

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Eliane de Assis Mendes

Os exames periódicos de saúde sob perspectiva da saúde do trabalhador: a experiência
de uma unidade federal de produção de Imunobiológicos

Rio de Janeiro
2016

Eliane de Assis Mendes

Os exames periódicos de saúde sob perspectiva da saúde do trabalhador: a experiência
de uma unidade federal de produção de Imunobiológicos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientadora: Prof.^a Dra. Liliane Reis Teixeira
Coorientador: Prof. Dr. Renato José Bonfatti

Rio de Janeiro
2016

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

M538e Mendes, Eliane de Assis

Os exames periódicos de saúde sob a perspectiva da saúde do trabalhador: a experiência de uma unidade federal de produção de imunobiológicos. / Eliane de Assis Mendes. -- 2016.

140 f. : tab. ; graf.

Orientadora: Liliane Reis Teixeira
Coorientador: Renato José Bonfatti

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Exames Médicos - prevenção & controle. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Nível de Saúde. 5. Setor Público. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11

Eliane de Assis Mendes

Os exames periódicos de saúde sob perspectiva da saúde do trabalhador: a experiência
de uma unidade federal de produção de Imunobiológicos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Aprovada em 7 de abril de 2016.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Maria Egle Cordeiro Setti
Fundação Oswaldo Cruz – Diretoria de Recursos Humanos

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Liliane Reis Teixeira – Orientadora
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Renato José Bonfatti – Coorientador
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro
2016

Aos meus pais, pelo amor, confiança e apoio.
E aos trabalhadores que permearam minha trajetória profissional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser presença em todos os momentos de minha existência.

Aos meus pais, minha prima-irmã, familiares e amigos queridos, por todo suporte e compreensão durante a elaboração deste trabalho, seja pelas ausências ou por suportar todas as crises de irritabilidade. E a Marcos, pelos insistentes desafios diários, não poderia me esquecer de ti... rs.

À minha orientadora, Liliane Reis Teixeira, por sua disponibilidade, paciência com as inseguranças (e “sumiços”) e confiança (nem eu confiaria tanto, Lili rs). Foram dois anos de trocas enriquecedoras que ajudaram também a desconstruir o “trauma” com a Epidemiologia. Sua tranquilidade e incentivo colaboram para tornar esse processo bem menos tenso.

Ao meu coorientador, Renato Bonfatti, pela paciência com os “pensamentos inconclusivos”; por sua disponibilidade não só quando demandado e sempre encontrando uma brechinha na agenda para as orientações extras. Além do incentivo, não só durante o processo de orientação, mas também nas disciplinas em que estivemos juntos.

Aos meus queridos colegas de turma. Foi um prazer conhecê-los e partilhar as aulas, conquistas, angústias, risadas e aflições. Em tempos de relações tão frágeis, foi estimulante estar nas batalhas coletivas que essa turma acabou fomentando. Nesse grupo tão especial, não posso deixar de citar a parceria das minhas amigas Ingrid e Cris, que, além do espaço laboral, se estendeu ao mestrado e tornou este momento único.

Aos Professores da subárea, por todo conhecimento partilhado e incentivo. Em especial, Ana Braga e Aldo, por suas contribuições durante a apresentação do projeto. Foram “dicas preciosas”.

Aos colegas do Centro de Saúde do Trabalhador e os que passaram pelo setor (Sônia e Leandro) pelo carinho e incentivo contínuo. E, em especial, ao gestor do serviço, pelo auxílio com a formalização e liberação para o estudo e a Rotinha pelo café “salvador” que ajudou a dar conta dessa dupla jornada.

Às companheiras, camaradas assistentes sociais da saúde do trabalhador da Fiocruz, sempre na torcida e parceiras. É um privilégio ter a companhia de vocês na Instituição!

À assistente social Zilda Moraes, por aceitar ser minha supervisora no NUSAT I, apresentar-me ao campo da Saúde do Trabalhador e a inserção do Serviço Social nessa área. Extensivo, as meninas da Enfermagem Isabel e Célia. Aquele foi um ano intenso de aprendizagem com todas vocês e que acabou definindo minha trajetória profissional.

Às assistentes sociais Claudia Barbosa e Martha Fortuna (minha eterna preceptora), do DESSAÚDE/UERJ, por me apresentarem os conceitos do Campo aplicados ao serviço público. Além de partilhar, não só naquele momento da residência, mas, até hoje, a amizade, alegrias e conhecimentos. Extensivo às companheiras “ex-precarizadas” e imbatíveis: Eliana Ramos, Francis Sodr e e Monica Olivar.

Aos colegas do IFF, especialmente aos ex-gestores Helenice e Rubens. Sem a intervenção de vocês em diferentes momentos (respectivamente, segurando minha exoneração e autorizando minha remoção “para aquela vaga de saúde do trabalhador”), talvez minha trajetória profissional tivesse tomado outro caminho.

Às colegas (Claudia, Verônica, Cristiane, Eda e Maria Teresa) e ex-estagiárias (Rafaela, Simone, Vânia, Carla e Talita) do Serviço Social do Hospital Municipal Paulino Werneck (vulgo PW’Dor). Foram cinco anos de uma intensa convivência, muitos perrengues, muitos embates na Unidade e com nossos pares do SIMAS; vocês me ajudaram a entender a prática do Serviço Social, a manter a ética no turbilhão das “correlações de força” e, assim, me entender dentro dessa profissão. Fora as alegrias partilhadas e amizade que perduram até hoje. Também, não posso me esquecer dos profissionais (Lázaro, Fernando, Lídia, Carlos, Marcos, Zé, Jorjão, Eliane, Plínio) de outras categorias com os quais partilhei o cotidiano da Emergência e a construção de uma intervenção multiprofissional.

E, por fim, aos trabalhadores da unidade que gentilmente contribuíram com este trabalho.

[...]
Quero trabalhar em paz
Não é muito o que lhe peço
Eu quero um trabalho honesto
Em vez de escravidão
Deve haver algum lugar
Onde o mais forte
Não consegue escravizar
Quem não tem chance
De onde vem a indiferença
Temperada a ferro e fogo?
Quem guarda os portões da fábrica?
[...]
“Fábrica” (Legião Urbana, 1986)

[...]
Quando querem transformar
Dignidade em doença
Quando querem transformar
Inteligência em traição
Quando querem transformar
Estupidez em recompensa
Quando querem transformar
Esperança em maldição
[...]
E você de que lado está?
[...]

“1965 – Duas Tribos” (Legião Urbana, 1989)

RESUMO

A pesquisa apresenta, através de um estudo de caso, a experiência de uma unidade federal de produção de Imunobiológicos na realização dos exames periódicos de saúde, durante o ano de 2013, quando a ficha ocupacional utilizada para avaliação dos servidores passou a ser usada também para os trabalhadores celetistas. Sendo que, desde o início da avaliação na unidade para os servidores, ela é realizada com um viés multiprofissional. Nesse sentido, levantamos a seguinte hipótese: mesmo em uma prática tão vinculada à saúde ocupacional, seria possível utilizar conceitos do campo da Saúde do Trabalhador para analisar os dados gerados pelos exames periódicos de saúde. Os principais objetivos foram: analisar os exames periódicos de saúde e refletir sobre quais contribuições o campo da Saúde do Trabalhador pode oferecer para esse tipo de intervenção; apresentar o perfil de saúde dos trabalhadores avaliados; identificar fatores da organização do processo de trabalho que possam causar desgaste força de trabalho; apresentar como os trabalhadores que passaram pela intervenção como servidores e celetistas avaliam os exames periódicos; e identificar como os dados obtidos através dos exames periódicos podem subsidiar as ações de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores da unidade. O trabalho apresenta uma revisão teórica que contemplou as diferenças de enfoque dos conceitos das relações saúde/trabalho e a regulação da saúde do trabalhador no Brasil, na esfera pública e privada. O percurso metodológico iniciou-se com uma pesquisa bibliográfica sobre o tema. Posteriormente, realizou-se a pesquisa documental nos arquivos e prontuários do serviço de saúde da unidade e utilizou-se a técnica da entrevista junto aos trabalhadores que participaram dos exames periódicos, em ambos os vínculos e com a equipe técnica que os realiza. A análise dos dados permitiu concluir que houve um equilíbrio na participação por gênero e, dentro do universo do quantitativo de trabalhadores proporcionalmente, houve uma maior participação dos servidores (70,6%). Em relação às condições de saúde, os celetistas apresentaram as maiores queixas referentes a problemas respiratórios (52,5%) e os servidores questões do aparelho circulatório (25,6%). Ao verificarmos, setorialmente, a área de gestão é a que apresenta o maior percentual (21,7%) de queixas e relaciona-se ao aparelho circulatório. Sobre a percepção quanto aos riscos ambientais, mais de 60% dos trabalhadores apontaram o movimento repetitivo. Com relação às entrevistas, tanto os trabalhadores quanto os profissionais concordaram que as avaliações dos exames periódicos devem ser iguais para ambos os vínculos. E, por fim, foi possível observar que, se o setor seguir o proposto pela Norma Operacional de Saúde do Servidor – NOSS, estará pautando não só a intervenção dos exames periódicos sob a influência de alguns conceitos que também são referência para o campo da Saúde do Trabalhador, mas outras práticas para a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores da unidade.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Exames de Saúde. Saúde Ocupacional. Serviço Público.

ABSTRACT

The research presents, through a case study, the experience of a Federal Unit of Immunobiologicals Production on periodic health exams, during the year 2013, when the occupational form used for evaluation of the civil servants started to be used also for outsourced workers. Moreover, considering that since the beginning of the Unit evaluation for the civil servants, it is performed with professional variety bias. In this sense, we raise the hypothesis if even in a practice so linked to occupational health, it would be possible to use the concepts of the Workers' Health Field to analyze the data generated by Periodic Health Examination. The main objectives were: analyze the Periodic Health Examinations and reflect on which contributions the Occupational Health Field can offer for this kind of intervention; submit the health profile of the workers evaluated; identify organizational factors of work process that could cause erosion of the workforce; present the way workers who have been through the intervention as civil servants and outsourced assess the Periodic Examinations; and identify how the data obtained through the periodical inspections can subsidize the actions to promote and protect the health of workers. The work presents a theoretical review that contemplated the differences of the concepts focus of health / labor relations and regulation of workers' health in Brazil, in public and private sphere. The methodological path began with a literature search on the topic. Later, the documentary research was held in the files and records of the health service of the Unit was performed, and the technique of interviewing the workers who participated in periodic examinations was used in the two different links, and the technical team that performs them. The data analysis concluded that there was a balanced participation by gender and within the universe of the number of workers in proportion, there was a greater participation of the civil servants (70.6%). Regarding health conditions, the outsourced presented the highest complaints related to respiratory problems (52.5%) and the civil servants for circulatory system (25.6%). Verifying by sectors, the management area is the one with the highest percentage (21.7%) of complaints related to the circulatory system. On the perception of environmental risks, over 60% of workers pointed to the repetitive movement. Regarding the interviews, both types of workers agreed that the evaluations of the Periodic exams should be equal for both links. Finally, it was observed that if the sector follows the proposed by the Operational Norms of Public Servants Health – known as NOSS - it will be guided not only by the intervention of Periodical Inspections under the influence of some concepts that are also reference to the Occupational Health Field; but other practices to improve health conditions of workers in the unit.

