (2002) como ausenteísmo, representado pelas faltas ou ausências dos empregados ao trabalho.

Dentro dessa perspectiva, a situação dos trabalhadores nas organizações¹ vem sendo atualmente questionada, com o objetivo de buscar-se uma maior humanização das condições de trabalho e, conseqüentemente, da prestação dos serviços.

¹ A organização aqui é entendida segundo Barnard apud Chiavenato, 2002 p. 25 como “um sistema de atividades conscientemente coordenadas por duas ou mais pessoas.”

Diante dessa nova realidade, as organizações vêm dedicando especial atenção à questão da elevação da satisfação dos trabalhadores. Dessa forma, o estudo, o conhecimento e o controle do absenteísmo são de grande importância, pois esse fator, além de oneroso para as organizações, também o é para a sociedade, já que o afastamento do trabalho superior a quinze dias, é pago pela Previdência Social.

Nesse sentido, procura-se, neste Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, discutir e refletir os motivos que levam os funcionários do Hospital de Caridade a se ausentarem do trabalho, sem a pretensão de esgotar o assunto devido a sua abrangência e complexidade.

O interesse na temática do absenteísmo decorre da experiência vivenciada durante estágio obrigatório na Irmandade Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade, no período de maio a outubro de 2002.

Para responder a essa questão, elegeram-se alguns temas que permitissem discutir a intervenção do Serviço Social no âmbito das relações de trabalho.

Desse modo, na primeira parte deste trabalho, procura-se contextualizar a trajetória histórica do Hospital de Caridade e do Serviço Social, voltado para a tentativa de apontar uma nova prática que permita abordar as relações sociais no contexto do trabalho.

A partir da recuperação histórica da inserção do Serviço Social no Hospital de Caridade, evidencia-se uma preocupação, ainda que embrionária, com uma prática profissional voltada para o bem-estar social dos trabalhadores no hospital.

A compreensão dessa nova prática permitiu garantir uma sintonia do Serviço Social com os tempos atuais, em que a exigência de respostas às novas demandas chama a atenção para o bem-estar físico, psíquico e social do trabalhador. Esse estudo ocupou o segundo item deste trabalho, e pode ser considerado como um momento de sistematização

de questões teóricas do absenteísmo nas relações de trabalho, envolvendo a teoria motivacional de Maslow e Herzberg.

Essas referências teóricas nortearam a análise da prática do absenteísmo no Hospital de Caridade e está contida no terceiro tópico deste trabalho.

Essa análise, embasada numa pesquisa qualitativa, envolveu um estudo de caso junto aos profissionais do Hospital de Caridade, os quais praticavam o absenteísmo, procurando-se demonstrar do ponto de vista do trabalhador os motivos da sua falta ao trabalho.

O item Considerações Finais reflete a síntese das idéias apresentadas neste estudo e propõe alternativas para a redução do absenteísmo.

Enfim, este trabalho, ao discutir a questão do absenteísmo, na relação de trabalho no Hospital de Caridade, pretende demonstrar que o ser humano deve ser compreendido como sujeito na sua totalidade, abrangendo aspectos que envolvem dimensões biológicas, psicológicas, econômicas, sociais, emocionais e culturais. Pensar o bem-estar do trabalhador nessas dimensões física e psicológica permite minimizar as ausências ao trabalho, refletindo positivamente na produtividade, na qualidade dos serviços prestados, na redução de custos do empregador e na redução de gastos do Estado com a Previdência Social.

1 HOSPITAL DE CARIDADE E SERVIÇO SOCIAL: UMA ABORDAGEM HISTÓRICA

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO HOSPITAL DE CARIDADE²

A idéia da construção do Hospital de Caridade, na Vila de Nossa Senhora do Desterro (atual Florianópolis), nasceu na segunda metade do século XVIII, através da Irmandade Senhor do Jesus dos Passos, instituída em 1º de janeiro de 1765, com vinte e quatro irmãos, sendo seu primeiro provedor o Brigadeiro Francisco Antônio Cardoso de Menezes e Sousa, Governador da Capitania.

A Irmandade formou-se quando a imagem do Senhor Jesus dos Passos, vinda da Bahia com destino à cidade do Rio Grande, permaneceu na Vila do Desterro após três tentativas frustradas da embarcação que transportava a imagem, para entrar Na barra do Rio Grande do Sul. A imagem, de autoria de Francisco das Chagas (o Cabra), é uma representação de Jesus a carregar a sua cruz para o Calvário.

Nas três tentativas para entrar na barra do Rio Grande do Sul, feitas pela embarcação que transportava uma imagem do Senhor Jesus dos Passos, e nas três conseqüentes arribadas ao Porto do Desterro, pareceu visível a

² FONTES, Henrique da Silva. A Irmandade do Senhor dos Passos e o seu Hospital, e Aqueles que os Fundaram. Florianópolis: edição do autor, 1965.

Vontade Divina para que a veneranda encomenda ficasse na cidadezinha sede da Capitania de Santa Catarina (PEREIRA, 1998, p.19).

Tais insucessos fizeram com que a imagem do Senhor Jesus dos Passos permanesse na Ilha de Santa Catarina, tratando a Irmandade de providenciar um lugar para guarda-la. Em 3 de julho de 1767, a Irmandade obteve permissão do Bispo do Rio de Janeiro para que fosse construído um anexo à Capela Menino-Deus para o Senhor Jesus dos Passos, formando com ela um só corpo.

A Capela Menino-Deus³ fora fundada em dois de maio de 1762, por Joana Gomes de Gusmão. A paulista Joana de Gusmão, filha de Francisco Lourenço, cirurgião-mor, e de Maria Álvares, mostrou vocação religiosa quando seu marido, Antônio Gamboa, um rico lavrador, ficara gravemente doente. O casal resolveu procurar melhoras num recanto do Rio Iguape, a cujas águas se atribuíam miraculosas qualidades medicinais, e conseguiu curar-se. A partir de então, marido e mulher prometeram que, quando houvesse viuvez, não casariam novamente, mas peregrinariam pelo mundo servindo a Deus e ao próximo.

Pouco tempo depois, Joana de Gusmão ficou viúva, dividiu seus bens e integrou-se na Ordem Terceira da Penitência, em peregrinação com a imagem esculpida em madeira do Menino Deus, chegando à Ilha de Santa Catarina em 1756. Tratada respeitosamente como “beata”, seu desejo era construir uma Capela para abrigar a imagem.

Os recursos pecuniários para a construção da Capela foram arrecadados através de esmolas e peregrinações e o terreno doado por André Vieira da Rosa e sua esposa Dona Ana de Sousa Furtado, no alto de uma colina conhecida como Alto da Boa Vista, dentro do perímetro urbano. Ao lado, foi anexada a residência de Dona Joana, que criou, em sua casa, um pequeno colégio de meninas.

³ Anexo A.

Na época, dois fatores contribuíram para a conclusão rápida da Capela; o primeiro foi impulsionado por Desterro, que não tinha sua matriz concluída, e o segundo foi o aparecimento de outra imagem (Senhor Jesus dos Passos), no mesmo ano da inauguração da Capela.

Então, a Irmandade, à qual se filiou Joana de Gusmão, tratou imediatamente de construir, anexa à Capela Menino-Deus, uma Capela própria para a imagem do Senhor Jesus dos Passos, concluída no final de 1769.

Freqüentava a Capela Menino-Deus, como zelador da lâmpada do Senhor Jesus dos Passos, o adolescente Joaquim Francisco do Livramento, conhecido como Irmão Joaquim, que servia a Deus destacando-se por suas “iniciativas de piedade e caridade em favor dos pobres e pelo seu devotamento á educação da juventude”. (PEREIRA, 1997, p.68).

Aos 92 anos, Joana de Gusmão, no dia 16 de novembro de 1780, vem a falecer junto ao altar do seu Menino-Deus, e ali foi sepultada, como era seu desejo.

Após a morte de Joana e de suas companheiras beatas, a igreja do Menino-Deus, por autorização do Vice Rei, datada de dezenove de outubro de 1781, foi entregue à Irmandade do Senhor Jesus dos Passos.

Porém, o culto divino não se limitou à Irmandade, envolveu também os enfermos indigentes. No entanto, a Irmandade, para que os pudesse recolher na Santa Casa de Misericórdia, que projetava criar, dependia de autorização e favores oficiais, resolvendo instituir a Caridade dos Pobres, em cinco de julho de 1782, cujo fim era dar esmolas aos indigentes para o seu curativo e, por amor de Deus, agasalhá-los e medicá-los em casa particular, quando totalmente destituídos de recursos, sendo dado aos que morressem sepultamento na Capela da Irmandade, como se irmãos fossem.

Conforme Pereira (1997), entendia-se por misericórdia virtude que leva a ter compaixão pelas misérias de outrem, que estimula a perdoar o que se teria direito de punir.

Esse conceito era aplicado em Portugal e em todas as Nações de língua portuguesa por ele colonizado.

No entanto, antes mesmo de receber a autorização do Vice-Rei do Brasil, Dom Luís de Vasconcelos, para a construção do hospital, a Irmandade resolveu iniciar a obra em reunião de sete de agosto de 1787, no terreno contíguo ao da igreja do Menino-Deus, doado também pelo Capitão André Vieira da Rosa. O dinheiro para a construção do hospital, destinado para a Caridade dos Pobres, fora arrecadado pelo Irmão Joaquim, através de esmolas advindas das freguesias da ilha.

O hospital foi concluído no final de 1788, sendo aberto aos pobres a 1º de janeiro de 1789.

Montado o hospital, continuou Irmão Joaquim a esmolar para a sua manutenção, porém, era imprescindível a ajuda oficial, e, a fim de obtê-la, prontificou-se a ir a Portugal impetrar à Rainha Dona Maria I. Sua intenção era pedir a concessão, expressamente, à Irmandade do Senhor Jesus dos Passos que gozasse de todas as regalias outorgadas às Santas Casas de Misericórdia, conforme estabelecido nos decretos régios e bulas papais concernentes às Santas Casas de dezoito de abril de 1788.

Aos vinte e quatro de junho de 1792, chega à Mesa da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos a tão esperada carta da Mesa da Santa Casa de Lisboa em resposta ao pedido de concessão do título de Santa Casa de Misericórdia. A carta nega à Irmandade o predicamento de Santa Casa de Misericórdia, apesar do Hospital de Caridade desenvolver algumas obras de misericórdia, destacando-se o acolhimento aos leprosos, aos presos, tuberculosos, marinheiros, escravos, expostos, aos mortos que eram sepultados no cemitério do próprio hospital, além da atenção aos partos e aconselhamento religioso, porém assegura recursos para folgada manutenção anual de 300 mil réis.

A Roda dos Expostos, no Hospital de Caridade, iniciou-se em 1828 e funcionou até 1894, no entanto, mesmo após ter sido desativada, surgiram casos de entrega de recém-nascidos à Irmandade.

No ano de 1854, meio século após sua construção, o Hospital encontrava-se em estado de ruína e necessitava de uma nova edificação. Então, em trinta de julho de 1845, tendo a Irmandade obtido o benefício da extração de loterias, aprovou nova edificação. O lançamento da pedra fundamental contou com a presença do Imperador Dom Pedro II, acompanhado de sua esposa Dona Teresa Cristina e outras autoridades. O Hospital foi autorizado, por carta, a usar o título de "Imperial", em dezoito de junho de 1846. O ato ocorreu a cinco de março de 1854 e culminou com a transferência dos doentes para a casa nova, sendo a velha demolida.

Pretendia-se construir um pequeno asilo de lázaros, paralelamente à construção do novo Hospital.

Em 1906, não havendo mais espaço físico para os atendimentos assistenciais adequados, a Irmandade obteve ajuda para aumentar o hospital, pois a procura do público tornara-se maior que o suportado.

Além das atividades hospitalares e de culto, a Irmandade abrigava, também, crianças órfãs e sem condições financeiras, educando-as através do Colégio da Igreja do Menino Deus.

Em 1926, aumentou-se o número de leitos e adquiriram-se melhores equipamentos, inaugurando-se salas para a realização de pequenas cirurgias, com alguns médicos prestando o serviço na área assistencial.

Com a considerável ampliação de sua estrutura, a Irmandade viu-se na obrigação de buscar ajuda para as enfermarias do Hospital e contratou as Irmãs (freiras) da Divina Providência, para prestarem assistência de enfermagem.

Em 1949, houve uma progressiva expansão da área física do Hospital, ampliando-se o atendimento de pediatria e adulto, tanto na parte ambulatorial, como nas internações.

Passaram-se anos de luta da Irmandade para continuar sua assistência gratuita. Em 1962, o Hospital assinou um convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo obra de ampliação de enfermarias, para estágio de acadêmicos das turmas de medicina e enfermagem.

O ensino das clínicas passou a ser ministrado no anfiteatro e nas enfermarias gerais para tratamento de indigentes, pois o corpo docente encontrou, no secular e filantrópico nosocômio, implantado no século dezessete, o ambiente ideal para seus estudos.