Keywords: Occupational Health. Health Exam. Occupational Health. Public Service.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Estruturação da PASS.....	41
Figura 2 –	Fluxograma de EPS – Servidores/Bolsistas.....	50
Figura 3 –	Fluxograma de EPS – Terceirizado.....	51
Figura 4 -	Diagrama de Corlett	134

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição percentual dos trabalhadores por grupo de CID e vínculo, em 2013.....	64
Gráfico 2 –	Distribuição do percentual dos trabalhadores por grupo de CID e a área de lotação, em 2103.....	64
Gráfico 3 –	Distribuição percentual segundo fatores de risco para DCV por U.O. e vínculo, em 2013.....	65
Gráfico 4 –	Distribuição percentual segundo outros fatores de risco para DCV por vínculo, em 2013.....	67
Gráfico 5 –	Distribuição percentual segundo outros fatores de risco para DCV por U.O., em 2013.....	68
Gráfico 6 –	Distribuição percentual total dos trabalhadores segundo fatores de risco para DCV, em 2013.....	69
Gráfico 7 –	Distribuição percentual total segundo grupo de CID dos EPS e motivos de afastamento, em 2013.....	71
Gráfico 8 –	Distribuição percentual dos trabalhadores segundo a área, vínculo e questões de saúde mental, em 2013.....	74
Gráfico 9 –	Distribuição percentual dos trabalhadores com Estresse por vínculo e U.O., em 2013.....	75
Gráfico 10 –	Distribuição percentual segundo o tempo de serviço, vínculo e as questões de saúde mental, em 2013.....	76
Gráfico 11 –	Distribuição percentual geral dos trabalhadores segundo vínculo e questões de saúde mental, em 2013.....	77
Gráfico 12 –	Comparação entre percentual de questões de saúde mental dos EPS e licenças do grupo V por vínculo, além da comparação dos resultados de ambos os vínculos desses itens e o absenteísmo, em 2013.....	78
Gráfico 13 –	Distribuição percentual dos trabalhadores por áreas de desconforto e área de locação, em 2013.....	81
Gráfico 14 –	Distribuição percentual dos trabalhadores por áreas de desconforto e área de locação, em 2013.....	81
Gráfico 15 –	Distribuição do percentual dos trabalhadores por vínculo e cargo de trabalho, em 2013.....	86
Gráfico 16 –	Distribuição percentual dos servidores entrevistados e o correspondente ao quantitativo geral por U.O., em 2013.....	89
Gráfico 17 -	Distribuição dos trabalhadores segundo CID e o vínculo de trabalho, em 2013	128
Gráfico 18 -	Distribuição dos trabalhadores segundo fatores de risco para DCV, por U.O. e vínculo.....	129
Gráfico 19 -	Distribuição segundo fatores de risco para DCV, por área de alocação e vínculo.....	130
Gráfico 20 -	Distribuição por alterações consideradas fatores de risco para DCV, por vínculo e U.O.....	130
Gráfico 21-	Distribuição por alterações consideradas fatores de risco para DCV, por vínculo e U.O.....	131
Gráfico 22 -	Distribuição por queixas de Saúde Mental, por vínculo e U.O., em 2013.....	131
Gráfico 23 -	Distribuição total comparativa de questões de saúde mental x tempo de serviço, em 2013.....	131

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Descrição das U.Os. conforme finalidade.....	47
Quadro 2 –	Informações da planilha de vacinação e ASO 2013.....	57
Quadro 3 –	Informações reestruturadas relacionadas à planilha de vacinação e ASO 2013.....	59
Quadro 4 –	Distribuição percentual total segundo grupo de CID dos EPS, licenças e tempo de afastamento.....	71
Quadro 5 –	Riscos globais levantados pelo PPRA por U.O., em 2013.....	82
Quadro 6 –	Distribuição percentual dos trabalhadores por U.O. de lotação sobre percepção de riscos, em 2013.....	85
Quadro 7 –	Sugestões dos trabalhadores por U.O., em 2013.....	87
Quadro 8 –	Percentual de respostas positivas referentes ao ambiente e condições de trabalho.....	91
Quadro 9 –	Percentual de respostas positivas referentes aos fatores organizacionais do ambiente de trabalho segundo RJUs.....	91
Quadro 10 –	Percentual de respostas positivas referente as relações de trabalho segundo RJUs.....	92
Quadro 11 –	Percentual de respostas positivas referentes à satisfação e reconhecimento no trabalho.....	95
Quadro 12 –	Percentual de respostas positivas sobre acidente de trabalho e desdobraamento.....	97
Quadro 13 –	Percentual de respostas positivas sobre contexto familiar segundo RJUs.....	98
Quadro 14 –	Total geral por questões de saúde elencadas na Ficha Ocupacional do EPS, 2013.....	128
Quadro 15 –	Total geral das questões vinculadas à saúde mental, em 2013.....	132
Quadro 16 –	Percepção dos riscos nos locais de trabalho segundo EPS, em 2013.....	132
Quadro 17 -	Total geral das respostas em relação à escala de desconforto segundo EPS, 2013.....	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Pessoal por vínculo.....	46
Tabela 2 –	Distribuição de pessoal por vínculo e U.O. no ano de 2014.....	47
Tabela 3 –	Distribuição do total de participantes do EPS por Vínculo, Gênero e U.O, em 2013.....	61
Tabela 4 –	Distribuição dos participantes do EPS por faixa etária e vínculo, em 2013.	61
Tabela 5 –	Distribuição dos participantes por nível de escolaridade para cargo, vínculo e gênero, em 2013.....	62
Tabela 6 –	Distribuição dos participantes por tempo de serviço na unidade e por vínculo, em 2013.....	62
Tabela 7 –	Distribuição percentual total dos trabalhadores segundo questões de saúde para DCV por U.O., em 2013.....	66
Tabela 8 –	Distribuição percentual dos trabalhadores por áreas de desconforto e área de locação, em 2013.....	80
Tabela 9 –	Distribuição do total de afastamentos por grupo de CID	125
Tabela 10 -	Distribuição do total de afastamentos conforme os 04 maiores grupos de CID.....	126
Tabela 11–	Distribuição do total das horas de afastamentos grupos de CID.	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASO	Atestado de Saúde Ocupacional
BPF	Boas Práticas de Fabricação
BPL	Boas Práticas de Laboratório
CFB	Constituição Federal Brasileira
CID	Código Internacional de Doenças
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CISSP	Comissão Interna de Saúde do Servidor Público
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CST	Coordenação de Saúde do Trabalhador
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIR	Direção
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
EMP	Exame Médico Periódico
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EPS	Exame Periódico de Saúde
FUNDACENTRO	Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
I.T	Instrução de trabalho
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MOI	Movimento Operário Italiano
MPOG	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NERJ	Núcleo de Perícias do Estado do Rio de Janeiro
NOSS	Norma Operacional de Saúde do Servidor
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

NR	Norma Regulamentadora
NUPAFS	Núcleo de Perícias e Avaliação Funcional de Saúde
NUST	Núcleo de Saúde do Trabalhador
OHSAS	<i>Occupational Health and Safety Assessment Series</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
P.A.	Pressão arterial
PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PL	Projeto de Lei
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PQV	Programa de Qualidade de Vida
RENAST	Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador
RH	Recursos Humanos
RJU	Regime Jurídico Único
SEMTR	Seção de Medicina do Trabalho
SESMET	Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal
SIPAT	Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil
SISOSP	Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal
SO	Saúde Ocupacional
SRQ-20	<i>Self Report Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U.O.	Unidade Organizacional
VDTEC	Vice-direção de Desenvolvimento Tecnológico
VGEST	Vice-direção de Gestão e Mercado
VPROD	Vice-direção de Produção
VQUAL	Vice-direção de Qualidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	TRABALHO E SAÚDE NO CAPITALISMO.....	22
2.1.2	Modelos de organização da produção capitalista	23
2.2	A MEDICINA DO TRABALHO E A SAÚDE OCUPACIONAL.....	29
2.3	A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	32
2.3.1	A saúde do trabalhador no contexto brasileiro	35
2.4	REGULAÇÃO DAS RELAÇÕES TRABALHO/SAÚDE.....	37
2.4.1	A regulação no serviço público federal	39
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
3.1	ESCOLHA DO CAMPO.....	46
3.1.1	Contextualização dos exames periódicos de saúde na unidade	48
3.2	PARTICIPANTES.....	54
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	55
3.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	55
3.4.1	Primeira fase: pesquisa documental	55
3.4.2	Segunda fase: pesquisa de campo	56
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	60
4.2	PERFIL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS TRABALHADORES QUE PARTICIPARAM DOS EPS.....	62
4.3	QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL.....	72
4.4	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DESCONFORTO POSTURAL (DIAGRAMA DE CORLLET).....	79
4.5	PERFIL EM RELAÇÃO À PERCEPÇÃO À EXPOSIÇÃO AOS RISCOS NO LOCAL DE TRABALHO.....	82
4.6	ENTREVISTAS COM A PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL.....	88
4.6.1	Ambiente de trabalho	89
4.6.2	Instalações e ferramentas de trabalho	90
4.6.3	Fatores organizacionais	91

4.6.4	Relações de trabalho.....	92
4.6.5	Satisfação e reconhecimento no trabalho.....	95
4.6.6	Acidente de trabalho.....	97
4.6.7	Participação em espaços de representação.....	97
4.6.8	Problemas no contexto familiar.....	98
4.7	AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	100
4.7.1	Os EPS sob o ponto de vista dos trabalhadores que passaram por ambos os vínculos.....	101
4.7.2	Os EPS sob o ponto de vista da equipe do serviço de saúde.....	103
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
	REFERÊNCIAS.....	114
	APÊNDICE A	124
	APÊNDICE B	125
	APÊNDICE C.....	127
	APÊNDICE D.....	128
	ANEXO A.....	134
	ANEXO B.....	136
	ANEXO C.....	139

1 INTRODUÇÃO

A legislação trabalhista, no ano de 1978, implementou as chamadas Normas Regulamentadoras (NRs) e, dentre elas, a NR nº 7, que “[...] estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO” (BRASIL, 1978, p. 1).

O PCMSO apresenta como objetivo a promoção e preservação da saúde do conjunto dos trabalhadores e inclui, entre outras atribuições, a realização obrigatória dos exames médicos periódicos (EMPs). Tais exames são compostos de:

- a) uma avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental; e
- b) exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos da NR e seus anexos. A periodicidade está relacionada com a atividade desenvolvida e com o risco ocupacional a que os trabalhadores estão submetidos, além de com a idade.

No âmbito do Serviço Público Federal, somente em 2009, com algumas características similares, ao proposto pela NR 07 – os exames periódicos tornaram-se obrigatórios¹ e foram normatizados para os servidores públicos, através do Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009:

Art. 2º A realização de exames médicos periódicos tem como objetivo, prioritariamente, a preservação da saúde dos servidores, em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais.
Art. 9º Parágrafo único. Os dados dos exames periódicos comporão prontuário eletrônico, para fins coletivos de vigilância epidemiológica e de melhoria dos processos e ambientes de trabalho, sendo garantido o sigilo e a segurança das informações individuais, de acordo com o previsto em normas de segurança expedidas pelo Conselho Federal de Medicina. (BRASIL, 2009b).

Assim, a pesquisa que ora apresentamos tem como campo uma unidade de produção federal de imunobiológicos, cuja força de trabalho é constituída por servidores públicos federais, Regime Jurídico Único (RJU), prestadores de serviço terceirizados, Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e estagiários-bolsistas. E, a fim de também atender às normas regulatórias, inaugurou, no segundo semestre de 2008, um serviço de saúde que, dentre outras atribuições, é responsável pelo PCMSO e a realização e monitoramento dos exames periódicos de saúde (EPS) na unidade.

¹ Os servidores públicos podem se recusar a fazer o EPS; porém tem que assinar um termo informando de sua recusa, mas permanecerá sendo periodicamente convocado conforme planejamento da intervenção.

Ressalta-se que as legislações fazem referência aos EMPs, porém estaremos utilizando a sigla EPS, uma vez que a Instituição entende que tal prática não se restringe somente a uma avaliação médica e envolve outros profissionais de saúde².

O interesse em propor este estudo nasceu a partir de nossa inserção no setor de saúde da unidade e das observações cotidianas quanto às práticas laborais, em especial da participação do Serviço Social e, posteriormente, da Psicologia, da equipe de avaliação dos EPS.

Partindo do entendimento, segundo Dias (1996, p. 28), de que “[...] as ações de atenção à saúde do trabalhador incluem a promoção, a prevenção e a assistência, dirigidos ao indivíduo trabalhador que sofre, adoecer, ou se acidenta e ao conjunto ou coletivo de trabalhadores, programadas e executadas de forma integrada [...]”; no decorrer desta intervenção, buscamos identificar elementos do campo da Saúde do Trabalhador e refletir sobre como ampliar está influência.

A saúde do trabalhador busca compreender melhor a determinação do processo saúde-doença nos trabalhadores e desenvolver alternativas de intervenção que levem a transformação da realidade, em direção à apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho. [...] A atuação em saúde do trabalhador está baseada na premissa de que os trabalhadores apresentam um viver, adoecer e morrer compartilhado com o conjunto da população, em um dado tempo, lugar e inserção social, mas que é, também, específico, resultante de sua inserção em um processo de trabalho particular. E esta especificidade deve ser contemplada pelos serviços de saúde. (DIAS, 1996, p. 28).

Assim, o cotidiano mostrou outra realidade prática, na qual alguns conceitos da saúde do trabalhador permeiam algumas atividades, porém o paradigma da Saúde Ocupacional (SO) e, por vezes, da Medicina do Trabalho (MT) são os mais influentes, seja em decorrência das demandas regulatórias, seja por falta de capacitação específica na área da Saúde do Trabalhador, seja por falta de um projeto institucional dentro dessa perspectiva, entre outros.

Segundo Gomez-Minayo e Thedim-Costa (1997), a Saúde do Trabalhador enquanto campo de práxis:

[...] para uma ação/intervenção transformadora [...] é, portanto, uma área em permanente construção, configurada numa trama de relações que reflete – na dinâmica própria dos diversos atores sociais e das lógicas que direcionam sua ação – consciências e vontades individuais e coletivas. (GOMEZ-MINAYO; THEDIM-COSTA, 1977, p. 26).

² Importante lembrar que o Departamento de Saúde e Segurança do Trabalho (DESSAÚDE/UERJ) já trabalhava, desde o final da década de 1990, com a perspectiva do Exame Periódico em uma perspectiva multiprofissional (Enfermagem do Trabalho, Engenharia de Segurança, Medicina do Trabalho e Serviço Social) e adotando a terminologia EPS.

Contudo, desde a inauguração do setor de saúde, uma de suas atividades são as avaliações dos EPS para servidores e bolsistas e essas ensaiam uma aproximação com alguns conceitos do campo da Saúde do Trabalhador. A proposta inicial era de que a equipe multiprofissional (Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social) participasse de todo processo – das visitas aos ambientes de trabalho até a devolutiva aos trabalhadores sobre os resultados da intervenção –, entretanto ela não se concretizou em todos os anos ou de forma integrada como planejado.

Ressaltando que, referente ao instrumental e processo de avaliação, a intenção de uma intervenção integral quase se efetivou. Isto é, elas não se restringiam somente à avaliação clínica, mas também à entrevista com profissionais da Psicologia e Serviço Social que colhiam dados sobre a organização e relações de trabalho, além de questões de ordem pessoal/familiar. E a equipe profissional trocava impressões sobre os atendimentos para auxiliar nas avaliações ou, posteriormente, encaminhar as questões surgidas na intervenção de forma interdisciplinar para melhoria dos processos e ambientes de trabalho.

As ações de saúde do trabalhador estão direcionadas na busca de mudanças nos processos de trabalho – das condições e dos ambientes de trabalho – através de uma abordagem transdisciplinar e intersetorial, com a participação dos trabalhadores, enquanto sujeitos capazes de contribuir com o seu saber para o avanço do impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença e de intervir efetivamente para a transformação da realidade. (DIAS, 1996, p. 28).

Assim, se em alguns aspectos dos EPS conseguimos observar essa aproximação com a Saúde do Trabalhador, em relação a fomentar a participação concreta dos trabalhadores, enquanto sujeitos coletivos e protagonistas para a transformação dos processos de trabalho, ainda verificamos uma grande lacuna, independente do vínculo do trabalhador.

Salienta-se que, por se tratar de uma unidade pública, os trabalhadores terceirizados realizam os EPS com os profissionais das empresas prestadoras de serviço e a qualidade dessa avaliação irá variar conforme o contrato de prestação de serviço em vigor naquele período. Porém, para cumprir o previsto na NR-7, basta a avaliação clínica. Assim, o setor monitora os EPS efetuados pela prestadora de serviços para os trabalhadores regidos pela CLT.

Decorrente de uma série de questões conjunturais que atingem o Estado brasileiro e que repercutem em suas instituições, no ano de 2012 foi aprovada internamente autorização para que a unidade elaborasse um Projeto de Lei (PL), a fim de constituir-se em uma empresa pública, com o objetivo de flexibilizar alguns itens “engessados” da burocracia estatal para que possa atender às demandas da produção.

O PL encontra-se em tramitação aguardando aprovação do Legislativo federal e, após sua regulamentação, transformará a unidade em uma empresa pública e subsidiária da Instituição e apresentará como uma de suas principais mudanças o modelo jurídico de contratação, em que sua força de trabalho será constituída de empregados públicos celetistas. Os servidores regidos pelo RJU poderão permanecer na unidade enquanto cedidos.

Nesse sentido, considerando as possibilidades de mudanças organizacionais futuras na unidade, onde com a adoção do novo modelo jurídico as normativas de saúde cabem as NRs., acreditamos ser válido apresentar a experiência da unidade em relação aos EPS, mesmo com suas limitações e contradições.

Com a mudança do regime jurídico, como legado futuro, imagina-se que esta intervenção com alguns ajustes possa, além de atender o prescrito nas normativas contratuais, superá-las ao incorporar elementos da área da Saúde do Trabalhador, em especial a análise dos processos de trabalho e a participação do trabalhador, buscando, assim, uma atuação que não fosse somente influenciada pela SO e MT.

Assim, levantamos a hipótese de que é possível, mesmo em uma prática tão vinculada à Saúde Ocupacional, utilizar elementos do campo da Saúde do Trabalhador para realizar a intervenção e analisar os dados gerados pelos EPS.

Nessas perspectivas, nosso objetivo, neste estudo de caso, foi analisar os EPS realizados pela unidade de produção e refletindo sobre quais contribuições o campo da Saúde do Trabalhador pode oferecer para este tipo de intervenção. Também apresentaremos:

- a) o perfil de saúde dos trabalhadores avaliados;
- b) os fatores da organização do processo de trabalho que possam causar desgaste à força de trabalho;
- c) a avaliação dos trabalhadores que passaram por ambos os vínculos sobre os EPS e dos técnicos do setor; e
- d) como os dados obtidos através dos EPS podem subsidiar as ações de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores da unidade.

Salientamos, por fim que a Saúde do Trabalhador traz consigo o desenvolvimento de alternativas de intervenção, buscando, portanto, estabelecer causas de agravos à sua saúde, reconhecer seus determinantes, estimar riscos, dar a conhecer os modos de prevenção e promover saúde (MENDES; DIAS, 1991).

Configura-se, assim, um complexo tabuleiro de peças que se ajustam ou se repelem, demandando estratégias diferenciadas, em função das conjunturas locais, regionais ou nacionais. Obter restritas, porém significativas, conquistas requer, habitualmente, enfrentar um caminho controverso em sua essência [...]. A incorporação de conhecimentos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, a aplicação das normas limitadas da Higiene e Segurança do Trabalho fazem parte desse trajeto, numa perspectiva permanente de definição de marcos conceituais e práticas que expressem uma visão totalizante do ser humano em sua relação com o trabalho. (GOMEZ-MINAYO; THEDIM-COSTA, 1997, p. 26).

Assim, o primeiro capítulo apresentará as linhas teóricas que servem de referência para este trabalho. O segundo capítulo trará o percurso metodológico, no qual se pontuam as escolhas realizadas em coerência com a inserção teórica para a apresentação deste estudo de caso. No terceiro capítulo, serão apresentados os resultados e análise dos dados do material coletado. E o quarto capítulo trará as considerações finais sobre este trabalho de pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRABALHO E SAÚDE NO CAPITALISMO

O trabalho é compreendido como uma atividade fundamental do homem, em que, através de sua ação, transforma a natureza e transforma a si próprio, afirmando-se assim, como ser social.

Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, vida humana. (MARX, 1988, p. 50).

Assim, como destaca Antunes (2000, p. 125), “[...] se na formulação marxiana o trabalho é o ponto de partida do processo de humanização do ser social, também é verdade que, tal como se objetiva na sociedade capitalista, o trabalho é degradado e aviltado”.

Com a efetivação do modo de produção capitalista, observam-se profundas e constantes transformações sociais, sendo um dos espaços privilegiados dessas mudanças a esfera produtiva, onde o trabalho estará subordinado à racionalidade técnica e econômica do capital.

Na manufatura e no artesanato, o trabalhador se serve da ferramenta; na fábrica, serve a máquina. Naqueles procede dele o movimento do instrumental de trabalho; nesta, tem de acompanhar o movimento do instrumental. Na manufatura, os trabalhadores são membros de um mecanismo vivo. Na fábrica, eles se tornam complementos vivos de um mecanismo morto que existe independente deles. (MARX, 1988, p. 483).

Isto é, a história do processo de produção³capitalista é a da subjugação da razão humana no ato de criar mercadorias aos interesses do capital. E o sistema o faz quando o trabalhador é submetido ao processo de trabalho enquanto mero apêndice da máquina.

Ressalta-se que os elementos constitutivos do processo de trabalho são: a força de trabalho, o objeto e os meios de trabalho. A soma dos objetos e dos meios de trabalho denomina-se meios de produção.

A consequente e progressiva substituição de um tipo artesanal de produção por um industrial trouxeram avanços tecnológicos, mediante a utilização dos progressos científicos. A

³ Entendido enquanto processo de produção de mercadorias: unidade imediata do processo de trabalho, do processo de valorização do capital e de realização das necessidades humanas – sua criação e expansão (MARX, 1988).

afirmação do capitalismo trouxe consigo a utilização constante das máquinas e uma maior divisão técnica do trabalho, com o conseqüente aumento da produção e da produtividade, acarretando o alargamento do mercado.

A utilização capitalista da máquina, no sistema fabril, intensificou o caráter social do trabalho, levando ao desenvolvimento de um processo de produção conduzido sob ritmos rígidos, normas de comportamento restritas e menor interdependência mútua.

Com o intuito de aumentar a eficiência e a produtividade do processo de produção capitalista, visando também ao aumento da acumulação, o capital vai se apropriando do conhecimento científico subjugando-o enquanto força produtiva. Essa apropriação modificou o controle sobre o trabalhador no processo de trabalho. O controle passou a ser mais preciso, quando comparado ao que existia no início da Revolução Industrial, quando o trabalhador ainda possuía uma relativa autonomia para pensar a melhor maneira de desenvolver suas funções na linha de produção.

2.1.2 Modelos de organização da produção capitalista

As primeiras décadas do século XX apresentarão o que alguns autores chamam de segunda Revolução Industrial do capitalismo, em especial, devido às novas formas de organização da produção: através do taylorismo e do fordismo.

Ao capital era importante que o conhecimento científico fosse incorporado às forças produtivas, enquanto um elemento estranho ao trabalhador, ainda que isso se desse com base na incorporação de seu saber construído no cotidiano da execução do trabalho.