Em 1975, o Hospital necessitava de algumas reformas e adaptações na sua área física para melhor desempenho do ensino. No segundo semestre do ano letivo, a Universidade deu início às reformas do Hospital de Caridade, já projetadas para adaptá-lo às exigências do ensino médico. Foram construídos um anfiteatro, para as aulas doutrinárias, uma unidade ambulatorial, com consultórios médicos, postos de enfermagem nas alas já existentes, salas de curativos e transformação do antigo Pavilhão Josefina Boiteux em ala para tuberculosos. A faculdade recebeu apoio total da Provedoria e da Mesa Administrativa da Irmandade.

Na verdade, o Hospital de Caridade funcionava como faculdade durante as fases clínica e profissionalizante do curso. Essa colaboração ajudou a viabilizar a Faculdade de Medicina de Santa Catarina.

O dia cinco de abril de 1994 abalou profundamente a vida da população de Santa Catarina, principalmente a parte do querido nosocômio, onde se encontrava boa parte da História do Estado. O Hospital, que tinha, na época, 228 anos de existência, foi quase

totalmente queimado por um incêndio sem explicações. O fogo, segundo Pereira (1997, p 354 v II), “destruiu 70% da área construída do Hospital.”

A comunidade de Florianópolis e de outras cidades vizinhas engajaram-se numa campanha de solidariedade, para auxiliar na recuperação do tradicional hospital. Assim, a dia vinte e dois de agosto de 1994, o Hospital de Caridade reabre suas portas, já com boa estrutura para prestar assistência médico-hospitalar à população catarinense.

Em cinco de março de 1995, com a ajuda do Grupo das Voluntárias da Esperança do Hospital de Caridade, foi construído o Anexo Joana de Gusmão, com 44 leitos (masculinos e femininos) e toda uma infra-estrutura montada para atender pacientes portadores de câncer, procedentes, em sua maioria, do interior do Estado, agricultores de nível sócio-econômico baixo, afastados de suas famílias por um longo período para o tratamento da doença. ✕

No mesmo ano, em vinte e quatro de outubro, foi criada a Fundação Cultural Senhor dos Passos, uma organização não governamental, de personalidade jurídica e de direito privado, com características filantrópicas, sem fins lucrativos e com a responsabilidade de inventariar, resgatar, conservar, guardar, restaurar e apresentar ao público o patrimônio histórico, cultural, arquitetônico, religioso, hospitalar e natural, pertencente à Irmandade do Senhor Jesus dos Passos. A Irmandade instalou a sede da Fundação no CASARÃO Clássico, com arquitetura do Século XIX, construído à esquerda do Hospital de Caridade.

Atualmente, o hospital possui 209 leitos ativos, distribuídos entre onze alas, sendo duas enfermarias, uma Unidade de Terapia Intensiva de alta complexidade, uma Unidade Coronariana para pacientes de pós-operatório de cirurgia cardíaca e cardiologia clínica e um Centro Cirúrgico com seis salas para diversas cirurgias. Atende uma média diária de 176 pacientes e realiza uma média de quinze a vinte cirurgias/dia, através de trin-

ta e cinco convênios. Porém, a grande demanda de atendimentos se dá através do Sistema Único de Saúde – SUS, que chega a atingir 60% da capacidade de atendimento, conforme estabelecido no Decreto Nº 752, de dezesseis de fevereiro de 1993, que regulamenta a Lei Nº 8.212, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidades de Fins Filantrópicos.

Enfim, o Hospital de Caridade é uma entidade de fins religiosos e filantrópicos, de personalidade jurídica de direito privado, que tem por finalidade precípua o culto ao Senhor Jesus dos Passos e da Vera Cruz, bem como a administração e custeio do Hospital, promovendo, direta ou indiretamente, o exercício da solidariedade humana, através da assistência médico-cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, sendo hoje uma das referências para todo o Estado, como modelo médico-hospitalar. Sua finalidade é preventiva, curativa, educativa e de pesquisa.

A seguir, destaca-se a trajetória histórica do Serviço Social no Hospital de Caridade, na busca da construção de uma nova prática voltada para o bem-estar do trabalhador.

1.2 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE CARIDADE

Sabe-se que o Serviço Social, assim como o Hospital de Caridade, surge por iniciativa da classe dominante, expressa através da Igreja Católica, porém, a profissão vem evoluindo ao longo da sua trajetória histórica, buscando, assim como o Hospital, desmistificar a caridade cristã imbuída.

Nesse contexto, o Serviço Social aparece no Hospital de Caridade em 1960, quando, após inauguração da Faculdade de Serviço Social, em 1959, a Universidade consegue convênio com o hospital, abrindo espaço para campo de estágio para duas estagiá-

rias. Na ocasião, o Serviço Social funcionava com sede própria junto às enfermarias, onde eram desenvolvidos os métodos de Caso e Grupo, além de providências e encaminhamentos a outras obras sociais.

Segundo Souza (1964), em 1961, o Serviço Social aplicava os métodos de Caso, Grupo e Comunidade, além disso, faziam-se campanhas para arrecadar medicação, alfabetizavam-se atendentes e serventes da obra do hospital e proporcionava-se instrução religiosa aos doentes e alguns funcionários.

A autora continua dizendo que, na mesma época, introduziu-se o serviço de seleção sócio-econômica dos pacientes, classificando-os em três tipos, A, B e C, de acordo com suas possibilidades e necessidades. Eram classificados A os pacientes sem renda alguma, chamados como indigentes; B, os pacientes que não possuíam recursos suficientes para custear o tratamento e C, consideravam-se os pacientes cuja situação econômica e social lhes permitia pagar o hospital.

Percebe-se que, nesse período, o Serviço Social continuava ligado à figura da igreja católica, tal como em suas origens. Além disso, os métodos de Caso, Grupo e Comunidade, aplicados pelo Serviço Social em 1961, segundo Faleiros (1982), já estavam claramente definidos dentro de uma ótica conservadora da sociedade e de estratégias de controle das classes dominadas pelas classes dominantes.

Dentro dessa perspectiva, o modelo de seleção sócio-econômica, utilizado na ocasião, pode ser identificado pelo Serviço Social de Caso, que “considera o indivíduo como “um caso” que se estuda, buscando-se uma solução ao problema imediato: fome, habitação, etc., segundo certos recursos que são oferecidos pelo sistema.” (FALEIROS, 1982, p. 24)

Em 1962, permanece a seleção sócio-econômica, porém acrescenta-se a realização de pesquisas médico-sociais, realizadas por iniciativa própria ou solicitação médica;

programas sociais de saúde dentro de uma perspectiva educativa; promoção de recreação e assistência religiosa.

Nesse contexto, identifica-se a aplicação do Serviço Social de Comunidade, em que se, “busca o consenso e a integração com o discurso sobre “interesses comuns”, problemas comuns, com o objetivo desenvolvimentista de melhora das condições de vida.” (idem, p. 24)

A partir daí, a sede do Serviço Social foi ampliada e implantou-se o serviço de Plantão Social. Esse serviço, conforme Machado (1962), iniciado em 1962, consiste no atendimento de qualquer pessoa que procura o hospital para qualquer tratamento a ser realizado por estagiárias, que procuravam promover informações, internação e consulta gratuita.

A primeira contratação de um profissional de Serviço Social no Hospital de Caridade foi em 1962, sendo uma das estagiárias Elisa Faustino da Silva, efetivada. Em seguida, foram contratados mais dois profissionais, formando uma equipe de assistentes sociais.

Na época, a primeira atuação dos profissionais foi no acompanhamento individualizado dos pacientes e na realização de campanhas entre familiares de pacientes para doação de sangue.

Com a saída desses profissionais, não se sabe em que ano, o Serviço Social no Hospital de Caridade foi desativado e, como não haveria mais profissionais para a continuidade das atividades, toda a documentação das intervenções realizadas com os pacientes foram incineradas pelos próprios profissionais, pois se tratava de material sigiloso e exclusivo do Serviço Social.

Não há dados durante o período em que o Hospital de Caridade ficou sem profissional de Serviço Social.

Conforme Guedes (1997), apenas em 1972 houve uma nova contratação. A assistente social, ao iniciar seus serviços, elaborou um projeto de atuação denominado: "*Atuar com a realidade dos carentes*", no qual visava, fundamentalmente, atender as carências psicossociais dos pacientes internados. Um outro projeto previa aulas em horários de descanso dos funcionários.

Nota-se que o Serviço Social do Hospital de Caridade começa a agir dentro do modelo proposto no 2º Seminário de Teorização do Serviço Social, realizado em Teresópolis em 1970, que, segundo Oliveira (1996), permaneceu reafirmando a promoção social no trato da questão assistencial. A promoção social, conforme CBCISS, era entendida como:

... um conjunto de ações, visando a desencadear um processo de desenvolvimento humano e social, no qual se criem, para as faixas carentes da população, oportunidades de satisfação de suas necessidades econômicas, sociais e culturais e de participação consciente e responsável (Oliveira, at alli, 1996, p. 121).

Depois da saída dessa profissional, da qual não se revela a data, a contratação seguinte foi em 1984. A nova profissional atuou em um projeto chamado: "*A Interpretação do Serviço Social para as Chefias*", englobando metas para o atendimento a pacientes e seus familiares, visitas aos setores e concessão de passagens.

No final de 1984, mais duas Assistentes Sociais foram admitidas no Hospital de Caridade, as quais juntas elaboraram o projeto: "*Interpretação das Ações do Serviço Social para a Equipe Multiprofissional*".

No período de 1991 a 1992, a área de Serviço Social estava constituída por uma Assistente social e quatro estagiárias, tendo como principal proposta de trabalho acompanhar o usuário internado, visando não só a sua recuperação, mas, também, prepará-lo para a alta hospitalar e a sua volta à sociedade.

Percebe-se, aqui, que o Serviço Social deixa o seu caráter imediato e passa a promover a integração do homem na sociedade.

De acordo com Guedes (1997), o Serviço Social, em 1991, desenvolvia os seguintes programas e projetos:

- **Programa de Atendimento aos Empregados.**

Consistia em atendimento de ordem social aos empregados do Hospital de Caridade. Dentro desse programa, encontra-se o projeto de Reativação do Grêmio Recreativo Cultural Dom Helder Câmara, desenvolvido por uma estagiária de Serviço Social.

- **Programa de Assessoramento e Supervisão do Serviço Social ao Serviço Voluntariado.**

Esse programa objetivava o assessoramento e a supervisão do grupo de voluntárias para capacitação e aprimoramento desse serviço. Ocorria através de reuniões, contatos e treinamentos.

- **Programa de Atendimento ao Paciente e Familiares Usuários dos Serviços do Hospital de Caridade.**

Esse programa visava o atendimento aos pacientes e familiares que utilizavam os serviços hospitalares, com o objetivo de contribuir para plena recuperação do paciente.

Faziam parte desse programa os seguintes projetos:

- **Atuação do Serviço Social na Internação do Paciente.**

Esse projeto tinha por objetivo prestar atendimento aos pacientes internados e contribuir para a recuperação dos mesmos.

- **O Relacionamento Entre os Empregados e Usuários das Alas Coração de Jesus e São José, do Hospital de Caridade.**

Esse projeto buscava descrever as relações entre empregados e usuários das duas alas, bem como possibilitar uma maior reflexão sobre a humanização das mesmas.

- **Conhecer o Usuário do Hospital de Caridade em Tratamento Oncológico.**

Esse projeto objetivava conhecer as necessidades, aspirações e/ou os problemas dos usuários do Hospital de Caridade, em tratamento oncológico. A intervenção do Serviço Social junto ao paciente oncológico era realizada com o objetivo de auxiliar no tratamento, acreditando que o homem é um ser com necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais.

- **A Visão que a Equipe Interdisciplinar do Hospital de Caridade tem do Serviço Social.**

Consistia de um projeto que objetiva descrever e analisar a visão e compreensão dos empregados do Hospital de Caridade em relação ao papel do assistente social na Instituição, para intervir adequadamente junto aos empregados.

Nota-se o início de uma tímida preocupação com o bem estar do trabalhador, expressa através da realização de atividades de lazer, concretizado através do projeto de Reativação do Grêmio Recreativo.

Analisando-se a trajetória histórica do Serviço Social no Hospital de Caridade desde os seus primórdios, pode-se dizer que nasce sob a égide da caridade cristã e se desenvolve dentro de uma perspectiva humanitária, assim como a Instituição, perpetuando a associação errônea entre assistente social e assistencialismo.

Atualmente, o profissional de Serviço Social é subordinado ao Diretor Técnico⁴ e tem sua demanda atendida conforme quatro programas: “*Atendimento ao Funcionário*”, realizado de acordo com encaminhamentos e procura por parte dos mesmos; “*Assessoramento e Supervisão ao Serviço Voluntário*”, formado por um grupo de voluntários que, diariamente, realizam atividades com os pacientes internados no hospital, sendo que o Serviço Social coordena e orienta as atividades, representando o elo de ligação entre as partes; “*Atuação do Serviço Social na Internação do Paciente*”, que tem como objetivo trabalhar com o paciente e seus familiares nas situações que possam surgir em decorrência de sua internação ou alta hospitalar e “*Programa Educativo e de Terapia Ocupacional aos Pacientes Submetidos a Tratamento Prolongado*”, que objetiva desenvolver atividades de lazer em parceria com o SESC e o grupo de Voluntários da Esperança do Hospital de Caridade.

Além disso, o Serviço Social está envolvido com o “*Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*” e com a “*Abordagem Familiar na Captação de Órgãos.*”

Verifica-se, que apesar do Serviço Social do Hospital de Caridade manter um programa de atendimento ao funcionário, a sua prática se concentra no público externo (pacientes).

A seguir, destaca-se o Departamento de Recursos Humanos na tentativa de apontar uma nova prática para o Serviço Social, que permite abordar as relações sociais no contexto do trabalho.

⁴ Anexo B.

1.3 O DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS E O SERVIÇO SOCIAL

O Departamento de Recursos Humanos, no Hospital de Caridade, é responsável por organizar as pessoas dentro da instituição, possuindo em seu quadro funcional uma média que varia de 500 a 600 funcionários⁵, distribuídos entre médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistente social, técnicos de enfermagem, auxiliares de serviços gerais, escrivães, recepcionistas, auxiliares administrativos, pessoal de apoio, entre outros profissionais, organizados conforme organograma em anexo.

Subordinado diretamente ao Diretor Administrativo, o Departamento de Recursos Humanos tem por finalidade a administração de recursos humanos e a seleção de pessoal, bem como administração de pessoal, cargos, salários e benefícios, além de treinamento e desenvolvimento de pessoal e administração do passivo trabalhista.

Nessa ótica, é integrado pelos serviços de Administração Pessoal, Recrutamento e Seleção, Medicina e Segurança do Trabalho, sendo todos subordinados à Gerência de Recursos Humanos.

Corroborando, a literatura caracteriza o Departamento de Recursos Humanos como uma área interdisciplinar, que envolve necessariamente conhecimentos que abrangem a aplicação e interpretação de testes psicológicos e entrevistas, tecnologia de aprendizagem de mudança organizacional, nutrição e alimentação, medicina e enfermagem, serviço social, plano de cargos e salários, lazer, interpretação de leis trabalhistas, satisfação no trabalho, absenteísmo, acidentes de trabalho, responsabilidade no nível de supervisão, entre outros.

Conforme Chiavenato (2002, p.190), o absenteísmo, também conhecido como

⁵ Anexo C.

ausenteísmo, é uma expressão utilizada para designar as faltas ou ausências dos empregados ao trabalho. Em um sentido mais amplo, é a soma dos períodos em que os empregados da organização se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, seja por atraso, devido a algum motivo interveniente.

Dentro dessa perspectiva, o absenteísmo aparece como um problema complexo para o Departamento Recursos Humanos, constituindo-se numa fonte de preocupação, pelo elevado custo direto e/ou indireto, interferindo amplamente na produtividade e, conseqüentemente, na qualidade da prestação dos serviços, exigindo das empresas um estudo, conhecimento e controle dos Índices de Absenteísmo⁶, que pode ser tratado também pelo Serviço Social.

Nesse sentido, investigar as causas do absenteísmo no Hospital de Caridade, com o intuito de apontar perspectivas para minimizar essa prática, passa a ser o objetivo do presente trabalho.

De acordo com Chiavenato (2002), as causas do absenteísmo nem sempre estão no próprio empregado, e, sim, na organização, na supervisão deficiente, no empobrecimento das tarefas, na falta de motivação e estímulo, nas condições desagradáveis de trabalho.

Para o mesmo autor, as principais causas do absenteísmo decorrem da doença efetivamente comprovada, doença não comprovada, razões diversas de caráter familiar, atrasos involuntários, faltas voluntárias, dificuldades financeiras, problemas de transporte, desmotivação, supervisão precária da chefia e políticas inadequadas da organização.

Desse modo, pode-se afirmar que as causas do absenteísmo abrangem o ser humano na sua totalidade, envolvendo a pessoa, o trabalho, a família, o grupo social e o ambiente, não podendo ser vista de maneira isolada, pois existem dois contextos – dentro e

⁶ Segundo Marras (2000, p.191) “o absenteísmo é gerenciado por um índice que leva o seu nome: Índice de Absenteísmo. Seu papel é subsidiar análises de variações e tendências de horas perdidas do trabalho. A fórmula geral mais utilizada é a que demonstra o número de horas perdidas em relação ao número de horas planejadas, conforme demonstramos a seguir: $Ia = \frac{Nhp}{NhP} \times 100$, onde Ia= Índice de Absenteísmo, Nhp= Número de Horas Perdidas e NhP= Número de Horas Planejadas.”

fora do trabalho, que se influenciam mutuamente, constituindo-se em campo de trabalho para o Serviço Social.

No próximo item, serão apresentadas questões teóricas referentes à temática do absenteísmo, vinculada à motivação humana, bem como à contribuição do Serviço Social para a redução do absenteísmo.

2 A MOTIVAÇÃO HUMANA E A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO

2.1 MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO E AS TEORIAS DE MASLOW E HERZBERG

O trabalho ocupa um espaço central na vida do ser humano. É por meio dele que o homem transforma a natureza em valor de uso e valor de troca para satisfazer as suas necessidades biológicas e materiais.

Conforme Rocha e Fritsch (2002, p.57), o trabalho “pode ser ao mesmo tempo uma atividade penosa, um fardo, uma doença, sofrimento e uma atividade prazerosa, que dá sentido à vida, identidade pessoal, crescimento, desenvolvimento.”

Nesse sentido, pode-se dizer que o trabalho estabelece uma relação paradoxal entre o ser humano e as suas relações de trabalho, ou seja, a relação do homem com o trabalho, as vezes, é conflituosa, pois se, por um lado, o trabalho é um fardo, por outro, dá status, define a identidade pessoal e o crescimento humano.

A palavra trabalho se origina do latim *tripalium*, instrumento utilizado na agricultura até o século XV, feito de três paus aguçados, com ponta de ferro, no qual antigos agricultores batiam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los. Mais tarde, também foi registrado como instrumento de tortura, associando trabalho a sofrimento Menegasso, (2000), Rocha e Fritsch (2002).

Para os gregos, a palavra trabalho recebe a distinção entre *labor* (trabalho do corpo do homem para a sobrevivência), *poésis* (o fazer, a fabricação de um produto pela arte, obra da mão humana) e a *práxis* (ação política da sociedade). Em todos esses conceitos, o que contava era o valor de uso e não o valor de troca. O ócio, a liberdade, a contemplação e a política eram valores básicos dessa sociedade (idem).

Assim, a concepção de trabalho foi evoluindo ao longo da história, desde mera condição de sobrevivência, através da satisfação das necessidades básicas, até a condição de realização como atividade central, vital e essencial.

Nesse sentido, a estreita vinculação entre a origem da palavra trabalho e os diferentes significados que se traduziram no cotidiano da vida das pessoas sugere reflexões sobre o comportamento do homem nas suas relações de trabalho.

O comportamento das pessoas dentro da organização é complexo, e segundo Chiavenato (2002), varia de acordo com **fatores internos** (personalidade, capacidade de aprendizagem, motivação, percepção do ambiente interno e externo, entre outros), e de **fatores externos** (sociais, políticos, tecnológicos, etc.)

Dentre os fatores internos que influenciam o comportamento humano, destaca-se a motivação.

De modo geral, a motivação “funciona em termos de forças ativas e impulsionadoras; traduzida por palavras, funciona como desejo e receio; o indivíduo deseja poder, deseja status, receia o ostracismo social, receia as ameaças à sua auto-estima” (CHIAVENATO, 2002 p. 80).

Nesse sentido, a motivação humana é um tema que vem sendo discutido desde o início do século XX, quando oficialmente se tem notícia das primeiras pesquisas científicas nessa área.

De acordo com Marras (2002, p. 33),

A experiência da fábrica de Hawthorne, da General Electric Company, de Chicago, Estados Unidos, no final dos anos 20 e começo dos 30, é tida como o primeiro dos experimentos e intervenção maior dos cientistas do comportamento. O chamado Estudo Hawthorne foi planejado com o intuito de estabelecer a existência de alguma relação entre as condições de trabalho e a incidência de fadiga ou monotonia dos empregados.

Porém, o mesmo autor afirma que as conclusões desse estudo apontaram para outra direção; provou-se que a atenção dada ao trabalhador influenciava na sua produtividade. Sendo assim, por volta da década de 50, reiniciaram-se estudos sobre o processo motivacional.

2.1.1 Teoria da hierarquia das necessidades, segundo Maslow

Abraham H. Maslow, com seu livro *Motivação e Personalidade*, publicado em 1954 nos Estados Unidos, tornou-se conhecido pela sua teoria da hierarquização das necessidades humanas. Essa teoria, segundo Chiavenato (2002), parte do princípio de que os motivos do comportamento humano residem no próprio indivíduo, ou seja, sua motivação para agir e se comportar deriva de forças que existam dentro dele.

Segundo Maslow, as necessidades humanas estão organizadas em uma pirâmide de importância e de influência do comportamento humano. Na base da pirâmide, estão as necessidades mais simples, as chamadas necessidades primárias (fisiológicas e segurança), enquanto que, no topo, estão as mais complexas, conhecidas como necessidades secundárias (sociais, estima e auto-realização). A figura 1 dá idéia dessa organização hierárquica.



Figura 1- Hierarquia das necessidades humanas, segundo Maslow.

- 1- **Necessidades fisiológicas:** Constituem o nível mais baixo de todas as necessidades humanas. São as necessidades inatas, como a necessidade de alimentação, de sono e repouso, abrigo, sexo, ou seja, estão relacionadas à subsistência e existência do indivíduo;
- 2- **Necessidades de segurança:** Constituem o segundo nível das necessidades humanas. Levam o indivíduo a proteger-se de qualquer perigo real ou imaginário, físico ou abstrato. Busca de proteção contra a ameaça ou privação, a fuga ao perigo de estabilidade, abrigo, etc.;
- 3- **Necessidades sociais:** São necessidades relacionadas com a vida associativa do indivíduo junto a outras pessoas. Necessidades de

associação, de participação, de aceitação por parte dos colegas, de troca de amizade, de afeto e de amor, etc.;

- 4- **Necessidades de estima:** O sentimento das pessoas de sentirem-se valorizadas pelos que as rodeiam; sua auto-estima, o desejo de sentirem-se importantes, competentes e valorizados. Envolve a auto-confiança, reconhecimento social de status, prestígio, reputação e consideração;
- 5- **Necessidades de auto-realização:** São as necessidades humanas mais elevadas e que se encontram no topo da hierarquia. As necessidades de auto-realização estão relacionadas com autonomia, independência, autocontrole, competência, crescimento, desenvolvimento pessoal, sucesso profissional, etc.

A hierarquia das necessidades humanas, como premissa básica da teoria de Maslow, explica-se da seguinte forma: os indivíduos possuem necessidades distintas, de acordo com uma série de variáveis intrínsecas e/ou extrínsecas (o momento, o tipo de tratamento, etc.) e somente passam a buscar satisfação de uma necessidade de nível superior, quando a imediatamente inferior já estiver plenamente satisfeita, Chiavenato (20002), Marras (2000).

Em linhas gerais, conforme Marras (2002), a teoria de Maslow ressalta que todas as pessoas têm necessidades e cada uma delas com peculiaridades e intensidades diferentes. Isso faz com que elas estejam sempre tentando satisfazer essas necessidades. A motivação é a força motriz que alavanca as pessoas a buscarem a satisfação. Enquanto perdura a situação, perdura a motivação. Ao satisfazer a necessidade, termina a motivação. Contudo, paralelamente, nasce uma nova necessidade e, por via de consequência, uma nova força motriz conduz o ser humano a novamente buscar outra satisfação. Instala-se,

motriz conduz o ser humano a novamente buscar outra satisfação. Instala-se, assim, um ciclo infundável, que forma o movimento dialético motivacional.

Além disso, essa teoria mostra que todas as necessidades representam carências ou falta de alguma coisa que depende de fatores externos para completar o indivíduo, com exceção do último estágio, representado pela auto-realização. Essa necessidade, em geral, manifesta-se em indivíduos que são independentes, que têm o poder de autogovernar-se. Trata-se de pessoas que não buscam retornos materiais ou financeiros, mas, sim, satisfação pessoal, como por exemplo, ter um sentimento de dever cumprido, sentir o próprio crescimento pessoal ou profissional, etc.

Enfim, a abordagem de Maslow, embora genérica e ampla, representa um valioso modelo de atuação sobre o comportamento das pessoas, contribuído para minimizar as ausências no trabalho, provocadas pela desmotivação.

2.1.2 A teoria dos dois fatores de Herzberg

Enquanto Maslow fundamenta sua teoria da motivação nas diferentes necessidades humanas, o professor Frederick Herzberg, em seu livro *The Motivation to Work* (Motivação para o Trabalho), publicado em 1959, alicerça sua teoria no ambiente externo e no trabalho do indivíduo.