Assim, desenvolve-se o taylorismo, cujos pressupostos básicos ficaram ao encargo da gerência científica, tendo como princípios:

- a) a dissociação do processo de trabalho das qualificações dos trabalhadores;
- b) a separação da concepção e da execução do trabalho; e
- c) o uso do monopólio sobre o conhecimento para controlar os distintos passos do processo de trabalho e seu modo de execução. Esses princípios fizeram com que a gerência científica adotasse como base “[...] o controle do trabalho através do controle das decisões que são tomadas no curso do trabalho [...]”. (BRAVERMAN, 1979, p. 98).

Já o fordismo – para alguns autores que focalizam suas observações na análise da organização e gestão do processo de trabalho – inova o taylorismo, qualificando-o do ponto de

vista da eficiência e aumento dos ganhos de produtividade. Dentre outras, apresentou como características:

- a) a introdução no trabalho especializado à produção coletiva através da linha, cadeia, esteira de montagem (responsável por fazer a interligação, dando o ritmo e o tempo adequado à elaboração das tarefas) no processo de trabalho;
- b) a implantação um tipo de “fábrica autossuficiente”, que produz desde a extração da matéria-prima até o design, além da elaboração e comercialização do produto
- c) a utilização de serviços de terceiros é feita de forma secundária ao setor de autopeças;
- d) a rotinização do tempo;
- e) a associação do aumento da produtividade com o aumento salarial;
- f) e a produção em massa de bens padronizados.

Autores como Motta (1998) ressaltam que o fordismo também deve ser analisado como uma nova forma de organização do conjunto da sociedade, pois introduz meios para controle das condições de existência dos trabalhadores, difundindo para suas vidas a lógica do capital e de um determinado padrão e existência.

Assim, além de reconhecer que a produção de massa significava consumo de massa, o fordismo, segundo Harvey (1994, p. 21), significou “[...] um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência da força de trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista”.

Posteriormente, o mesmo autor vai colocar que, no período de 1965 a 1973, tornou-se “[...] cada vez mais evidente a incapacidade do fordismo [...] de conter as contradições inerentes ao capitalismo. Na superfície, essas dificuldades podem ser melhor apreendidas por uma palavra: rigidez”. (HARVEY, 1994, p. 139).

Havia rigidez nos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho. E toda tentativa de superar esses problemas encontrava a força aparentemente invencível da classe trabalhadora.

Porém, uma série de fatores (crise do petróleo, inflação, instabilidade de mercados financeiros etc.) obrigou uma série de corporações a entrar em um período de racionalização, reestruturação e intensificação do controle do trabalho.

As décadas de 1970 e 1980 foram um conturbado período de reestruturação econômica e reajustamento social e político. Essas experiências podem representar os primeiros sinais da passagem para um novo regime de acumulação, associado com um sistema de regulamentação

política e social bem distinta (HARVEY, 1994). Surge, assim, o que alguns autores chamam de acumulação flexível.

A acumulação flexível é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. (HARVEY, 1994, p. 140).

Parte-se para horizontalizar a produção (com descentralização, subcontratação ou terceirização das áreas produtivas). O contrato de trabalho se flexibiliza para servir ao atual contexto, com isenção ou renúncia a benefícios trabalhistas. É dada prioridade aos contratos de curto prazo ou temporários e a salários-base que são complementados com prêmios ou comissões (de acordo com a produtividade). “O trabalhador não sabe quanto tempo ficará em uma empresa, não sabe quanto tempo a empresa durará, não sabe quanto tempo o contrato com a contratante vai perdurar. Há muita instabilidade.” (ANTUNES, 2015, p. 44).

Conforme Harvey (1994, p. 144), consolida-se uma tendência dos mercados de trabalho “[...] que é reduzir o número de trabalhadores ‘centrais’ e empregar cada vez mais uma força de trabalho que entra facilmente e é demitida sem custos”. E aqueles trabalhadores que continuam mantendo vínculos formais se tornarão multifuncionais ou polivalentes, isto é, exercerão várias funções, no mesmo tempo de trabalho e com o mesmo salário.

Esse processo propicia a fragmentação da classe trabalhadora, aprofundando a cisão entre aqueles com emprego estáveis protegidos socialmente e que em vários casos desempenham uma atividade altamente qualificada; e outra categoria de excluídos do emprego formal, que são trabalhadores sujeitos “[...] à precariedade do emprego e da remuneração; à desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes sociais; bem como à ausência de proteção e expressão sindicais, configurando uma tendência à individualização”. (BIRH, 1991 apud ANTUNES, 2000, p. 44).

Um dos efeitos políticos mais importantes da terceirização é a fragmentação dos coletivos de trabalho e a pulverização dos sindicatos. Fraciona e discrimina, cria trabalhadores de primeira e de segunda categoria, incentiva a concorrência entre eles e seus sindicatos. Ou seja, essa fragilização repercutirá fortemente nas convenções coletivas, pois a força dos trabalhadores será menor. Isto, sem dúvida, exigirá outras estratégias de organização dos trabalhadores para além do modelo sindical existente. As direções sindicais têm que se repensar, redefinir suas ações. Especialmente o lugar que ocupa a negociação com os patrões. (DRUCK, 2015, p. 31).

Com sua concepção mais envolvente, consensual e participativa, a lógica “flexível” torna-se mais manipulatória, fazendo com que a organização sindical se adéque a esse modelo, servindo a lógica do capital e tornando-se, em alguns casos, acrítica (ANTUNES, 2000). Isto é, a redução da produção fabril, industrial, manual e a incorporação da microeletrônica proporcionaram o aumento do desemprego estrutural – favorecendo aqueles que lucram nesse contexto –, uma vez que passam a ter uma forte arma para impor suas decisões aos trabalhadores e sindicatos. Antunes nos chama a reflexão:

Esse enfraquecimento é decisivo. Primeiro, o terceirizado roda de trabalho como se fosse uma roda de caminhão no asfalto. Então, como se organiza uma classe trabalhadora cuja taxa de rotatividade é altíssima? Como se organizam trabalhadores que lutam desesperadamente por um emprego? Porque pior que o emprego selvagem, ainda mais nefasto, é o desemprego. (2015, p. 47).

E esse contexto flexível que busca o trabalhador com um comportamento também “flexível” contribui para desmobilização dos trabalhadores e sua participação em espaços representativos, pois estimula a competição e a fragilidade dos laços de cooperação e solidariedade.

Uma força de trabalho que se adapte às inovações frequentes e não encare a atividade produtiva do ponto de vista da estabilidade das carreiras ou laços contínuos e duradouros com tarefas e companheiros de trabalho. Uma gente apta, que não se apega muito as coisas pelo dinamismo próprio de especialização flexível, isto é, dos novos riscos em atividades continuamente modificadas. (FRIEDMAN, 2000, p. 7).

Segundo Sennett (2006), a flexibilidade trouxe novas estruturas de poder e controle, cujos três elementos constitutivos são: a reinvenção descontinuada das instituições, a especialização flexível da produção e a concentração de poder sem centralização.

Quando se fala da reinvenção descontinuada de instituições, trata-se de um comportamento flexível, com empresas fragmentadas, onde, caso ocorra algum problema, a intervenção torna-se mais fácil, podendo eliminar ou reorganizar o que não estiver funcionando direito. O método mais utilizado para este tipo de planejamento é a reengenharia, porém a versão dos defensores desse método é que se busca fazer mais (produzir), com menos (funcionários).

A especialização flexível da produção estará a serviço da alta tecnologia, sendo justificada como a melhor maneira de se adequar ao comportamento volátil dos consumidores. Isto é, deve-se satisfazer o mercado, abastecendo-o cada vez mais rápido e com maior variedade

de produtos. Por fim, a concentração sem centralização do poder é um processo no qual a decisão é passada a pequenos grupos, criando novas formas de poder desigual.

Em relação ao perfil da força de trabalho, as chamadas organizações flexíveis dão ênfase “[...] à ‘capacitação em relações humanas’, oferecendo treinamento ‘interpessoal’. Mesmo deixando de lado o fator psicológico, permanece uma necessidade imperativa: nesses ambientes, as pessoas precisam ser proativas diante de circunstâncias ambíguas”. (SENNETT, 2008, p. 52).

Também, segundo Sennett (2008), há um estímulo à competição que gera um alto nível de estresse e ansiedade entre os trabalhadores. “Toda competição gera estresse, num mercado em que a recompensa é tudo ou nada, as apostas são sempre altas. Os mercados internos também mantêm alto os níveis de ansiedade, pois a delimitação entre concorrentes e colegas já não é tão clara.” (SENNETT, 2008, p. 53).

Algumas empresas consideram o estresse um fator estimulante e adotaram um modelo de gestão chamado por Cataldi (2011) de “*by stress*”, isto é, uma gestão por metas ou objetivos que contribui para a intensificação do tempo de trabalho. Segundo Pina e Stotz (2011); Corrêa e Lima (2006); e Mathieu e Gorgeu (2009 apud CARDOSO, 2015, p. 78), “[...] são diversos os estudos que já têm apontado a gestão por metas ou objetivos como uma fonte importante de adoecimento, tanto pela competição que pode ser gerada entre os trabalhadores como pela própria desconsideração do bem-estar a fim de atingir os resultados”.

Quando nos remetemos ao Brasil, observamos que o país não passou à margem do processo de reestruturação da produção, porém alguns autores concordam (IAMAMOTO, 1998; DRUCK, 2011; MOTTA, 1998) que novamente esse se deu de modo periférico, assumindo formas nacionais, seja na organização dos modelos produtivos, seja no modelo de desenvolvimento adotado.

Numa sociedade excludente e injusta como a brasileira e de grande fragilidade institucional, o potencial mais rápido e intenso da deterioração das relações trabalhistas e das condições de trabalho vem sendo avaliado e denunciado por diversos estudos e entidades, que indicam, por exemplo, o nível de **precarização** das relações de trabalho via terceirização – em diversos segmentos econômicos, também denominadas por alguns autores de terceirização periférica. (MATTOS et al., 1996, p. 48, grifo do autor).

Ou seja, no país, os investimentos foram feitos, com maior ênfase, em novas formas de gestão da força de trabalho, novas políticas gerenciais e administrativas, para enfrentar a

competitividade e aumentar a produtividade. Programas organizacionais que não significam qualidade de vida para o trabalhador, mas sim a qualidade do produto.

Segundo Kameyama (1998, p. 12), além da fragilização das relações e contratos de trabalho, também “[...] ocorre nas empresas a convivência de velhas e novas formas de utilização da força de trabalho. Verifica-se, para os trabalhadores qualificados e os da periferia, o aumento da jornada de trabalho e intensificação do ritmo de trabalho”.

Druck (2015, p. 29) pontua, a partir de estudos que realizou no país em diferentes espaços ocupacionais, que a terceirização “[...] é a principal forma de flexibilizar e precarizar o trabalho hoje” e que todas as pesquisas mostram ‘o binômio indissociável entre terceirização e precarização’. Sendo assim, a autora, ao avaliar o contexto, o caracteriza como uma ‘epidemia da terceirização’.

[...] além das estatísticas que indicam o crescimento da terceirização, as múltiplas formas de precarização dos trabalhadores terceirizados em todas estas atividades: nos tipos de contrato, na remuneração, nas condições de trabalho e de saúde e na representação sindical. Retratam uma evolução [...], no quadro de uma precarização social do trabalho que atinge todas as atividades e todos os segmentos de trabalhadores. (DRUCK, 2015, p. 29).

Braga (2015), ao também tratar sobre a terceirização, pontua que o Brasil deveria discutir o seu fim e não a implementação de leis que ampliam ainda mais o processo em vigor no País na atualidade e, assim, apresenta algumas diferenças para reforçar seu argumento:

Trabalhadores diretamente contratados garantem, além da efetivação de direitos, benefícios e uma série de conquistas que o terceirizado não tem. O terceirizado tem muita dificuldade de se associar sindicalmente, de ser representado, o que conseqüentemente implica um afastamento daqueles direitos, conquistas e benefícios que a categoria principal já alcançou. O trabalhador terceirizado recebe 30% a menos, trabalha três horas a mais, é submetido a uma dinâmica de rotatividade de trabalho que é muito mais intensa – basicamente o dobro do trabalhador diretamente contratado [...]. (BRAGA, 2015, p. 56).