De acordo com a chamada teoria dos Dois Fatores, Herzberg aponta para a idéia de que a motivação das pessoas depende de dois fatores:

- a) os que causam, predominantemente, satisfação;
- b) os que causam, predominantemente, insatisfação.

Os primeiros fatores, segundo Herzberg, causam satisfação ou motivação, mas a sua falta não necessariamente causa insatisfação ou desmotivação: observa-se apenas nenhuma satisfação presente. São os “fatores motivadores” (Tabela I).

No segundo grupo, encontram-se os “fatores higiênicos” (Tabela II): são aqueles que não motivam. Sua presença não necessariamente causa satisfação no trabalho, enquanto sua ausência causa insatisfação. Por exemplo, o fato de existir uma boa supervisão não é necessariamente um fator motivador, porém, uma má supervisão ou a falta dela pode criar insatisfação no ambiente de trabalho.

Fatores motivadores	Determinantes
Realização	O término com sucesso de um trabalho ou tarefa; os resultados do próprio trabalho.
Reconhecimento pela realização	O recebimento de um reconhecimento público, ou não, por um trabalho bem-feito ou um resultado conseguido.
O trabalho em si	Tarefas consideradas agradáveis e que provocam satisfação.
Responsabilidade	Proveniente da realização do próprio trabalho ou do trabalho de outros.
Desenvolvimento pessoal	Possibilidade de aumento de status, perfil cognitivo ou mesmo de posição social.
Possibilidade de crescimento	Uma alavancagem dentro da estrutura organizacional, em termos de cargo ou responsabilidade.

Tabela I. Fatores Motivadores, segundo Herzberg, de acordo com MARRAS, Jean Pierre. Administração de Recursos Humanos: do operacional ao estratégico. São Paulo: Futura, 2000, p.36.

Fatores higiênicos	Determinantes
Supervisão	A disposição ou boa vontade de ensinar ou delegar responsabilidades aos subordinados.
Políticas empresariais	Normas e procedimentos que encerram os valores e crenças da companhia.
Condições ambientais	Ambientes físicos e psicológicos que envolvem as pessoas e os grupos de trabalho.
Relações interpessoais	Transações pessoais e de trabalho com os pares, os subordinados e os superiores.
Status	Forma pela qual a nossa posição está sendo vista pelos demais.
Remuneração	O valor da contrapartida da prestação de serviço.
Vida pessoal	Aspectos do trabalho que influenciam a vida pessoal.

Tabela II. Fatores Higiênicos, segundo Herzberg (idem).

Enfim, conforme a teoria dos dois fatores, Herzberg afirma que a satisfação no cargo é função do conteúdo ou atividades desafiadoras e estimulantes do cargo (fatores motivacionais) e a insatisfação no cargo é função do ambiente, da supervisão, dos colegas e do contexto geral do cargo (fatores higiênicos). CHIAVENATO (2002).

2.2 A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS ORGANIZAÇÕES

Nos últimos anos, profundas transformações políticas, econômicas, sociais e tecnológicas, ocorridas na sociedade em busca da expansão capitalista, vêm influenciando as empresas nas formas de organização, gestão e relações de trabalho, atingindo, assim, as

condições de vida e de trabalho da população, que, por sua vez, se constituem nos usuários do Serviço Social.

No cenário político-econômico brasileiro, a abertura das importações vem incentivando as empresas a buscarem qualidade, produtividade e redução de custos (flexibilidade) a fim de garantir a sobrevivência no mercado mais competitivo.

Dessa forma, as conseqüências nas relações de trabalho têm-se fundamentado, em última análise, na chamada reestruturação produtiva, que possui como base o modelo japonês conhecido como toyotismo, que objetiva o aumento dos lucros com redução nos custos, expresso pela precarização das relações de trabalho.

A precarização do trabalho caracteriza-se pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, da legalização dos trabalhos temporários e da informalização do trabalho. Como conseqüência, podem ser observados os aumentos do número de trabalhadores autônomos, a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência coletiva e/ou individual dos sujeitos sociais. A terceirização, no contexto da precarização, tem sido acompanhada de práticas de intensificação do trabalho e/ou aumento da jornada de trabalho, com acúmulo de funções e achatamento salarial, o que expõe o trabalhador a fatores de risco para a saúde. Tal contexto está associado à exclusão social e à deteriorização das condições de saúde.

A adoção de novas tecnologias e métodos gerenciais facilita a intensificação do trabalho, que, aliada à instabilidade de emprego, agrava a questão social, interferindo no ambiente de trabalho.

Além disso, o contexto contemporâneo nacional mostra que as transformações no mundo do trabalho são acompanhadas pelas mudanças na esfera estatal. Observa-se uma retração do Estado no campo social, transferindo para a sociedade civil a responsabilidade de prover aos excluídos sociais melhores condições de vida.

Nesse sentido, pode-se dizer que a emergência da institucionalização do Serviço Social nas empresas tem como pano de fundo uma política econômica baseada na qualidade, competitividade, produtividade e racionalidade exigidas pelo processo de modernização do capital e que o profissional de Serviço Social passa a ser requisitado no âmbito do processo produtivo, para controlar e disciplinar a força de trabalho, atuando na contenção de conflitos e na promoção social do trabalhador, atendendo as novas exigências do mercado.

Em face da situação atual, e considerando a importância das pessoas nesse processo, as empresas passam a valorizar os seus recursos humanos em busca de maior competitividade, resgatando, assim, a qualidade pessoal, a auto-estima e motivação do trabalhador.

Segundo César (1999), o mercado empresarial passa a acenar para o Serviço Social, impulsionado pelo crescimento industrial brasileiro, associado ao contexto sócio-político do regime ditatorial a partir da década de 70.

Corroborando, Mota (1985, p. 113 – 114) assinala que, antes da dinamização do mercado, provocada pela evolução do capital, o Serviço Social na empresa era considerado embrionário, e continua dizendo que,

“apesar de só se tornar reconhecida, em ampla escala a partir da década de 70, a ação do Serviço Social na empresa tem origens em momentos anteriores, demonstrando o processo de interiorização e “privatização” profissional, exigido pela modernização gerencial da empresa, que responde a um momento histórico da evolução do capitalismo em que se requer maior eficiência e maior racionalidade no processo de trabalho.”

Todo esse processo vem repercutindo no mercado de trabalho do assistente social. Dessa forma,

(...) cresce a atuação do Serviço Social na área dos recursos humanos, na esfera da assessoria gerencial e na criação dos comportamentos produtivos favoráveis para a força de trabalho, também denominado de "clima social". Ampliam-se as demandas ao nível da atuação nos círculos de controle da qualidade – CCQs –, das equipes interprofissionais, dos programas de qualidade total, todos voltados ao controle de qualidade, ao estímulo de uma maior aproximação de gerência aos trabalhadores do chão da fábrica, valorizando um discurso de chamamento à participação (IAMAMOTO 1997, p. 30).

Diante dessa nova realidade, o assistente social é chamado para dar respostas às demandas emergentes no cotidiano do mundo empresarial. Para a mesma autora, o Serviço Social sempre foi chamado pelas empresas para eliminar focos de tensões sociais, contribuir para a redução do absenteísmo, viabilizar benefícios sociais e atuar em relações humanas na esfera do trabalho. Porém, apesar dessa demanda permanecer nos dias atuais, elas ocorrem sob novas condições sociais, em que as mediações passam a concentrar-se no discurso da qualidade, da parceria, da cooperação, acompanhados pelo discurso da valorização e participação do trabalhador.

Corroborando, César (1999, p.170) afirma que

O Serviço Social foi requisitado pelas empresas, sobretudo, para responder aos problemas que interferiam no processo de produção – absenteísmo, insubordinação, acidentes, alcoolismo, entre outros –, a atuar nas questões relacionadas à vida privada do trabalhador, que afetavam seu desempenho no trabalho – conflitos familiares, dificuldades financeiras, doenças – e a executar serviços sociais asseguradores da manutenção da força de trabalho.

Desse modo, a prática profissional do Serviço Social, no interior das empresas, se constitui na busca de respostas mediadoras para as situações de conflitos geradas tanto no âmbito do trabalho, quanto na vida privada do trabalhador, que interferem no processo de produção.

Nesse sentido, pode-se dizer que o bem-estar do trabalhador, partilhado por Rocha e Fritsch (2002), envolve o sujeito, o trabalho, a família, o grupo social e o ambiente

em que se vive, portanto, não pode ser vista de maneira isolada e relacionada apenas ao trabalho, pois, existem dois contextos – dentro e fora do trabalho – que se influenciam mutuamente.

Em última análise, o Serviço Social, na empresa

... produz treinamentos, realiza programas de aposentadoria, viabiliza benefícios assistenciais e previdenciários, presta serviços de saúde, faz prevenção de acidentes de trabalho, etc (...) interfere na reprodução da força de trabalho através dos serviços sociais previstos em programas, a partir dos quais se trabalha, nas áreas da saúde, educação, condições habitacionais e outras (IAMAMOTO, 1997, P. 46 – 47).

Dentro dessa perspectiva, o tema central dessa pesquisa gira em torno da problemática do absenteísmo, constatada no Hospital de Caridade, a ser explicado no próximo item, assim como a metodologia adotada durante o processo de investigação acerca dos motivos das faltas ao trabalho, sob a ótica do Serviço Social.

3 ABSENTEÍSMO: UMA ABORDAGEM NO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DE CARIDADE

3.1 ORIGEM DO PROBLEMA DE PESQUISA

Em face do cenário político-econômico brasileiro, as metamorfoses no mundo do trabalho, que se sucederam nas últimas décadas, ocorridas através da reestruturação produtiva vinculada ao processo de globalização e da conseqüente acumulação flexível, além da implantação da ideologia neoliberal, pautada na privatização dos serviços estatais, aliado à redução dos direitos sociais, vêm afetando o cotidiano da população. Observam-se mudanças, desde o modo de vida e as relações sociais, até o meio ambiente onde se vive, inclusive no âmbito do trabalho, onde se passa a maior parte da vida, e o qual influencia por sua vez, no bem-estar biopsicossocial do ser humano.

Todo esse processo que envolve as transformações acerca do mundo do trabalho deságuam nas expressões da questão social e apontam novas demandas para o Serviço Social no âmbito das empresas. Dentro dessa perspectiva, durante o processo de Estágio Curricular Obrigatório, realizado no período de maio de 2002 a outubro do mesmo ano, na Irmandade Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade, optou-se por trabalhar dentro de uma ótica para a qual convergissem tanto os objetivos do trabalhador, quanto os da organização empregadora da mão-de-obra do assistente social.

Dessa forma, pode-se dizer que a temática do absenteísmo, *a priori*, foi escolhida através da observação empírica do cotidiano da realidade do Hospital e com base nas novas possibilidades de trabalho para o Serviço Social nas empresas.

Ao mesmo tempo em que se definia a problemática do absenteísmo no Hospital de Caridade, como objeto investigativo, procurou-se realizar junto ao Departamento de Recursos Humanos um levantamento do Índice de Absenteísmo durante um período de um ano (abril de 2001 a abril de 2002), com o intuito de verificar a relevância da pesquisa e de mapear os setores que apresentavam maior índice.

Para o cálculo do Índice de Absenteísmo, não foram considerados os dias de trabalho perdidos por afastamento causado pela licença maternidade.

Durante o processo de definição da temática do absenteísmo, o censo comum atribuía as faltas ao trabalho exclusivamente à baixa remuneração, fator esse que instigou o aprofundamento da pesquisa.

O resultado do Índice de Absenteísmo mostrou que a falta no trabalho não está diretamente relacionada a salários menores, haja vista que ocorrem nos mais diversos setores. Contudo, percebe-se que os indivíduos de maior salário apresentam um baixo absenteísmo.

Porém, nos setores de apoio, como nutrição, dietética e copa; hotelaria; higiene e limpeza; lavanderia e costura, observa-se uma elevação no índice de absenteísmo, que pode ser justificado pela sobrecarga de trabalho, ocasionada pelos constantes afastamentos.

No entanto, supõe-se o que absenteísmo pode ser decorrente de um ou de mais fatores, como: falta de entrosamento na equipe de trabalho; o profissional não opinar sobre a unidade desejada pra desempenhar sua função; trabalhar em finais de semana; excesso de trabalho, gerando cansaço físico e mental; dificuldade de relação interpessoal; duplo emprego; baixa remuneração; tensão emocional; fatores sociais e doenças.

Em virtude dessa primeira análise, percebe-se que o absenteísmo pode ter causas variadas, carecendo de um aprofundado estudo.

Enfim, na medida em que se participava desse processo, articulado através de contato coletivo ou individual com o Departamento de Recursos Humanos e funcionários do Hospital, procurou-se investigar a frequência das faltas ao trabalho e os motivos das mesmas.