Além do já explicitado, Castelo (2015, p. 36) recorda dos acidentes e morte, onde “[...] 80% das mortes que acontecem no mundo do trabalho se dão com trabalhadores terceirizados. Por trás da bela aparência dos números, temos uma dura realidade do mundo do trabalho no Brasil”.

Ressalta-se que o fenômeno da terceirização também avança no serviço público brasileiro e em parte pode ser explicada como um dos reflexos das mudanças conjunturais sofridas pelo Estado brasileiro, na década de 1990, cuja Reforma “[...] estabeleceu um amplo

programa de terceirização das atividades do setor público, quebrou a estabilidade dos servidores e promoveu um amplo enxugamento dos quadros do funcionalismo público através de diversos dispositivos como os Planos de Demissão Voluntária” (CAVALCANTI; OLIVAR, 2011, p. 211).

A Reforma administrativa do Governo Federal brasileiro, em especial, com a Lei de Responsabilidade fiscal (2000) limitava o crescimento das despesas com pessoal ocasionando “[...] uma expansão do sistema de terceirização na gestão da força de trabalho no setor público e uma mudança no perfil da força de trabalho desse mesmo setor” (LAMARCA, 2009, p. 45).

Se uma das justificativas para a adoção desse modelo de contratação no setor público, em detrimento ao concurso é a redução dos custos, segundo Antunes (2015, p. 47), “[...] atualmente vemos o setor público corroído por terceirizações que, aliás, é preciso dizer, não reduzem custos, mas com muita frequência aumentam as despesas e criam polos potenciais de corrupção na empresa pública”. E Druck (2015, p. 31) destaca que estudos na área pública “[...] têm mostrado o quanto esse tipo de contrato precariza o trabalho e leva à perda de qualidade nos serviços prestados à sociedade”.

Logo, independente da esfera se pública ou privada, ao considerarmos a centralidade do trabalho na vida cotidiana e as transformações que o chamado “mundo do trabalho” vem sofrendo ao longo dos séculos, com as mudanças conjunturais e avanços tecnológicos, observaremos que o campo da saúde também apresentará reflexos desse contexto, em especial devido também ao seu papel para o controle da força de trabalho.

Os sistemas de acumulação flexível estão agravando as condições de trabalho, trazendo reduções nos níveis salariais e maiores prejuízos à saúde dos trabalhadores. Dentre outros problemas, constata-se [...] implicações na precarização das condições de trabalho, preservando os riscos de acidentes e doenças os locais de trabalho. (MATTOS et al., 1996, p. 50).

Assim, no próximo item, apresentaremos um breve histórico da construção do campo da relação trabalho/saúde.

2.2 A MEDICINA DO TRABALHO E A SAÚDE OCUPACIONAL

A esfera da saúde não passou ao largo das mudanças societárias, isto é, o processo da saúde/doença, através da exposição diferenciada aos riscos à saúde, terá uma associação com a forma de organização social da produção.

[...] é a concretização das relações capital/trabalho num determinado momento e em uma formação social definida que produz o encadeamento de fatos e acontecimentos que definem e possibilitam a exposição diferenciada da população aos riscos à saúde, de acordo com o lugar que se ocupa na estrutura social (classes) e com a conjuntura política e econômica em que se vive. (TAMBELLINI, 1986, p. 2).

Foucault (2004; 1997), ao tratar do surgimento da Medicina social, coloca que ela trará elementos importantes tanto para a organização do espaço urbano quanto para o controle da força de trabalho. Conforme o autor destaca durante suas reflexões “[...] aparece, no século XIX [...], uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torna-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”. (FOUCAULT, 2004, p. 97).

Ressaltando que estamos nos referindo ao modo capitalista de produção, cujo processo de trabalho tem por objetivo extrair o máximo de mais-valia⁴, cuja variação em seu modo de extração deve ser considerada, pois o desgaste ou os agravos à saúde do trabalhador vão se diferenciar conforme a força de trabalho é consumida. E esse processo de trabalho se desenvolve em meio aos conflitos de interesses entre os detentores dos meios de produção e a classe que vende sua força de trabalho a esses. Logo, para controlar esses conflitos, é preciso estar sempre aprimorando as formas de controle sobre os assalariados (LAURELL, 1978).

Assim, com o avanço dos meios de produção e a fim de se manter o nível de produtividade – a relação entre o trabalho e a saúde/doença –, começa a constituir-se em um foco de atenção para os detentores de tais meios, instaurando-se a medicina de fábrica, que posteriormente seria denominada Medicina do Trabalho.

A presença de um médico no interior das fábricas representava, ao mesmo tempo, um esforço em detectar os processos danosos à saúde e uma espécie de braço do empresário para a recuperação do trabalhador, visando seu rápido retorno à linha de produção. Surge, assim, uma das características da MT (mantida até hoje): sua visão eminentemente biológica e individual,

⁴ Em linhas gerais, a mais-valia é a base da acumulação capitalista, onde o valor do trabalho não pago ao funcionário é apropriado pelo capitalista. Valor esse que o trabalhador assalariado cria acima do valor da sua força de trabalho. Segundo Marx (1998, p. 660-661), “[...] o processo de produção se inicia com a compra da força de trabalho por determinado tempo e esse começo se renova sempre que se extingue o prazo estipulado, tendo decorrido assim determinado período de produção, semana, mês etc. Mas, o trabalhador só é pago depois de ter empregado sua força de trabalho e depois de se terem materializado nas mercadorias o valor dessa força e a mais-valia, provisoriamente considerada o fundo de consumo do capitalista, além de produzir o fundo para o seu próprio pagamento, o capital variável antes de ele chegar às suas mãos em forma de salário. E só terá emprego enquanto reproduzir continuamente esse capital variável. Portanto o trabalhador aliena seu próprio trabalho, que se torna propriedade do capitalista e se incorpora ao capital, seu trabalho, durante o processo se materializa sempre em produtos alheios”.

numa relação unívoca e unicausal, ou seja, para cada doença, um agente etiológico (GOMEZ-MINAYO; THEDIM-COSTA, 1997).

Seligmann-Silva (2010) destaca que se deve observar a quem a MT está servindo: se ao capital, controlando o índice de absenteísmo e selecionando os trabalhadores mais saudáveis e aptos para o exercício de determinada tarefa, ou ao trabalho, apontando onde e como se localizam as origens para os diversos adoecimentos na esfera produtiva.

Com a evolução do processo produtivo e uma nova divisão internacional do trabalho, após a Segunda Guerra Mundial, verificou-se que a MT apresentava limitações e não conseguia responder plenamente às novas demandas apresentadas.

Se no século XIX a abordagem sobre os agravos à saúde decorrentes do trabalho se dava dentro da Medicina Social, na qual eram considerados como ‘doenças dos trabalhadores’, termo empregado por Ramazzini e que lhes conferia uma conotação de classe, ao mesmo tempo em que implicava necessariamente na identificação de determinantes sociais, donde a causa de uma enfermidade não podia ser compreendida somente como uma ruptura de processos fisiológicos tratável pela intervenção clínica (MILLES apud MENDES, 1995a), a partir do seu deslocamento para a vertente da Higiene [...], a relação saúde e trabalho passa a ser vista como uma questão eminentemente técnica dentro de uma intervenção que se baseia pela reparação e indenização dos danos. (CAVALCANTI, 2011a, p. 154).

Surge, assim, a concepção da SO, com uma proposta interdisciplinar baseada na higiene industrial, relacionando ambiente de trabalho e corpo do trabalhador. Isto é, amplia-se a atuação da Medicina com relação ao trabalhador, através da intervenção no ambiente, com instrumentos oferecidos por outras especialidades (MENDES; DIAS, 1991). Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença. Sua estratégia é adequar o ambiente de trabalho ao homem e este ao seu trabalho (LACAZ, 2007).

A abordagem das relações trabalho e saúde-doença parte da ideia cartesiana do corpo como máquina, o qual expõe-se a agentes/fatores de risco. Assim, as consequências do trabalho para a saúde são resultado da interação do corpo (hospedeiro) com agentes/fatores (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), existentes no meio (ambiente) de trabalho, que mantêm uma relação de externalidade aos trabalhadores. O trabalho é apreendido pelas características empiricamente detectáveis mediante instrumentos das ciências físicas e biológicas. Aqui os ‘limites de tolerância’ e ‘limites biológicos de exposição’, emprestados da higiene industrial e toxicologia, balizam a intervenção na realidade laboral, buscando ‘adaptar’ ambiente e condições de trabalho a parâmetros preconizados para a média dos trabalhadores normais quanto à suscetibilidade individual aos agentes/fatores. (LACAZ, 2007, p. 759).

Entretanto, na prática, a SO repete as limitações da MT, as medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, em seu sentido ampliado, acabam por restringir-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes. Ou seja, não consegue concretizar o apelo à interdisciplinaridade, continua a tratar o trabalhador como objeto das ações, transfere para o trabalhador a responsabilidade da proteção contra os riscos, assim como não incorpora plenamente a determinação social do processo saúde e doença (MENDES; DIAS, 1991).

Porém, nesse período (década de 1970), o contexto histórico e social está sofrendo alterações, os movimentos sociais – dentre eles o sindical – lutam pela a ampliação dos direitos e passam a questionar algumas práticas do “modelo da Saúde Ocupacional”, auxiliando na criação das bases da Saúde do Trabalhador.

2.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR

Durante a década de 1960 e 1970, ocorreu a renovação do movimento sindical nos países centrais e o avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública. Esses novos modelos questionavam as abordagens funcionalistas das práticas anteriores, ampliando a quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho.

A saúde do trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade. (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

A Saúde do Trabalhador incorpora conceitos, metodologias e procedimentos da MT, da Clínica, da Medicina Social e da Saúde Pública / Saúde Coletiva. Logo, essas influências conformam uma prática diferenciada que amplia as possibilidades e alternativas de intervenção. Conforme salienta Lacaz (2007, p. 759), trata-se de um modo de compreender as relações trabalho e saúde-doença através da análise da “[...] determinação social do processo saúde-doença, privilegiando o trabalho”.

A Medicina Social Latino-Americana apreende-o através do *processo de trabalho*, categoria explicativa que se inscreve nas relações sociais de produção estabelecidas entre *capital e trabalho*. E, conforme a acepção marxista, aqui o trabalho é, ontologicamente, a ação do homem sobre a natureza para modificá-la e transformá-la e a si mesmo não sendo, portanto,

externa ao homem. Tal ação vai ocorrer sobre o *objeto de trabalho*, mediante os *instrumentos de trabalho*, configurando o próprio *trabalho* e suas diferentes formas de organização, divisão, valorização, características de cada formação social e modo de produção, o que imprime um caráter histórico ao estudo das relações trabalho-saúde e, conseqüentemente, do adoecimento pelo trabalho. (LACAZ, 2007, p. 759, grifo do autor).

O campo da Saúde do Trabalhador, em oposição à SO que trata o trabalhador de forma passiva, como paciente, apreende-o como ator histórico, agente de mudanças, que possui “[...] saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente [...]” (LACAZ, 2007, p. 760). Mas, em especial, “[...] ele pode intervir e transformar a realidade de trabalho, participando do controle da nocividade; da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras [...]” (LACAZ, 2007, p. 760).

Em síntese, a perspectiva da Saúde do Trabalhador parte da concepção de que a saúde configura-se como um processo e não um estado, sendo que o mais importante nesse processo é o ser humano ali comparecer como sujeito, como alguém com condições e instrumentos para interferir naquilo que lhe causa sofrimento. Essa perspectiva considera os indivíduos em sua diversidade (são diferentes uns dos outros) e variabilidade (são variáveis com relação a si mesmos conforme os diversos momentos pelos quais passam no decorrer de sua existência). As possibilidades de ação no mundo, de intervenção na realidade remetem aos contextos de vida, especialmente ao trabalho e, no interior dessa esfera, à organização do trabalho, divisão das pessoas e das tarefas, divisão do poder de intervir nos contextos de trabalho de modo a torná-los articulados ao processo de saúde. (SATO et al., 2011, p. 122).

Nessas perspectivas, a Saúde do Trabalhador deve ser compreendida como um corpo de práticas teóricas interdisciplinare⁵ (técnicas-sociais-humanas) e interinstitucionais, desenvolvidas por distintos atores situados em lugares sociais distintos, mas com objetivos em comum. Ou seja, busca-se, através dessa abordagem transdisciplinar e intersetorial, com a participação dos trabalhadores, a mudança nos processos de trabalho (condições e ambientes). Como resume Vasconcellos (2001b, p. 417-418):

Assim, enquanto a saúde ocupacional atua como campo técnico de controle sobre o corpo individual, tendo como determinantes os agentes de risco e a exposição controlada do indivíduo como horizonte maior, a saúde do trabalhador atua sobre e com o sujeito coletivo, tendo a organização do trabalho no micro e macrocontexto sociopolítico como centro das observações.

⁵ Interdisciplinaridade entendida como reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados (VASCONCELOS, 1997).

Contribuindo para pontuar as distinções entre a SO e a Saúde do Trabalhador, Dias e Nehmy colocam que:

A Saúde Ocupacional é uma prática resultante da aliança histórica entre empresários e profissionais de saúde, que se conforma por conteúdos e técnicas por vezes sofisticadas e em sintonia com as evidências científicas destinada essencialmente a garantir trabalhadores saudáveis e produtivos. A Saúde do Trabalhador, por sua vez, não se prende aos limites de um conhecimento científico reconhecido e valoriza a escuta dos trabalhadores, estando aberta aos questionamentos impostos pela realidade, tendo por objetivo contribuir, na esfera acadêmica e na dos serviços, com a defesa do direito dos trabalhadores à saúde. (2010, p. 15).

Também destaca que, quanto ao objetivo, o da SO é garantia da produção e/ou a produtividade da empresa; onde o profissional “[...] limita-se a avaliar e a manter a capacidade do trabalhador para poder continuar ou não trabalhando ou a evitar que ele adoça, de modo a garantir a produção”. (DIAS; NEHMY, 2010, p. 15).

Lacaz (2010, p. 8) salienta que as diferentes abordagens continuam convivendo, ainda sob a hegemonia da SO, por isso “[...] é mister definir, com todo rigor, do que se fala, quando se trata das variadas formas de apreender as relações entre Trabalho-Saúde/Doença”.

[...] ficava claro, então, que a abordagem da SO restringia-se aos elementos ambientais do meio de trabalho, a fatores de risco de natureza química, física, biológica, mecânica, considerados isoladamente e externos à ação do homem, numa visão a-histórica e redutora da realidade do trabalho. É relevante balizar tais diferenças, para que não se considere mera questão semântica a diferenciação entre ST e SO. (LACAZ, 2010, p. 8).

Por fim, Dias e Nehmy concluem a diferenciação entre a SO e a Saúde do Trabalhador, sinalizando que:

Se, para a Saúde Ocupacional, não há interesse na explicitação de seus compromissos com o capital, para a Saúde do Trabalhador, o embate político-ideológico faz parte de sua constituição. Sua ação caracteriza-se por permanente vigilância das condições de trabalho passíveis de causar agravos ou danos à saúde do trabalhador, por meio de práticas que antecipem e evitem os problemas ou funcionem como contraponto às exigências do capital sobre a força de trabalho, no sentido de estabelecer melhores condições de vida e de bem-estar. (2010, p. 15).

2.3.1 A saúde do trabalhador no contexto brasileiro

No Brasil, esse campo ganha conotação própria, reflexo de sua constituição fomentada no início dos anos 1980, no contexto da redemocratização do país caracterizado pela confluência de movimentos sociais e políticos, especialmente o movimento sindical que retorna à cena política e amplia sua participação lutando pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde. E, na esfera da saúde, tem-se como o referencial o Movimento da Reforma Sanitária, que emergiu como proposta contra a política hegemônica de saúde vigente naquele período (COHN, 1989).

Antes da década de 1980, havia pouca tradição sindical de iniciativas a respeito das questões de saúde. “Somente a partir da década de 1980, as condições dos ambientes de trabalho e a de saúde dos trabalhadores passaram a ser matéria de interesse sindical.” (MUNIZ et al., 2013, p. 281). Período esse quando pôde se perceber a influência do Movimento Operário Italiano (MOI)⁶ na mudança de perspectiva sindical e do movimento sanitário italiano na construção dos movimentos de direito à saúde no Brasil.

O Movimento Sanitário brasileiro, segundo Berlinguer (1988), assemelha-se ao italiano por serem os dois únicos casos de grande mobilização política e social em torno das reformas no sistema de saúde. No entanto, diferem bastante em sua base social e suas estratégias de luta. No caso brasileiro, a base social do Movimento Sanitário está concentrada, desde suas origens, nas camadas intelectuais e da burocracia pública, ampliando com a inclusão dos movimentos populares.

Em 1988, ocorre a promulgação da Constituição Federal Brasileira (CFB) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo a esse executar as ações de Saúde do Trabalhador e colaborar na proteção ao meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Entretanto, somente com a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) (8.080/90) é que se apresenta uma elaboração conceitual de saúde ampliada⁷, em que o trabalho, dentre

⁶ O MOI constitui importante referência teórico-metodológica, sobretudo no que se refere às intervenções nos ambientes de trabalho sob o protagonismo dos trabalhadores em aliança com os profissionais de saúde (MUNIZ et al., 2013, p. 282). A influência epistemológica do MOI está na busca do fortalecimento das classes trabalhadoras e populares através de seus conceitos, tais como: conhecer para transformar, validação consensual; não delegação; grupo operário homogêneo; valorização da experiência e da “subjetividade” operária; defesa da saúde nos locais de trabalho; e socialização do conhecimento. (MUNIZ et al., 2013, p. 283).

⁷ Art. 3º: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”. (BRASIL, 1990).

outros, é compreendido como um de seus fatores determinantes e condicionantes – e entende-se a Saúde do Trabalhador como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990).

Posteriormente, é homologada a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) no SUS (NOST/94), que define a área como tendo “[...] dimensões sociopolíticas evidentes, que necessariamente, extrapolam à tradicional ação do setor de saúde e demandam integralidade e interdisciplinaridade cotidianas no tratamento de suas questões”. (BRASIL, 1994, p. 6). Em 1998, a NOST foi revista e ampliada.

Ao incorporar o processo de determinação social da saúde/doença, dentro de uma concepção ampliada de saúde, o paradigma da Saúde do Trabalhador considera não só as condições de trabalho, como também as condições gerais de vida, ultrapassando a visão limitada à ambiência do processo laboral, que as abordagens da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional se restringiam. O agente da intervenção não é mais o especialista e sim as equipes profissionais de saúde, onde o trabalhador também é incorporado como sujeito, a partir do momento em que se requer dos técnicos uma atuação democrática, no qual o conhecimento destes últimos é compartilhado, colocando-se, assim, a técnica a serviço dos trabalhadores. (CAVALCANTI, 2011b, p. 127).

Apesar dos ganhos obtidos, a intervenção na área das relações saúde e trabalho continua fragmentada. Percebe-se que, nos órgãos vinculados ao Ministério do Trabalho (normatizando e fiscalizando as condições de Trabalho) e ao da Previdência Social (indenizando os infortúnios do trabalho), persistem a dicotomia e a pulverização de ações concorrentes entre tais setores e aqueles da área do Ministério da Saúde (MS).

Contudo, não é só a fragmentação das ações entre os três setores, saúde, previdência e trabalho, que provocam empecilhos à materialização do enfoque da Saúde do Trabalhador. Além da fragmentação institucional, que, somada à desarticulação interinstitucional, tem gerado uma indefinição e uma superposição de atribuições, que, por sua vez, se expressam na indefinição de concepções e conceitos legais unitários sobre doenças e acidentes de trabalho, acarretando a adoção de normas e modelos que, não raro, são conflitantes entre si, não conseguimos sequer consolidar as ações neste campo no SUS, que ainda carece da estruturação de uma política efetiva nessa área. (CAVALCANTI, 2011b, p. 128).

Reflexo dessa questão e fruto do trabalho da Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho foi a elaboração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)⁸, publicada em 2011, tendo como objetivos “[...] a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho”. (BRASIL, 2011b).

No ano seguinte, o MS institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), que apresenta alguns elementos similares à Política do anterior, porém é mais ampliada como reforça, em seu artigo 3º, ao destacar os sujeitos da Política:

Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, observa-se que as ações no campo da Saúde do Trabalhador ainda não foram assumidas e institucionalizadas plenamente como uma política, ou, como salientam Gomez-Minayo e Thedim-Costa (1997, p. 24), “[...] a princípio é uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores, [...], diante de um longo e, presumidamente, conturbado percurso a seguir”.

A área de saúde do trabalhador no Brasil transita, no âmbito da saúde pública, de forma periférica e marginal, no plano das políticas, na organização de serviços, na formação de recursos humanos e, claro, na intervenção sobre os processos saúde-doença (vigilância). Além da marginalidade da ST, pela histórica desconsideração da categoria trabalho no campo da saúde pública, e também por isso, perpetua-se uma fragmentação da área, intra e extrasetorialmente ao setor saúde, propriamente dito. (VASCONCELLOS, 2011c, p. 145).

2.4 REGULIZAÇÃO DAS RELAÇÕES TRABALHO/SAÚDE

Quando destacamos a realidade brasileira, é válido pontuar que, comparada com outros países, a legislação trabalhista que trata da manutenção e proteção da saúde do trabalhador, ocorre de forma tardia. Tais leis datam das primeiras décadas do século XX.

⁸ São responsáveis pela implementação e execução da PNSST os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, sem prejuízo da participação de outros órgãos e instituições que atuem na área.

Teremos, assim, a criação do Ministério do Trabalho, em 1930 e a homologação da CLT, em 1943, cuja aplicação é voltada para todos os empregados, reunindo as legislações que existem sobre essa esfera e que estabelece as normas para regular as relações individuais e coletivas de trabalho. Porém, tímida ao tratar da esfera da saúde.

Em 1966, com o intuito de realizar estudos e pesquisas sobre as questões de segurança, higiene e medicina do trabalho, é criada a Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO). Em 1977, amplia-se a CLT com a inclusão do capítulo quinto, dedicado a Segurança e MT.

No ano seguinte, institui-se pela Portaria nº 3.214, de 08/06/1978, as primeiras NRs, as quais podemos destacar: NR nº 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)⁹; NR nº 5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)¹⁰, NR nº 6 – Equipamentos de Proteção Individual (EPI)¹¹; NR nº 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO); e NR nº 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)¹².

É válido ressaltar que, seja para empresas privadas ou para órgãos públicos que possuam empregados regidos pela CLT, as NRs são de observância obrigatória. Porém, cabe destacar que, mesmo no contexto contemporâneo brasileiro, em relação às NRs:

Uma questão básica no significado da norma regulamentadora é o seu caráter fundamentalmente técnico. [...] Dessa maneira, cria-se um arsenal de soluções técnicas que irão tangenciar os problemas sem solucioná-los definitivamente, por incapacidade de seu alcance. Ao se criar uma regulamentação de cunho técnico que vai se exaurindo em sua capacidade de solucionar os problemas, sua existência passa a testemunhar a perpetuação dos problemas de dano à saúde. (VASCONCELLOS, 2011a, p. 148).