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A partir do conhecimento empírico obtido durante o processo de estágio, iniciou-se o trabalho de pesquisa através do levantamento de dados no Departamento de Recursos Humanos do Hospital de Caridade, em busca do Índice de Absenteísmo da Instituição⁷. Verificou-se que as ausências no trabalho se davam nos mais diversos setores e que as faltas normalmente eram praticadas com frequência pelos mesmos funcionários.

Em virtude dessa constatação, procurou-se adotar um instrumento que respondesse à questão de pesquisa dentro de uma dinâmica de interação entre o pesquisador e o pesquisado, numa perspectiva dialética de construção e reconstrução do conhecimento.

Nessa dinâmica da participação do sujeito no processo da construção do conhecimento, adotou-se um estudo de natureza qualitativa, que, conforme Minayo (1998), é o tipo de pesquisa que responde a questões particulares, preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, envolve o subjetivismo e aprofunda o caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de

⁷ Anexo C.

caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada.

Diante disso, elegeu-se a técnica de “estudo de caso”, para identificar os motivos da ausência ao trabalho, que envolvesse os funcionários da enfermagem, administração e apoio do Hospital de Caridade, do ponto de vista dos entrevistados.

O estudo de caso, no entender de Chizzotti, et alli Barros e Lehfeld (2001, p.84),

caracteriza-se como uma metodologia de estudo que se volta à coleta de informações sobre um ou vários casos particularizados. É também considerado como uma metodologia qualitativa de estudo, pois não está direcionada a se obter generalizações do estudo e nem há preocupações fundamentais com tratamento estatístico e de quantificações dos dados em termos de representação e/ou de índices.

Para coletar as informações desejadas, utilizou-se a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados, visando aprofundamento acerca do tema em estudo.

Na entrevista semi-estruturada, conforme Triviños et alli Búriço (1997), o entrevistado deve seguir espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador, começando a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Nesse sentido, visando apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, adotou-se um roteiro de entrevista orientador, em cuja elaboração foram utilizados os conhecimentos apreendidos a cerca do cotidiano vivenciado durante o processo de estágio no Hospital de Caridade.

Para realizar essa pesquisa, recorreu-se a um estudo de caso com funcionários que apresentaram um excessivo número de faltas constatado durante o período de elaboração do Índice de Absenteísmo.

A pesquisa considerou, portanto, sete trabalhadores, sendo dois funcionários da enfermagem, três do setor de apoio e dois da administração, não identificados para garantir a preservação da sua identidade.

Resumindo, durante o processo investigativo, foram empregadas entrevistas semi-estruturadas gravadas em fita cassete, com duração média de trinta minutos, apresentando como núcleo comum de discussão as razões do absenteísmo e as possibilidades para a sua minimização.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

No estudo de caso realizado junto aos funcionários do Hospital de Caridade, ao buscar compreender os motivos da ausência ao trabalho, não se tem a pretensão de esgotá-lo devido a sua abrangência e complexidade. Pretende-se, sim, de apontar algumas categorias que possam evidenciar que esses motivos vão além da ausência de saúde, devendo ser compreendidos por uma equipe multidisciplinar integrada pelo Médico do Trabalho, o Departamento de Recursos Humanos e o Serviço Social, facilitando a aplicação de estratégias que minimizem o número excessivo de faltas.

Dessa forma, a presente análise é entendida, do ponto de vista do trabalhador, sobre as seguintes ⁸categorias:

- a) Motivos da ausência no trabalho;
- b) Afastamento do trabalho;
- c) Prática multidisciplinar como contribuinte na redução do absenteísmo;

⁸ Nesse contexto, o conceito de categoria é entendido segundo Barros; Lehfeld (2001, p.90), como "o agrupamento de elementos que possuem características comuns; ela é empregada para estabelecer classificações."

- d) Compreensão do papel da Instituição, como favorecedora na redução das faltas ao trabalho;
- e) Alternativas apontadas para redução das ausências no trabalho, envolvendo o comprometimento do trabalhador.

A seguir, a partir dessas questões anteriormente citadas, serão apresentados os resultados obtidos junto ao grupo pesquisado dentro de uma abordagem dialética da relação capital e trabalho.

3.3.1 Motivos da ausência no trabalho

Neste tópico, os relatos descritos referem-se à categoria do trabalho, partindo do seguinte questionamento aos participantes da pesquisa: *Quais os motivos que levam os profissionais do Hospital de Caridade a ausentarem-se do trabalho?*

De maneira geral, o grupo apresentou uma visão homogênea ao citar a manifestação da doença como um dos principais motivos da ausência no trabalho, sendo ela originada por acidente de trabalho, LER/DORT, alcoolismo, gripe, depressão ou fadiga psíquica do trabalhador ou de algum de seus familiares. Nesse sentido, percebe-se, também, que a doença geralmente é agravada e/ou perpetuada pela ausência de um sistema público de saúde eficiente ou de um plano de assistência médica oferecido pelo empregador a um custo acessível.

Do ponto de vista de alguns entrevistados, a deficiência da assistência pública de saúde está ligada à morosidade no atendimento, causada tanto pela burocracia, como

pela falta de respeito ao cidadão, que passa horas na fila para ser atendido, identificado pelo relato a seguir:

... o atendimento pelo SUS não é consulta marcada, é por ordem de chegada, tem que fazer a ficha e esperar lá quatro, cinco horas sentada pra depois o médico te avaliar, então por isso que demora e a gente fica uma tarde inteira fora, porque o processo do SUS é muito demorado(...) eu tenho que pegar uma senha (...) às vezes, eu pego o número 68, e das duas da tarde até as seis da tarde eles tem que atender esse povo todo.

Além disso, a falta de medicação nos Postos de Saúde é considerada um outro agravante, já que o poder aquisitivo de alguns participantes não permite o tratamento completo da doença.

Nesse sentido, constatou-se um forte inconformismo da maioria dos atores envolvidos no processo da pesquisa em fazerem parte de uma instituição hospitalar que vende saúde, atende pelo SUS e não consegue garantir a realização de um exame ou de um atendimento médico específico, evitando a saída do funcionário do seu local de trabalho. Essa contradição aparece, com ênfase, em relatos do tipo:

... eu saio de um hospital para ir para outro hospital consultar uma tarde inteira com um médico, tendo médico aqui dentro, ao mesmo tempo em que eu tenho orgulho de trabalhar aqui, eu tenho vergonha, às vezes eu digo que trabalho no Hospital de Caridade, e escuto - sair do Hospital de Caridade pra vim consultar aqui - eu fico sem o que dizer pra pessoa, me sinto sem jeito.

Outro entrevistado diz:

... quando sofri acidente de trabalho, o médico da emergência me mandou para o Hospital Celso Ramos, eu fui até lá, só que no caminho eu paguei uma consulta lá na Ortoclini e o médico me atendeu na hora. O Celso é uma encrenca, tu fica três horas pra ser atendido.

Assim, perdem o trabalhador, a instituição e a sociedade civil como um todo. O trabalhador, além de ficar doente, ausenta-se do trabalho e corre o risco de perder o emprego; a instituição baixa a produtividade e a qualidade dos serviços e aumenta os custos e a sociedade civil arca com o repasse das despesas ocasionadas pelo aumento do custo da Previdência Social.

Nesse processo, evidencia-se que o funcionário, através de sua presença ou ausência no trabalho, está ligado à questão da saúde, colocando em pauta a questão da saúde do trabalhador.

Destacaram-se, também, como fatores do absenteísmo, a insatisfação no trabalho, sobrecarga de trabalho, conflitos familiares, problemas de nível sócio-econômico e fatores culturais.

Com relação à insatisfação no trabalho, pode-se dizer que a desmotivação depois da manifestação da doença é a segunda causa do absenteísmo entre os sujeitos pesquisados, aparecendo em seis das sete entrevistas e sendo referida por um participante como causa exclusiva de todas as suas faltas ao trabalho.

A desmotivação, segundo alguns entrevistados, é causada principalmente pela carência de critérios de competência técnica para o preenchimento dos cargos suscitada por apadrinhamentos. “Não falto por doença, só por desmotivação devido ao apadrinhamento”, afirmou um entrevistado ao falar da falta de critérios para ascender a outro cargo.

Dessa forma, percebe-se que os fatores responsáveis pela insatisfação no trabalho entre a maioria dos entrevistados é provocado pela ausência de fatores motivacionais que envolvem as políticas da organização e administração, segurança no cargo, relações com os colegas, entre outros, proposto pelas teorias de Herzberg, analisadas neste trabalho.

Porém, aparecem outras questões, como a falta de reconhecimento e valorização do trabalho tanto por parte da chefia, como dos colegas de trabalho, sentimento de injustiça e pressão psicológica ao apresentar atestado médico.

De acordo com o depoimento de um dos entrevistados, a desvalorização pode ser depreendida na seguinte frase:

Se tu trabalha dois anos seguidos sem pegar um atestado nem chegar atrasado, tudo bem, e aí um belo dia, tu precisa faltar um ou dois dias, ou por causa da família, ou por causa de saúde – Pronto! Pra eles (R.H.) já foi um caos, daquele dia em diante, eles te olham com outros olhos.

Na percepção de outro participante, pode ser evidenciada através do exposto a seguir:

... o pessoal desmotivado se sente injustiçado não se sente valorizado, por mais bom funcionário que tu é, ninguém elogia, ninguém agradece, tu se sente excluído e quando tu erra ninguém sabe vê que tu errou, se tu sempre fez tudo certo, o ser humano erra, eles (o hospital) não sabem passar por cima, eles vem e te humilham, te ameaçam.

Observou-se que os participantes sentem-se inseguros e ameaçados pela possibilidade de ficarem desempregados em virtude dos atestados, “peguei atestado por problema de saúde e fui ameaçado pela chefia que disse que, no próximo, me colocaria à disposição”, declara um participante.

Considerando a temática do absenteísmo do ponto de vista de Chiavenato, descrita no decorrer deste trabalho, pode-se afirmar, concordando com o autor, que nem sempre as causas do absenteísmo estão no próprio empregado, e, sim, no empregador, porém, é importante salientar que alguns motivos estão longe de ser culpa do empregado ou do empregador.

Dentro dessa perspectiva, aparece o fator cultural, caracterizado por valores pessoais do trabalhador. Essa característica se evidencia na fala de um entrevistado, como

sendo “comum à mulher se ausentar ou solicitar sair mais cedo do trabalho para cuidar do filho febril, mesmo com o marido em casa desempregado”.

Além disso, fatores sociais também são evidenciados e constitui-se num paradoxo quando o absenteísmo é influenciado pelo nível sócio-econômico, ou seja, o trabalhador chega a forçar demissão para liberar o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS.

Concluindo, a partir da análise dessa questão, pode-se dizer que as razões do absenteísmo estão intimamente ligadas ao bem-estar e à satisfação do ser humano, tanto na esfera do trabalho quanto da esfera da vida privada.

3.3.2 Afastamento do trabalho

Será apresentada, nesta seção, a categoria Afastamento do Trabalho, a partir do questionamento: *Qual o tempo de afastamento do trabalho?*

Os participantes, em sua grande maioria, afirmam que o tempo de afastamento da atividade laborativa gira em torno de três a quinze dias. Os períodos longos variam de três meses a um ano e meio de afastamento e foram identificados em trabalhadores que sofreram acidente de trabalho. O pequeno absenteísmo de um ou dois dias de afastamento foi evidenciado nos participantes que retornaram à atividade laboral depois de longo período afastado.

O entrevistado que apresentou a desmotivação como causa primordial da sua ausência no trabalho relata: “falto com frequência, porém, nunca mais que quinze dias pra não entrar na perícia.” Nesse caso, fica evidente que o participante desmotivado torna-se inimigo da empresa e a prejudica financeiramente.

Em suma, pode-se dizer que a maior perda está no médio absenteísmo (3 a 15 dias de afastamento), no entanto, o maior número de ocorrências está no pequeno absenteísmo (1 ou 2 dias de afastamento).

3.3.3 A prática multidisciplinar como contribuinte na redução do absenteísmo

Neste tópico, será apresentada a percepção dos entrevistados sobre uma possível prática multidisciplinar no Hospital de Caridade, direcionada à redução das ausências no trabalho, a partir da seguinte indagação: *“Na sua opinião, o Médico do Trabalho, o Setor de Recursos Humanos e o Serviço Social podem contribuir para a redução do absenteísmo? Como?”*

Com relação a essa questão, os participantes foram unânimes em relatar que uma equipe multidisciplinar composta pelo médico do trabalho, administrador de recursos humanos e o assistente social podem contribuir para a redução do absenteísmo no processo de trabalho.

De modo geral, os atores envolvidos na pesquisa relatam que o médico do trabalho pode evitar que o funcionário se ausente do seu local de trabalho a partir do momento em que ele facilite a realização de exames e encaminhamentos de consulta dentro do próprio hospital. Essa afirmação pode ser identificada na fala de um participante que diz: “se o médico do trabalho fizesse pedido de consulta para dentro do hospital, reduziria a saída do funcionário.”

Além disso, no entendimento de um entrevistado, o médico do trabalho pode contribuir avaliando a capacidade laborativa do funcionário em caso de acidente de trabalho, visando a possibilidade do remanejamento de função, quando necessário.

Em nenhum momento, os atores percebem o médico do trabalho como um profissional de saúde preventivo e educativo, mas apenas curativo.

Com relação ao departamento de recursos humanos, “como o próprio nome já diz, tem que ser mais humano”, no entendimento de um participante. Corroborando, outro entrevistado declara que “a humanização tem que começar no R.H., subir pra direção, pra depois chegar até os funcionários.” Outros salientam que há um abismo entre o R.H. e o trabalhador, necessitando de uma maior aproximação no sentido de ouvir o funcionário e, se possível, auxiliá-lo, “se não financeiramente, mas com palavras, fazendo como que a pessoa se sinta bem”.

Percebe-se que a importância de sentir-se valorizado pela empresa e de ser percebido como um ser humano que adoece e que tem problemas é real, além de motivador, e pode ser, mais uma vez, evidenciada através do relato a seguir:

uma coisa me chamou atenção, quando eu fiz a primeira cirurgia, (...) uma pessoa do R.H. que eu jamais ia imaginar que ia lembrar do meu rosto em algum lugar me encontrou no corredor e me perguntou se eu estava melhor, (...) aquilo levantou a minha auto-estima.

Outro entrevistado descreve o sentimento de medo como um fator desmotivador, que acarreta um descomprometimento: “o pessoal tem que entrar no R.H. e sentir-se bem, e não entrar ali com medo como acontece hoje, ele não me passa nenhuma garantia, nenhuma estabilidade de nada, não me conforta em nada.”

No entender de Laranjeira (1999) at alli Grave (2002 p.89), o temor do desemprego se constitui num paradoxo, haja vista que,

... se por um lado, desmobiliza e inviabiliza qualquer forma de organização em prol de melhores condições de trabalho, por outro impele estes trabalhadores a se dedicarem ainda mais, aumentando, assim, a produtividade.

Com relação ao Serviço Social, os participantes, de modo geral, citam a concessão de medicamentos como fator principal da atuação do profissional na minimização das ausências no trabalho.

Nota-se que, na visão do trabalhador, a atuação do Serviço Social não passa de mera filantropia, calcado num poder miraculoso de uma prática imediatista.

Na verdade, a falta de conhecimento do que é Serviço Social e sua produção afasta o trabalhador, que, incrédulo pela falta de medicamentos, deixa de procurar os seus serviços. Essa afirmativa está expressa no seguinte relato:

O Serviço Social pode contribuir para redução das faltas, fornecendo medicação e esclarecendo o que é Serviço Social e o que o Serviço Social faz, provocando uma maior aproximação do funcionário com o Serviço Social.

Dentre os setes participantes, apenas dois citaram o Serviço Social como uma profissão que ouve e aconselha; o que prevalece é a mística da “ajuda” e não do direito.

3.3.4 A instituição na redução do absenteísmo

Nessa categoria, objetivou-se pesquisar a compreensão dos participantes quanto à contribuição institucional, para minimizar as ausências no trabalho, a partir da seguinte indagação: *Na sua opinião, o que a instituição pode fazer para reduzir o absenteísmo?*

Em resposta a essa questão, os participantes da pesquisa apontam algumas categorias abaixo relacionadas, que, no seu entender, contribuem para a minimização das ausências no trabalho:

- Plano de Saúde;
- Palestras de relações humanas;

- Qualidade de vida;
- Programas sobre ergonomia no trabalho;
- Aquisição de remédios a preço de custo, através da farmácia do hospital;

De modo geral, os entrevistados manifestaram um descontentamento com o plano de saúde oferecido pela empresa, alegando que é economicamente inviável, apesar de não haver contribuição mensal, pois o alto custo das consultas e exames, segundo a maioria, não compensam a ausência da mensalidade. Sugerem um plano de saúde mais acessível ou a prioridade no atendimento dentro do próprio hospital, principalmente ao acidentado no trabalho.

No que se refere às palestras de relações humanas, constata-se a existência de um senso comum em favor da sua realização. Nesse sentido, um entrevistado recomenda “trazer profissionais de fora, capacitados, através de parceria com outras instituições” em que “não é preciso pagar, é só permutar”, ou seja, a troca de profissionais qualificados com outras instituições, além de ser econômico para a empresa, possibilita a troca de conhecimentos, trazendo benefícios mútuos para o empregado e o empregador.

A emergência de palestras relacionadas à integração social no ambiente de trabalho, também pode ser identificada, quando uma equipe se sente sobrecarregada devido à ausência de um colega, conforme mostra o relato a seguir:

... gostaria de ter palestra para ter mais união no trabalho, no setor onde trabalho eu sinto muita desunião. (...) antes do meu afastamento, eu tinha amizade com todos os colegas de trabalho, quando voltei, muitos se tornaram meus inimigos. Eles acham que eu faço de propósito. Eu não posso sentir dor que acham que é manha.

Resumindo, os participantes, de modo geral, enfatizam o investimento na qualidade de vida dos funcionários através de programas internos voltados para a ergonomia

no trabalho, satisfação no trabalho e relações humanas dentro de uma proposta preventiva e educativa.

3.3.5 Alternativas apontadas para redução das ausências no trabalho, envolvendo o comprometimento do trabalhador

Essa categoria objetiva conhecer o empenho e o comprometimento dos atores envolvidos na pesquisa em reduzirem o número de faltas no trabalho, a partir do seguinte questionamento: *_ O que você pode fazer para a redução do absenteísmo?*

Com relação a essa indagação, nota-se que o nível de comprometimento do trabalhador com a empresa praticamente inexistente, quando a desmotivação é o fator causal predominante das ausências ao trabalho. Nesse sentido, observou-se que o trabalhador que entende estar impedido de satisfazer as suas necessidades pessoais pela falta de critério para ocupação de um determinado cargo, ou por qualquer outro motivo que não dependa da sua vontade, acredita não poder fazer algo para reverter essa situação e, assim, continua faltando, até ser desligado da empresa.

Nota-se que o descomprometimento de um participante com a saúde debilitada pode variar em determinadas situações, de acordo com a desmotivação, conforme relato: “... se eu estivesse motivada, poderia muito bem quando me sentisse um pouquinho melhor, voltar a trabalhar no período da tarde.” Nesse sentido, com relação à doença, pode-se dizer que o comportamento entre as pessoas pode apresentar variação, pois uma mesma patologia, com a mesma gravidade, pode ou não motivar um trabalhador a não comparecer no emprego.

O descomprometimento com o trabalho também aparece quando outro entrevistado se ausenta da atividade laborativa em virtude de acidente de trabalho e não percebe que ele é co-participante do processo preventivo da segurança no trabalho.

Há, ainda, quem retribua o comprometimento com o trabalho na mesma medida em que a empresa também se mostre comprometida, ou seja, nas palavras do entrevistado, evitar ausência ao trabalho significa “marcar consulta fora do horário de trabalho dentro do próprio hospital”; evitar a saída do trabalhador para ir ao médico parece fundamental para esse entrevistado, que diz permanecer horas na fila para ser atendido pelo SUS em outro hospital, sendo humanamente impossível não se ausentar do trabalho.

Porém, dentre os participantes, destacaram-se também os que, apesar das adversidades encontradas no ambiente de trabalho, manifestaram senso de responsabilidade e comprometimento no sentido de valorizar o emprego, procurar ajuda sempre que necessário, aceitar qualquer tipo de ajuda que possa contribuir para a recuperação de uma determinada doença ou para a resolução de um determinado conflito.

3.4 INTERPRETAÇÃO TEÓRICA DA REALIDADE VIVENCIADA NO HOSPITAL DE CARIDADE

Neste tópico, será realizado um estudo embasado na fundamentação teórica citada neste trabalho e nos depoimentos colhidos ao longo do processo de investigação no Hospital de Caridade.

Durante o processo de investigação, observaram-se os reflexos das transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas na sociedade nos últimos anos, e que os funcionários do hospital estavam vivenciando, como a descentralização político-

administrativa dos serviços públicos, sem a devida suplementação financeira por parte do Estado, a exemplo da saúde, educação, assistência social, entre outros.

Desse modo, a carência de serviços públicos vem influenciando nas condições de vida do trabalhador, que, por sua vez, interfere na esfera do trabalho.

Além disso, evidencia-se, através dos depoimentos, a ausência da visão do Hospital de Caridade como uma organização privada prestadora de serviços de saúde, que faz parte do processo de descentralização político-administrativa do Estado e que, apesar de filantrópico e atender pelo Sistema Único de Saúde – SUS, não é credenciado para o atendimento de consultas, resultando na insatisfação do trabalhador, desmotivação e conseqüente absenteísmo.

Destacou-se, também, como causa do absenteísmo, a insatisfação no trabalho causada pelo apadrinhamento e a falta de reconhecimento e valorização do trabalhador pelas chefias e demais colegas de trabalho.

Os resultados demonstram que a ausência das necessidades de segurança, citadas por Maslow, provocam incerteza nas pessoas quanto a sua permanência no trabalho e causam desmotivação. Além disso, destacam-se, também, os fatores de satisfação ou motivação, como o sentimento de realização, crescimento profissional e de reconhecimento, para minimizar os efeitos do absenteísmo.

Conforme a teoria dos dois fatores de Herzberg, nota-se ausência de alguns fatores higiênicos que influenciam no comportamento dos participantes, como a ausência de benefícios sociais, no caso, um plano de saúde acessível financeiramente, o sentimento de insegurança no trabalho, problemas de relacionamento com os colegas, causados pelas faltas no trabalho e a ausência de um plano de cargos e salários.

Com relação aos benefícios sociais, nota-se que o trabalhador não percebe o Serviço Social como um benefício proporcionado pela empresa ao trabalhador. Nesse sen-

tido, sugere-se um trabalho educativo que divulgue, através de panfletos e ou do Programa de Integração ao Novo Funcionário – PINF⁹, os serviços oferecidos pelo Serviço Social, visando à promoção de saúde, segurança e o bem-estar do trabalhador, aumentando a produtividade e reduzindo o absenteísmo.

Enfim, através de alguns relatos, observou-se que o grupo de apoio e o grupo administrativo foram hegemônicos com relação à insatisfação no trabalho, ligada ao absenteísmo, enquanto que o grupo da enfermagem não citou a insatisfação em nenhum momento.

⁹ Anexo E.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que a temática do absenteísmo é complexa e exige um trabalho multiprofissional na instituição, já que, na causa do mesmo, há muito mais fatores associados do que a simples doença. Dessa forma, o profissional de Serviço Social deve ampliar seu campo de ação e redirecionar sua prática de forma multidisciplinar, com enfermeiros, psicólogos, médicos, técnicos de segurança, etc.

Apesar do caráter contraditório entre a relação capital e trabalho, em que o assistente social é chamado para mediar interesses do capital junto ao trabalhador o que deve predominar é uma prática voltada para o direito e cidadania.

Nesse sentido, o assistente social pode contribuir no processo de trabalho do Hospital de Caridade, através de uma ação educativa e da busca de alternativas para a solução de problemas surgidos nas mais diversas relações do homem com a família, o trabalho e meio ambiente.

Do ponto de vista particular, o serviço social contribui para o bem estar do trabalhador e, do ponto de vista universal, contribui com a sociedade, pois, na medida em que consegue melhor qualidade de vida para o trabalhador, consegue reduzir também os gastos públicos com a previdência social.

Este trabalho tem como intuito estimular uma compreensão dos motivos do absenteísmo no Hospital de Caridade, fundamentada na motivação para o trabalho e na saúde do trabalhador. Essas construções são sustentadas pela concepção do ser humano como

sujeito e, ao mesmo tempo, como pessoa integral e integradora de dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

A motivação é entendida como um conjunto de motivos que levam os indivíduos a buscarem satisfações pessoais, além de realizarem os objetivos da organização.

A saúde do trabalhador é assim compreendida, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS): “ter saúde significa vivenciar um bem-estar psicológico e social, entendendo o social como uma qualidade nas relações que as pessoas mantêm com as outras e o seu meio ambiente, considerando também o ambiente de trabalho” ROCHA e FRITSCH (2002, p. 62).

Nesse contexto, a saúde e doença não são fenômenos isolados, que possam ser definidos em si mesmos, pois estão profundamente vinculados ao contexto sócio-econômico-cultural tanto em suas produções, como na percepção do saber que investiga e propõe soluções.

Com relação às doenças, o comportamento pode variar entre as pessoas, pois uma mesma patologia, com a mesma gravidade, pode ou não motivar um trabalhador a não comparecer no emprego. Porém, algumas vezes, a sua ausência independe da sua decisão, como ocorre nas doenças e acidente graves.

Com relação ao absenteísmo causado pela doença, sugere-se a adoção de políticas preventivas, que visem melhorar as condições de saúde e trabalho dos empregados, que atuam nesta instituição, e um plano de saúde acessível.