Nesse sentido, Faleiros (1992) pontua que o Estado brasileiro, no que tange à intervenção nas questões de saúde e segurança do trabalhador, traduz-se mais em compensações

⁹ As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

¹⁰ Tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

¹¹ Considera-se Equipamento de Proteção Individual – EPI todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

¹² Estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

do desgaste que em mudança das condições de trabalho. Ao invés de intervir nas condições, coloca especialistas sob o comando dos próprios empresários. Nestas perspectivas, os trabalhadores “[...] não têm o controle de seu corpo, das condições de trabalho, da definição de doenças profissionais, dos perigos inerentes à produção e nem possuem a informação e o saber sobre os riscos das suas atividades”. (CAVALCANTI, 2011a, p. 166).

Em suma, mesmo com os eventuais ganhos obtidos na esfera trabalhista, ao se discutir sobre a saúde, não se deve perder a premissa destacada por Vasconcellos (2011a, p. 131) na qual “[...] reduz-se, a saúde no trabalho a uma dependência jurídica enquanto uma dependência econômica em essência”. O mesmo autor conclui, novamente chamando a atenção para o viés econômico que permeia a regra em detrimento da saúde:

A característica original da doutrina do direito trabalhista que norteia até hoje o estabelecimento da regra é a prevenção do desgaste da força de trabalho, de modo a evitar a ocorrência de situações capazes de impedir o trabalho. Embora seja diretamente vinculada à questão da saúde, na perspectiva da regra a ideia de desgaste da força de trabalho é a perda da capacidade, de aptidão, da condição, do vigor, da força, ou da perda de tudo isso combinado, sem entrar no mérito do entendimento do que seja saúde. (VASCONCELLOS, 2011a, p. 131).

Quando se efetua a comparação com as ações interventivas e regulatórias relacionadas à saúde para os servidores públicos, observa-se um atraso na sua constituição e implementação.

2.4.1 A regulação no serviço público federal

O marco referencial inicial para a regulação do trabalho e proteção social para o serviço público brasileiro é a criação do Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, através do Decreto-Lei nº 1.713 de 28/10/1939, em que existem alguns pontos sobre a relação trabalho-saúde, tais como o provimento de aposentadoria e a licença para saúde – na qual se incluem o acidente de trabalho e a doença decorrente das condições de serviço ou de fatos nele ocorridos.

Somente após a constituição de 1988, teremos uma nova regulação das relações de trabalho no setor público, com a homologação da Lei n.º 8.112, de 11/12/1990, instituindo o RJU dos Servidores Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais – RJU. Porém, como chamam atenção, Cavalcanti e Olivar (2011), em relação à postura normativa entre o regime celetista e estatutário para a esfera da saúde do trabalhador:

[...] não há dentro dos diferentes regimes de trabalho uma uniformidade nas formas de encaminhá-la e abordá-la. Enquanto o Estado obriga a iniciativa

privada, através de uma excessiva legislação que compõe as Normas Regulamentadoras da CLT, a garantir determinadas condições de trabalho e instituir mecanismos como a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA) e o Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) para as empresas que possuam um número determinado de funcionários e de acordo com o grau de risco de sua atividade econômica, se desobriga enquanto padrão de cumprir com essas mesmas normativas, uma vez que os regimes próprios, como o do Estatuto do Funcionalismo Público e do RJU, não as preveem. Embora essas instâncias sejam questionáveis sob o ponto de vista do comprometimento patronal e da atuação restrita e meramente técnica, o que se quer chamar atenção aqui é que ao contrário do que se dá com a iniciativa privada, a característica dos regimes de trabalho no serviço público é a escassez e a ausência de normativas nessa área. (CAVALVANTI; OLIVAR, 2011, p. 212).

O título VI do RJU tratará da Seguridade Social do Servidor, normatizando as questões sobre a saúde (benefícios, licenças etc.), contudo “[...] há um inciso que dispõe, de maneira bastante vaga e abstrata, a ‘garantia das condições individuais e ambientais de trabalho satisfatórias’, sem que se explicita, através de mecanismos normativos, como deve ser feita essa garantia”. (CAVALCANTI; OLIVAR, 2011, p. 212).

Em 2006, dentro da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), é criado o Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP) e, durante a sua vigência, publica-se a Portaria nº 1.675 de 06/10/2006, que institui em seu artigo segundo, no âmbito do Sistema de Pessoal Civil (SIPEC)¹³, “[...] as Normas Regulamentadoras do Trabalho de nºs 7, 9, criadas pela Portaria 3.214, de 8 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho” (BRASIL, 2006).

O Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Cíveis Federais, instituído na mesma ocasião, apresenta no item II, dentre outras atribuições da equipe de vigilância à saúde dos servidores ambiental: “a) Avaliação periódica do estado de saúde dos servidores. Nesta avaliação, deve-se levar em conta os riscos ambientais e as atribuições desenvolvidas conforme protocolos legais vigentes” (BRASIL, 2006).

Entretanto, somente em 2008 é publicada a Medida Provisória nº 144, que inclui o artigo 206-A no RJU, colocando que: “O servidor será submetido a exames médicos periódicos, nos termos e condições definidos em regulamento. ” (BRASIL, 2008).

Em substituição ao SISOSP, em 2009 é criado o chamado Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS), que deveria articular os eixos de

¹³ Sistema de Pessoal Civil do MPOG.

Promoção e Vigilância¹⁴ à Saúde, de Perícia¹⁵ e da Assistência¹⁶, cujas ações estão fundamentadas:

[...] em gestão com base em informação epidemiológica, na inter-relação entre os eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se considere os ambientes e as relações de trabalho propiciando um novo paradigma da relação saúde e trabalho no serviço público. (BRASIL, 2008).

E o objetivo do SIASS consiste em:

Coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo. (BRASIL, 2009a, p. 1).

A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho (PASS) encontra-se assim estruturada:

Figura 1 – Estruturação da PASS



Decreto nº 6.833, 29 de abril de 2009.

Fonte: Batista e Silva (2015).

¹⁴ Ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

¹⁵ Ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais.

¹⁶ Ações que visem à prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal (BRASIL, 2009a).

Posteriormente, através do decreto nº 6.856 de 25/05/2009, regulamenta-se o art. 206-A da Lei 8.112/90 – normatizando, os exames periódicos para os trabalhadores vinculados ao RJU –, a fim de preservar a “[...] saúde dos servidores, em função dos riscos existentes ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais”. (BRASIL, 2009b).

Em 2010, teremos a promulgação da Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal (NOSS), através da Portaria Normativa nº 3, de 25/03/2010, com a meta, entre outras, de “[...] definir as diretrizes gerais para implementação das ações de Vigilância e Promoção à Saúde do Servidor Público Federal” (BRASIL, 2010), em que se destaca o artigo 4º, descrito a seguir:

As ações de promoção da saúde têm como finalidade a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, de modo a ampliar a conscientização, a responsabilidade e a autonomia dos servidores, em consonância com os esforços governamentais de construção de uma cultura de valorização da saúde para redução da morbimortalidade, por meio de hábitos saudáveis de vida e de trabalho.

Parágrafo único. As ações abrangem as mudanças na organização e no ambiente de trabalho, com foco na prevenção dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho e na educação em saúde para a adoção de práticas que melhorem as condições e a qualidade de vida no trabalho. (BRASIL, 2013, p. 3).

Apresenta também como uma de suas premissas mais interessantes o item IV, que trata da gestão participativa, ao pontuar “[...] estabelecimento de espaços coletivos que promovam a difusão de conhecimento e a reflexão crítica, assegurado o direito de participação dos servidores em todas as etapas do processo de atenção à saúde”. (BRASIL, 2010).

A NOSS também fala sobre a criação da Comissão Interna de Saúde do Servidor Público (CISSP), que teria como um dos objetivos “[...] valorizar e estimular a participação dos servidores, enquanto protagonistas e detentores de conhecimento do processo de trabalho, na perspectiva de agentes transformadores da realidade” (BRASIL, 2010). Entretanto, até o momento, a CISSP não foi regulamentada.

Observa-se a demora do Governo Federal em normatizar as ações e o acompanhamento da saúde de seus servidores, em comparação ao que já vem sendo realizado pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho. Assim, mesmo com as legislações existentes, verificamos problemas com a implantação e implementação delas; a única exceção seriam as Perícias Médicas.

Isto é, segundo dados do SIASS, apesar de ter se passado mais de quatro anos da promulgação de tais legislações, ainda não são todas as instituições federais a atuarem em

consonância com o proposto pelo SIASS e pela NOSS. Segundo apresentação do representante do MPOG, no V Fórum SIASS/RJ (2015), são ainda fragilidades do SIASS:

- Falta de responsabilização normativa pelo não cumprimento da política do SIASS;
- Controle externo para verificação e cumprimento das normas;
- Fragilidades na estrutura organizacional do SIASS;
- Definição de competências regimentais x atividade finalística (atribuições de cargos);
- Dificuldades para a renovação da força de trabalho (autorização para concurso);
- Dificuldade do cumprimento dos demais eixos da PASS;
- Inobservância da Lei 8.112/90 por parte dos órgãos descobertos pelo SIASS (sem acordo);
- Mobilização para desqualificar a PASS/SIASS (Órgãos que não aderiram a política desde o início ou Órgãos que resistem a utilizar o SIAPE Saúde);
- Dificuldade de interiorização da política (Unidades SIASS restrita aos grandes centros). (BATISTA; SILVA, 2015).

É válido pontuar que, por meio da análise dessas legislações, verifica-se que, conceitualmente, essas até se aproximam do proposto pelo SUS como Política em atenção à Saúde do Trabalhador. Entretanto, nas primeiras experiências implementadas, manteve-se a ênfase nas ações médico-assistenciais, em detrimento das ações de vigilância e promoção à saúde. Através das informações do site¹⁷ do SIASS, pode-se verificar as instituições que possuem as chamadas Unidades de Referência completas e aquelas que só apresentam os serviços periciais – a grande maioria.

Constata-se que a ausência de um foco para a atenção à saúde do servidor vem priorizando neste debate a ação da perícia médica, o que pode ser um indicativo de que a preocupação central do Ministério do Planejamento é deter um maior controle sobre os afastamentos e aposentadorias por invalidez, dentro da premissa da redução do gasto público, reforçando a prática dominante no campo das relações saúde e trabalho que consolidou a prática do Estado enquanto regulamentador das relações capital/trabalho junto à iniciativa privada, ou seja, a reparação indenizatória dos agravos à saúde dos trabalhadores, associada a uma atuação assistencial dentro do paradigma da Medicina do Trabalho, em que as ações assistenciais e individuais detêm primazia sobre as preventivas e coletivas. (CAVALVANTI; OLIVAR, 2011, p. 216).

Cabe ressaltar, por fim, que, além do já destacado em relação ao estruturado até o momento, há pouca participação dos servidores devido à articulação insuficiente com suas organizações (aí inseridos sindicatos e demais sujeitos sociais interessados). Pois, desse modo,

¹⁷ Disponível em <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml>>. Acesso em: 25/11/2015.

“[...] trazem o risco de fragilizar a capacidade de institucionalização do SIASS, e, em decorrência disto, resultar e reforçar a ‘refratariedade institucional’ em incorporar a saúde do servidor na sua agenda, bem como as demandas dos trabalhadores”. (CAVALCANTI; OLIVAR, 2011, p. 215).

Sem o envolvimento ativo e responsável dos trabalhadores na construção de um novo ambiente de trabalho (SOUZA; BONFATTI; SANTOS, 2015) ou no desenvolvimento, participação e monitoramento das diversas normativas e políticas para proteção e promoção em saúde, seja para esfera laboral pública ou privada, estas pouco avançarão. Em especial, as políticas e práticas de vigilância tão importantes para a intervenção na modificação de ambientes, processos e condições de trabalho.