A noção de condições de trabalho, como espaço explicativo das relações entre trabalho e saúde - doença, deve ser agregada à noção de organização do processo de trabalho, a qual permitiria pensar nas mediações entre os motivos da ausência no trabalho como estratégia de promoção e prevenção dos agravos à saúde, relacionados com o trabalho.

A promoção de saúde pode ser um catalisador para o gerenciamento da saúde e da produtividade, um paradigma emergente, o qual tem seu foco na melhora dos investimentos em recursos humanos.

No jogo dialético da motivação, a saúde do trabalhador, aliada a uma ação educativa e preventiva multiprofissional do Serviço Social, Médico do Trabalho e Recursos Humanos, é uma estratégia para alcançar os desejos do empregado e do empregador. Em síntese, trata-se de um movimento de construção que resulte no alcance dos objetivos do trabalhador (benefícios, satisfação, reconhecimento, realização pessoal e profissional, a qualidade de vida, etc.) e dos objetivos da organização (qualidade dos serviços prestados, redução do absenteísmo, produtividade, etc.).

O Serviço Social, concedido como um benefício social espontâneo pela empresa ao empregado torna-se fundamental na redução do absenteísmo, na humanização do ambiente de trabalho e na preservação das condições físicas e mentais do trabalhador.

REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Aidil de Jesus Paes de, LEHFELD, Neide de Souza. Projeto de Pesquisa: Propostas Metodológicas. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

CÉSAR, M. de J. A experiência do Serviço Social nas empresas. In: Capacitação em Serviço Social e política social: módulo 2: crise contemporânea, questão social e serviço social. Brasília: Cead, 1999.

CHIAVENATO, Idalberto. Recursos Humanos. São Paulo: Atlas, Ed. Compacta, 7º ed. 2002.

MENEGASSO, Maria Éster. O Trabalho, a Ocupação e o Emprego: Uma perspectiva histórica. Revista de Negócios. FURB. Vol. 5 – Nº 01, 2000, p.15 – 24.

GRAVE, Fátima et alli Trabalho, desemprego e Serviço Social. Serviço Social e Sociedade. São Paulo. Cortez, ano XXIII, Nº 69.março 2002, p.73 – 106.

MOTA, Ana Elizabete da. O feitiço da ajuda: as determinações do serviço social na empresa. Cortez, São Paulo, 1985.

FALEIROS, Vicente de Paula. Contribuição a Uma Análise Crítica do Serviço Social Latino-Americano In: Metodologia e Ideologia do Trabalho Social.Cortez, São Paulo, 1982. p. 13 – 25.

FONTES, Henrique da Silva. A Irmandade do Senhor dos Passos e o seu Hospital, e Aqueles que os Fundaram. Florianópolis: edição do autor, 1965.

FREIRE, Maria Lúcia de Barros et alli A relação saúde-trabalho no contexto das relações sociopolíticas no trabalho e o Serviço Social. Serviço Social e Sociedade. São Paulo. Cortez, ano XVI, Nº 49.novembro 1995, p.67-97.

GUEDES, Gisele Fernandes. Visão da Equipe Interdisciplinar do Hospital de Caridade sobre o Serviço Social. (Trabalho de Conclusão de Curso) 1997.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. CRESS-CE, Fortaleza, 1997.

MACHADO, Terezinha Alves. Uma Experiência de Serviço Social junto ao Hospital de Caridade. (Trabalho de Conclusão de Curso) 1962.

MARRAS, Jean Pierre. Administração de Recursos Humanos: Do operacional ao estratégico. São Paulo: Futura, 3ª ed. 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro, Hucitec-abrasco, 5ª ed.1988.

OLIVEIRA, Heloísa M. J.de. Assistência Social e Serviço Social – Reconstrução Histórica e Caracterização Atual. In: Assistência Social do discurso do estado à prática do Serviço Social. Florianópolis, UFSC, 1996, 2 ed, p. 85 – 130.

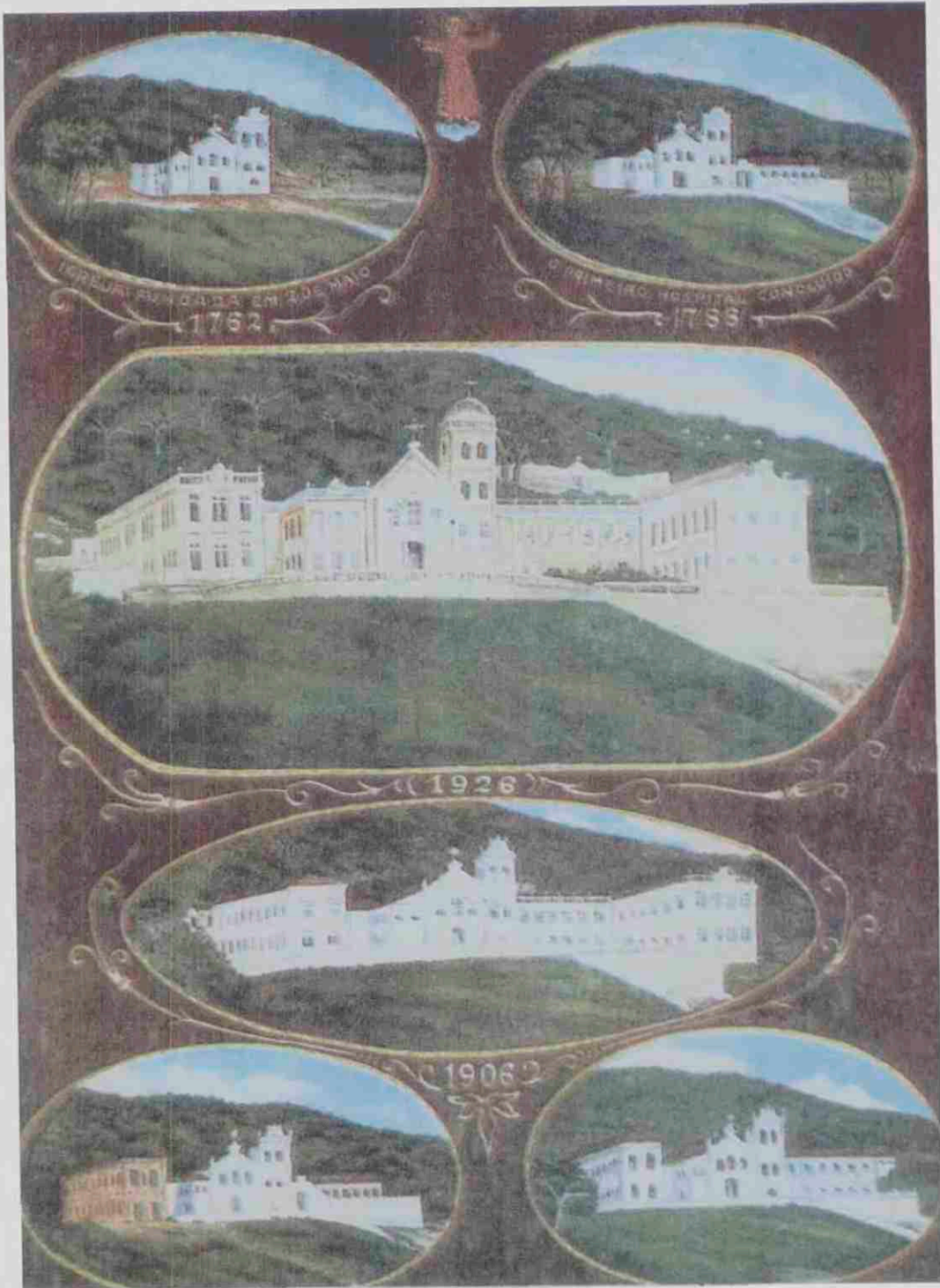
PEREIRA, Nereu do Valle (Org.). Memorial Histórico da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos. Florianópolis: Ministério da Cultura, 1997, 2v.

ROCHA, Cleonice Silveira da e FRITSCH, Rosângela et alli Qualidade de Vida no Trabalho e Ergonomia: Conceitos e Práticas Complementares. Serviço Social e Sociedade. São Paulo. Cortez, ano XXIII, Nº 69.março 2002, p.53-72.

SOUZA, Stela Maris Piazza. O Serviço Social numa Clínica Hospitalar. (Trabalho de Conclusão de Curso) 1962

ANEXO A

Óleo sobre tela, do quadro de Eduardo Dias que representa as fases construtivas do Hospital de Caridade do Século XX.



1854

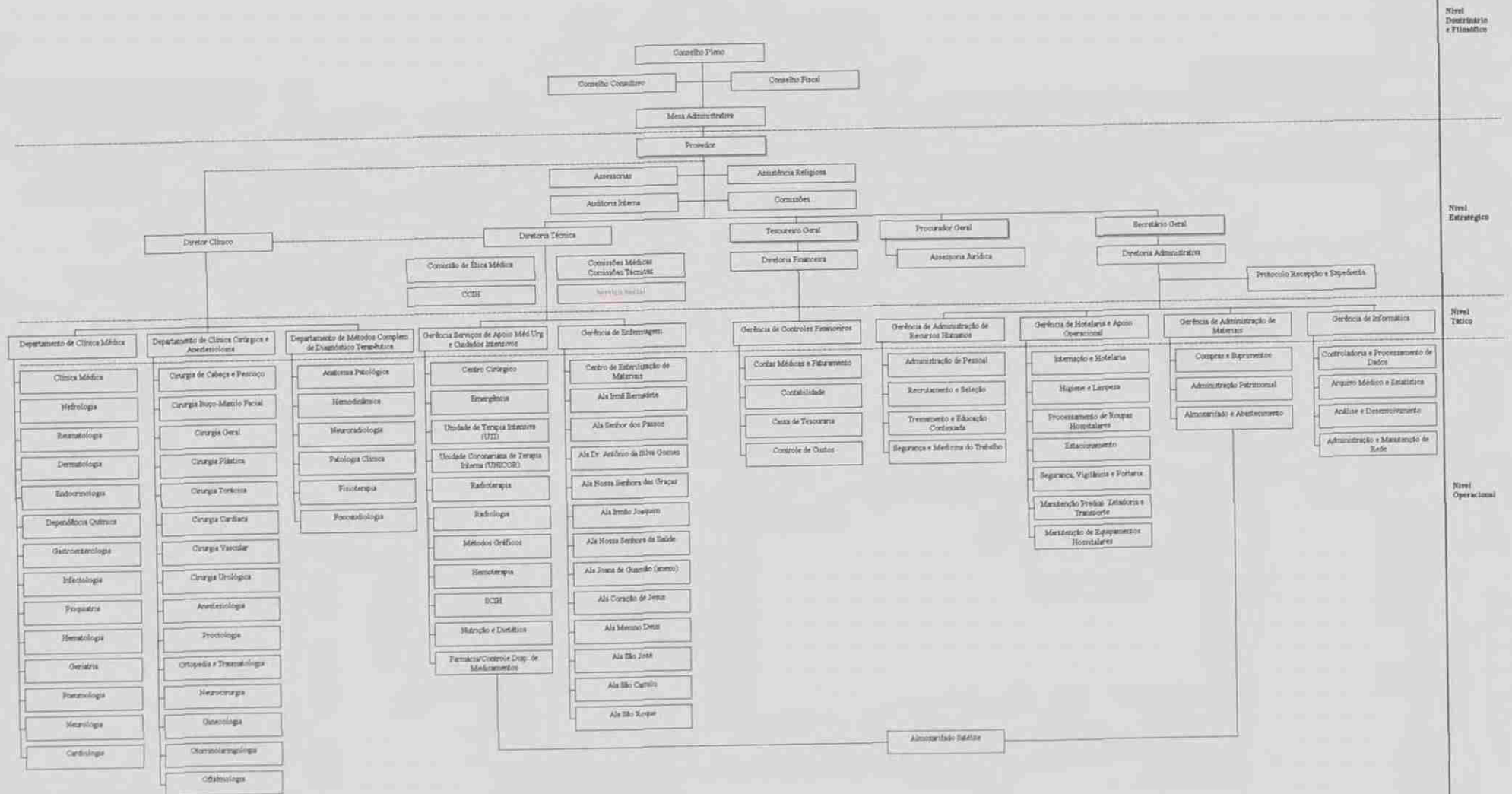
1882

ANEXO B

Organograma do Hospital de Caridade, aprovado através da Portaria N^o
26/2001 de 01/10/2001.

Artigo 5º - A Estrutura Administrativa é demonstrada no presente organograma composto de unidades normativas, de assessorias, de comissões e de unidades executivas representadas por diretorias, gerências e serviços médico-hospitalares de urgência, cuidados intensivos e de apoio operacional.

Organograma do Hospital de Caridade



□ Ó Coordenado
 ▭ Verificado
 — Subordinado

Aprovado através da Portaria Nº 26/2001 de 01/10/2001

ANEXO C

Índice de Absenteísmo do Hospital de Caridade de abril de 2001 a abril de 2002, elaborado durante o processo de estágio no hospital.

Índice de Absenteísmo* Setorial do Hospital de Caridade

Setor	abr/01	mai/01	jun/01	jul/01	ago/01	set/01	out/01	nov/01	dez/01	jan/02	fev/02	mar/02	abr/02	Total
Assistência Religiosa	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,45%	4,55%	0,00%	0,45%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%
Assessorias	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Auditoria Interna	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5,45%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Diretor Técnico Hospitalar	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
CCIH/SCIH	0,50%	0,00%	3,03%	0,00%	0,00%	1,21%	0,00%	0,61%	3,18%	0,30%	0,00%	0,48%	1,41%	0,91%
Serviço Social	0,00%	0,00%	3,64%	0,00%	0,00%	2,34%	0,59%	1,36%	0,00%	1,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,73%
UTI	2,73%	1,36%	2,94%	4,27%	4,01%	0,93%	1,67%	3,26%	1,06%	1,86%	0,09%	0,09%	0,18%	1,79%
Emergência	0,17%	0,16%	0,32%	0,00%	1,21%	0,00%	0,00%	0,04%	0,17%	1,26%	0,00%	0,32%	0,00%	0,31%
Unicor	0,54%	0,00%	4,68%	1,08%	2,07%	0,53%	0,61%	0,68%	1,07%	0,76%	0,20%	0,12%	0,14%	0,93%
Centro Cirúrgico	4,89%	0,33%	1,49%	5,88%	3,76%	0,43%	1,47%	0,36%	2,21%	3,67%	0,77%	5,19%	0,22%	2,26%
Radioterapia	0,69%	1,65%	2,55%	1,49%	1,09%	0,99%	0,74%	0,48%	0,00%	0,60%	2,40%	0,80%	2,57%	1,19%
Radiologia	0,00%	0,00%	0,15%	0,79%	0,12%	0,00%	2,27%	0,29%	0,00%	1,15%	0,05%	1,12%	0,66%	0,47%
Hemoterapia	0,00%	0,61%	0,00%	0,00%	0,00%	2,73%	7,27%	11,52%	8,48%	2,18%	0,00%	0,00%	1,82%	2,63%
Métodos Gráficos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Nutrição e Dietética e Copa	3,51%	6,11%	5,93%	6,62%	4,86%	1,56%	2,29%	1,71%	2,80%	4,70%	1,93%	2,45%	1,70%	3,40%
Fármacia	0,84%	1,12%	1,68%	0,28%	5,68%	1,22%	1,45%	0,12%	0,04%	6,79%	0,01%	2,34%	1,57%	1,64%
Gerência de Enfermagem	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Centro Esteril. Materiais	0,34%	7,65%	7,93%	9,26%	0,74%	0,55%	0,23%	0,25%	3,15%	6,79%	0,00%	0,52%	0,04%	2,50%
Ala Irmã Bernadete	0,00%	0,49%	0,23%	0,26%	1,71%	0,00%	1,14%	1,10%	0,00%	0,26%	0,00%	2,91%	0,24%	0,67%
Ala Senhor dos Passos	0,86%	0,66%	0,00%	2,31%	0,45%	0,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,82%	0,30%	0,59%
Ala Dr Antônio S. Gomes	0,34%	0,30%	2,42%	1,21%	0,00%	1,06%	1,12%	8,67%	2,02%	0,93%	0,38%	4,00%	6,67%	2,47%
Ala Nª Srª das Graças	2,02%	2,35%	0,00%	0,21%	1,01%	0,40%	0,29%	0,90%	5,99%	0,64%	0,08%	0,20%	0,96%	1,06%
Ala Irmão Joaquim	8,57%	21,82%	5,31%	0,00%	2,59%	0,28%	0,56%	0,22%	1,96%	0,28%	0,64%	0,30%	0,00%	3,19%
Ala São José	0,45%	0,00%	1,21%	1,70%	0,68%	2,68%	0,97%	0,19%	0,00%	0,26%	0,26%	1,82%	0,00%	0,85%
Ala Nª Srª da Saúde	0,61%	2,88%	2,11%	1,23%	3,98%	0,89%	0,11%	3,05%	0,55%	0,00%	0,38%	0,18%	0,35%	1,20%
Ala Joana de Gusmão	0,00%	0,01%	2,24%	2,66%	0,38%	0,98%	0,05%	0,19%	0,68%	0,00%	0,30%	0,91%	0,00%	0,74%
Ala Coração de Jesus	0,00%	0,30%	0,00%	0,30%	0,66%	0,66%	0,33%	0,33%	0,33%	0,28%	0,28%	0,28%	0,00%	0,26%
Ala Menino Deus	0,33%	0,36%	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%	0,00%	0,00%	0,91%	0,00%	0,16%
Ala São Camilo	0,00%	0,00%	0,42%	0,33%	0,36%	0,66%	0,33%	0,17%	0,00%	0,00%	0,33%	0,00%	0,99%	0,28%
Diretoria Financeira	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Gerência Controles Financ.	0,00%	0,45%	0,26%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%
Contas Médicas/Faturamento	0,33%	0,41%	1,79%	0,33%	9,59%	1,41%	1,83%	6,90%	1,24%	0,71%	0,52%	1,94%	0,76%	2,14%
Contabilidade	0,00%	0,08%	1,82%	0,00%	0,40%	0,61%	0,00%	0,00%	0,15%	0,61%	0,09%	0,17%	0,00%	0,30%

Setor	abr/01	mai/01	jun/01	jul/01	ago/01	set/01	out/01	nov/01	dez/01	jan/02	fev/02	mar/02	abr/02	Total
Tesouraria	0,00%	0,00%	0,00%	0,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%
Controle de Custos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Diretoria Administrativa	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Telefonia	0,00%	0,17%	0,00%	0,00%	1,21%	0,16%	1,47%	8,48%	0,15%	3,03%	0,61%	0,68%	0,00%	1,21%
Outros Serv. Comunic/Divulg.	5,82%	5,09%	0,00%	1,45%	8,28%	0,48%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	0,20%	3,68%	1,93%
Gerência Adm. RH	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Administração de Pessoal	0,61%	0,00%	0,61%	0,00%	4,09%	0,76%	1,21%	0,61%	0,61%	0,00%	0,78%	0,00%	0,00%	0,71%
Recrutamento e Seleção	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Segurança do Trabalho	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Gerência Hot./Apoio Oper.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Internação e Hotelaria	2,37%	6,72%	1,33%	1,17%	2,13%	2,69%	5,92%	1,13%	4,60%	0,58%	1,27%	1,31%	3,82%	2,88%
Higiene e Limpeza	5,35%	8,12%	12,26%	8,14%	4,72%	3,21%	4,93%	1,83%	0,92%	3,58%	2,79%	3,64%	4,56%	4,57%
Lavanderia e Costura	0,00%	0,40%	0,10%	1,31%	2,49%	1,16%	3,64%	0,20%	0,57%	6,97%	6,11%	12,03%	1,22%	2,71%
Seg. Vigilância e Portaria	0,00%	0,00%	0,08%	0,00%	0,33%	0,00%	0,00%	1,69%	0,00%	0,52%	0,00%	0,71%	0,00%	0,25%
Manut. Predial/Zel./Transp.	0,00%	1,36%	0,45%	17,73%	16,10%	0,52%	0,23%	0,00%	0,00%	11,73%	2,18%	0,00%	0,25%	2,91%
Transporte	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,21%	0,00%	0,09%
Manut. De Equip. Hosp.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Gerência de Adm. Material	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,14%
Compras	3,64%	7,27%	3,64%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,82%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,73%	0,91%
Administração Patrimonial	0,00%	0,00%	6,36%	1,82%	0,00%	0,00%	3,64%	0,91%	0,23%	3,64%	50,91%	56,36%	0,00%	13,55%
Almoxarifado	0,91%	0,73%	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%	0,00%	0,27%	0,00%	0,00%	0,73%	0,00%	0,00%	0,20%
Almoxarifado Satélite	0,00%	0,00%	0,00%	0,15%	0,00%	0,00%	0,08%	0,38%	3,82%	0,08%	0,09%	0,22%	1,17%	0,41%
Gerência de Informática	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Controladoria/Proc. Dados	0,00%	3,42%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%	0,45%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,32%
Arquivo Médico e Estat.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,53%	0,00%	0,47%	0,18%	0,15%	0,15%	0,00%	0,21%	0,00%	0,21%
Adm. Manutenção de Redes	0,00%	3,64%	0,00%	0,00%	0,00%	1,43%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,91%	1,38%
Serviço de de Estacionamento	0,64%	0,06%	0,64%	0,21%	1,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,05%	2,14%	0,43%	8,40%	6,84%	1,58%

$$Ia = \frac{Nhp}{NHP} \times 100$$

Onde: Ia = Índice de absenteísmo
Nhp = Número de horas perdidas
NHP = Número de horas planejadas

ANEXO D

Quadro do número de funcionários do Hospital de Caridade de abril de 2001 a abril de 2002, utilizado para o cálculo do Índice de Absenteísmo.

SETOR	abr/01	mai/01	jun/01	jul/01	ago/01	set/01	out/01	nov/01	dez/01	jan/02	fev/02	mar/02	abr/02
Tesouraria	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Controle de Custos							1	1	1	1	1	1	1
Diretoria Administrativa							0	0	0	0	0	0	0
Telefonia	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6
Outros Serv. Comunic/Divulg.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	5	5
Gerência Adm. RH	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Administração de Pessoal	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Recrutamento e Seleção	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segurança do Trabalho	4	4	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3
Gerência Hot./Apoio Oper.							0	0	0	0	0	1	1
Internação e Hotelaria	23	22	22	22	22	22	21	21	21	20	20	21	20
Higiene e Limpeza	33	28	27	32	32	33	31	31	31	30	30	32	32
Lavanderia e Costura	18	18	18	19	19	19	18	18	19	18	18	19	19
Seg. Vigilância e Portaria	6	5	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7
Manut. Predial/Zel./Transp.	9	8	8	7	7	7	8	8	9	10	10	11	11
Transporte	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Manut. De Equip. Hosp.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Gerência de Adm. Material							1	1	1	1	1	1	1
Compras	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
Administração Patrimonial	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Almoxarifado	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Almoxarifado Satélite	7	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7
Gerência de Informática	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Controladoria/Proc. Dados	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2
Arquivo Médico e Estat.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Adm. Manutenção de Redes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Serviço de de Estacionamento	17	17	17	17	18	17	17	17	17	17	17	17	17
Supervisão Noturna	2	2	2	2	2	2	x	x	x	x	x	x	x
Ceof	4	4	3	2	1	1	x	x	x	x	x	x	x
TOTAL	550	551	557	575	571	569	562	566	567	562	562	568	569

ANEXO E

Sugestão para o Programa de Integração do Novo Funcionário, baseado em Chiavenato (2002), destacando o Serviço Social como um benefício social espontâneo, concedido pela empresa ao empregado, com o objetivo de reduzir o absenteísmo, humanizar o ambiente de trabalho e preservar as condições físicas e mentais do trabalhador.

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO AO NOVO FUNCIONÁRIO



PINF

PRINCIPAIS ITENS DE UM PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO

<p align="center">Assuntos Organizacionais:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a- A missão e os objetivos básicos da organização. b- As políticas, isto é, os meios através dos quais os objetivos deverão ser alcançados. c- Como a organização está estruturada: o que cada área ou departamento faz. d- Arranjo físico das áreas de utilização do novo membro. e- Os principais produtos e serviços realizados pela organização. f- Regras e regulamentos internos. g- Procedimentos de segurança no trabalho.
<p align="center">Benefícios:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a- Horário de trabalho, de descanso e de refeições. b- Dias de pagamento e de adiantamentos salariais. c- Benefícios sociais oferecidos pela organização.
<p align="center">Apresentações:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a- Aos superiores e aos colegas de trabalho.
<p align="center">Deveres dos Cargos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a- Responsabilidades básicas confiadas ao novo participante. b- Tarefas do cargo. c- Objetivos do cargo. d- Visão geral do cargo.

Fonte: Chiavenato, (2002, p. 263).

Prezado Trabalhador!

Se você se deparar com algumas das situações abaixo relacionadas:

- ☞ **Conflitos no trabalho;**
- ☞ **Absenteísmo (ausência no trabalho);**
- ☞ **Acidente de trabalho;**
- ☞ **Doença ocupacional;**
- ☞ **Dependência química (drogas/álcool);**
- ☞ **Conflitos familiares;**
- ☞ **Assuntos relacionados à saúde, previdência e assistência social.**



Procure o Serviço Social, ele é um benefício proporcionado pela empresa para você trabalhador.

O Serviço Social busca alternativas para a solução de problemas surgidos nas diversas relações do homem com a família, o trabalho e o meio ambiente.

O Assistente Social informa, orienta, acompanha e encaminha você e sua família nas mais diversas situações originadas na empresa e/ou meio social.

Sinta-se convidado a visitar o Serviço Social.

O Serviço Social está localizado ao lado da sala Médico do Trabalho na emergência do Hospital de Caridade.