Embora reconheça-se a importância da política em curso para o funcionalismo público federal, considera-se urgente operar mudanças nos ambientes de trabalho que geram adoecimento, contrapondo-se à visão e à cultura adaptativa do homem ao trabalho que culpabilizam os trabalhadores pelo próprio adoecimento. Assim, é necessário programar ações de vigilância em saúde para modificação dos processos de trabalho e também para promoção da saúde por meio da efetivação das equipes de vigilância e promoção à saúde. [...] Cabe lembrar que o envolvimento e a participação dos trabalhadores no processo de construção de políticas são pressupostos do campo da saúde do trabalhador. Com efeito, é o que possibilita a eficácia e o desenvolvimento e execução das ações. (SOUZA; BONFATTI; SANTOS, 2015, p. 272).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Optou-se para a realização desta pesquisa pela modalidade do estudo de caso, visto que, entre os seus objetivos, está, “[...] permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; esclarecer fatores que interferem em determinados processos” (MINAYO, 2014, p. 164). Ou, ainda, “[...] avaliar processos e resultados de propostas pedagógicas ou administrativas e explorar situações em que intervenções determinadas não trouxeram resultados previstos” (MINAYO, 2014, p. 165). A mesma autora, utilizando-se do referencial de Yin (1989), destaca que:

[...] a preferência por estudos de caso deve ser dada quando é possível fazer observação direta sobre os fenômenos. [...] E, é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. Assemelha-se à focalização sobre um experimento que se busca compreender por meio de entrevistas, observações, uso de banco de dados e documentos. (MINAYO, 2014, p. 164).

Nesse sentido, utilizamos como abordagem metodológica a pesquisa qualitativa, pois ela “[...] aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas [...]” (MINAYO, 1999, p. 22). Salienta-se que, mesmo optando-se por uma abordagem qualitativa, pretende-se utilizar complementarmente dados quantitativos. Segundo Minayo (1999), os dados quantitativos e qualitativos não se opõem. “Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.” (MINAYO, 1999, p. 22).

O estudo também possuirá um caráter descritivo e exploratório a respeito dos EPS, realizados por uma unidade federal de produção.

Segundo Tobar e Yalour (2001, p. 69), um estudo descritivo “[...] expõem características de determinada população ou determinado fenômeno”. Em relação aos estudos exploratórios, os mesmos autores destacam que ocorrem “[...] em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado”.

Nessas perspectivas, a coleta de dados se apoia em três etapas:

- a) análise de fontes documentais (projetos, relatórios, estrutura organizacional, entre outros) fornecidas pelo Centro de Saúde do Trabalhador e acessadas pelo portal da unidade de produção e da Instituição;

- b) análise do banco de dados sobre os exames periódicos do Centro de Saúde do Trabalhador, a fim de verificar quantitativo de trabalhadores que compareceram as avaliações, além de constituir estratégia importante para traçar um perfil desses; e
- c) entrevistas com os trabalhadores que atuam na unidade que participaram dos EPS, em ambos os vínculos (RJU e CLT).

3.1 ESCOLHA DO CAMPO

O campo escolhido para a realização do estudo foi uma unidade de produção de imunobiológicos pertencente a uma Fundação federal vinculada ao MS. A unidade foi fundada em 1976, respondendo pelo desenvolvimento tecnológico e pela produção de vacinas, reativos e biofármacos; e tem por missão “[...] contribuir para a melhoria dos padrões de saúde pública brasileira, por meio de inovação, desenvolvimento tecnológico, produção de imunobiológicos e prestação de serviços para atender prioritariamente às demandas de saúde do país”. (INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM IMUNOBIOLÓGICOS, 2014). Conta com uma força de trabalho (Tabela 1) que agrega três vínculos: servidores públicos federais (RJU), prestadores de serviços (CLT) e bolsistas.

Tabela 1 – Pessoal por vínculo

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RJU	234	221	260	282	293	265
CLT e Bolsistas	946	1.053	1.086	1.118	1.247	1.282
Total	1.180	1.274	1.346	1.400	1.540	1.547

Fonte: Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos; 2014b.

Em relação ao perfil dos trabalhadores, segundo relatório do Departamento de Recursos Humanos (INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM IMUNOBIOLÓGICOS, 2014c) há um equilíbrio de gênero no quadro de pessoal em relação ao gênero: 52,5% são homens e são 47,5% mulheres. Considerando a faixa etária, aqueles que têm entre 30 e 50 anos são em maior número: 1.017, seguidos por aqueles que têm menos de 30, que totalizam 354.

Sobre sua estrutura administrativa, a unidade de imunobiológicos divide-se em cinco unidades organizacionais (U.O): Direção (DIR), Vice-direção de Desenvolvimento Tecnológico (VDTEC), Vice-direção de Gestão e Mercado (VGEST), Vice-direção de Produção (VPROD) e Vice-direção de Qualidade (VQUAL). E, no ano de 2014, havia a seguinte distribuição de pessoal (Tabela 2), por U.O.:

Tabela 2 – Distribuição de pessoal por vínculo e U.O. no ano de 2014

	DIR.	VDTEC	VGEST	VPROD	VQUAL	Total
RJU	69	52	75	48	21	265
CLT/Bolsista	382	104	273	384	139	1282
TOTAL	451	156	348	432	160	1547

Fonte: A autora, 2016.

As unidades organizacionais possuem as seguintes finalidades conforme Manual da Organização (INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM IMUNOBIOLOGICOS, 2008), apresentados pelo Quadro 1 de forma sintética:

Quadro 1 – Descrição das U.Os. conforme finalidade

U.O.	AMBIENTE	FINALIDADE
DIR.	Administrativo	Responsável pela coordenação, implantação, execução controle e acompanhamento das políticas e ações explicitadas no Plano Estratégico, no Termo de Compromisso de Gestão ou equivalente, firmado com a Fundação e outros instrumentos da política institucional.
VDTEC	Laboratorial Desenvolvimento	Promover o desenvolvimento de vacinas, reativos para diagnóstico e biofármacos, observando os princípios das Boas Práticas de Laboratório (BPL) e Biossegurança.
VGEST	Administrativo Logística	Estabelecer e executar, em conformidade com conceitos atualizados de gestão, os procedimentos de planejamento, coordenação, supervisão, controle e acompanhamento das atividades de administração, de recursos humanos, de finanças, de suprimento, de tecnologia da informação, de forma de fornecer informações e meios para o adequado funcionamento do Instituto.
VPROD	Laboratorial Produção	Coordenar a produção de vacinas e diluentes, garantindo sua qualidade dentro das Boas Práticas de Fabricação (BPF) e o atendimento aos cronogramas de entrega acertados, contribuindo para o atingimento dos objetivos e metas da unidade.
VQUAL	Laboratorial Administrativo	Coordenar as ações dos Departamentos de Garantia da Qualidade e Controle de Qualidade e dos Laboratórios de Experimentação animal e neurovirulência com o objetivo de garantir a qualidade dos produtos e serviços produzidos.

Fonte: A autora, 2016.

Teremos trabalhadores realizando suas atividades em ambientes exclusivamente administrativos, assim como serão suas tarefas (por exemplo, na Direção – DIR). E, em outras U.Os. ambientes ou atividades mistas, caso da VGEST cujo setor de almoxarifado possui tarefas de grande esforço físico (no recebimento, armazenamento e despacho dos insumos e produtos). Nas U.Os. onde o ambiente laboratorial predomina, as atividades são o diferencial:

- a) VDTEC: seus laboratórios realizam pesquisas para o desenvolvimento ou melhoria dos produtos da unidade;
- b) VPROD: realiza todo processamento final das vacinas e reativos, além da rotulagem e embalagem deles e dos biofármacos. Possui trabalho noturno e por plantão
- c) VQUAL: realiza atividades que testam e asseguram a qualidade e liberação de lotes produzidos, conforme preconizado pelas BPF e BPL. Porém, o setor de Garantia da Qualidade possui um braço administrativo que planeja, gerencia e divulga a política e a filosofia da qualidade da Unidade, mas realiza auditoria em todos os setores de trabalho da unidade para monitorar as BPF e as BPL.

Salientamos, por fim, que a unidade se encontra inserida no atual modelo flexível de produção, atuando com metas e indicadores. Com sua força de trabalho diversificada que, conforme necessidade da demanda, é remanejada de outros setores da mesma área ou de outras U.Os. para atender aos prazos; ou efetua contratações pontuais (por tempo determinado) para auxiliar na produção ou efetuar consultorias específicas.

Em especial, nas áreas laboratoriais (VPROD, VDTEC e VQUAL), o processo de trabalho mescla interação com máquinas de alta tecnologia e atividades que ainda remetem ao modelo fordista/taylorista de organização da produção – como na linha de montagem dos kits diagnósticos ou no setor de rotulagem e embalagem de vacinas.

3.1.1 Contextualização dos exames periódicos de saúde na unidade

Objetivando cumprir as normativas, em especial, para evitar problemas referentes à “não conformidade” – junto às auditorias da Organização Mundial de Saúde (OMS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), desde o ano de 2008, uma das atividades do setor de saúde desta unidade de produção é a realização dos EPS para sua força de trabalho. E, como já foi salientado anteriormente, esses trabalhadores possuem vínculos diferenciados –

servidores públicos (18%), prestadores de serviços¹⁸ (78%) e bolsistas¹⁹ (4%) – e, conseqüentemente, regulações distintas a serem cumpridas em relação a todo o processo dos exames periódicos.

Segunda nova apresentação vinculada no portal corporativo (2014), a unidade “[...] atua em diversas frentes para prevenir riscos ocupacionais, proteger e promover a saúde dos seus trabalhadores”. E, sendo um dos responsáveis por efetivar tal proposta o Setor de Saúde oferece os seguintes serviços: “programas e serviços: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO); Programa para Gestantes; Programa de Medicina para Viajantes; Pronto Atendimento Médico, Psicologia; Serviço Social e Vacinação” (2014)²⁰. Ressaltamos que o Programa de Qualidade de Vida (PQV) também funciona dentro da estrutura do serviço de saúde.

Salienta-se que o PCMSO consta na Norma Regulamentadora (N.R.) nº 7 do Ministério do Trabalho, que estabelece sua “[...] obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados [...], com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores”. (BRASIL, 1996).

O Procedimento Operacional Padrão (POP) nº 5131/13 do setor, em relação ao PCMSO, aponta que os EPS “[...] tem a finalidade de detectar qualquer alteração de saúde do trabalhador, relacionando-a, quando for o caso, com exercício profissional ou com as condições do ambiente de trabalho”. (REGUFFE, 2013, p. 9).

Em relação aos exames clínicos, os servidores realizarão no setor de saúde da unidade. “Os colaboradores regidos pela CLT farão os mesmos exames complementares mencionados, devendo o médico do trabalho responsável pelo PCMSO das empresas terceirizadas seguirem o PCMSO elaborado pelo médico do trabalho da Unidade”. (REGUFFE, 2013, p. 7).

E apresenta os seguintes fluxograma, trazidos pelas Figuras 2 (para RJU) e 3 (para CLT):

¹⁸ Desde março de 2012, a unidade conta com somente uma empresa prestadora de serviço fornecendo a força de trabalho celetista. Entretanto, para as atividades de segurança, portaria, serviços gerais e manutenção o contrato de prestação é gerido pela Instituição que cede a Unidade estes trabalhadores.

¹⁹ Refere-se aos estagiários/bolsistas (nível médio e superior); bolsistas de mestrado e doutorado e contratados para projetos específicos. Porém, para fins de exames ocupacionais somente os estagiários-bolsistas os realizam no Setor de Saúde. Os demais podem acessar o setor para pronto-atendimento médico e outros serviços (PQV, Nutrição, Psicologia e Serviço Social).

²⁰ Documento em fase de elaboração.

Figura 2 – Fluxograma de EPS – Servidores/Bolsistas

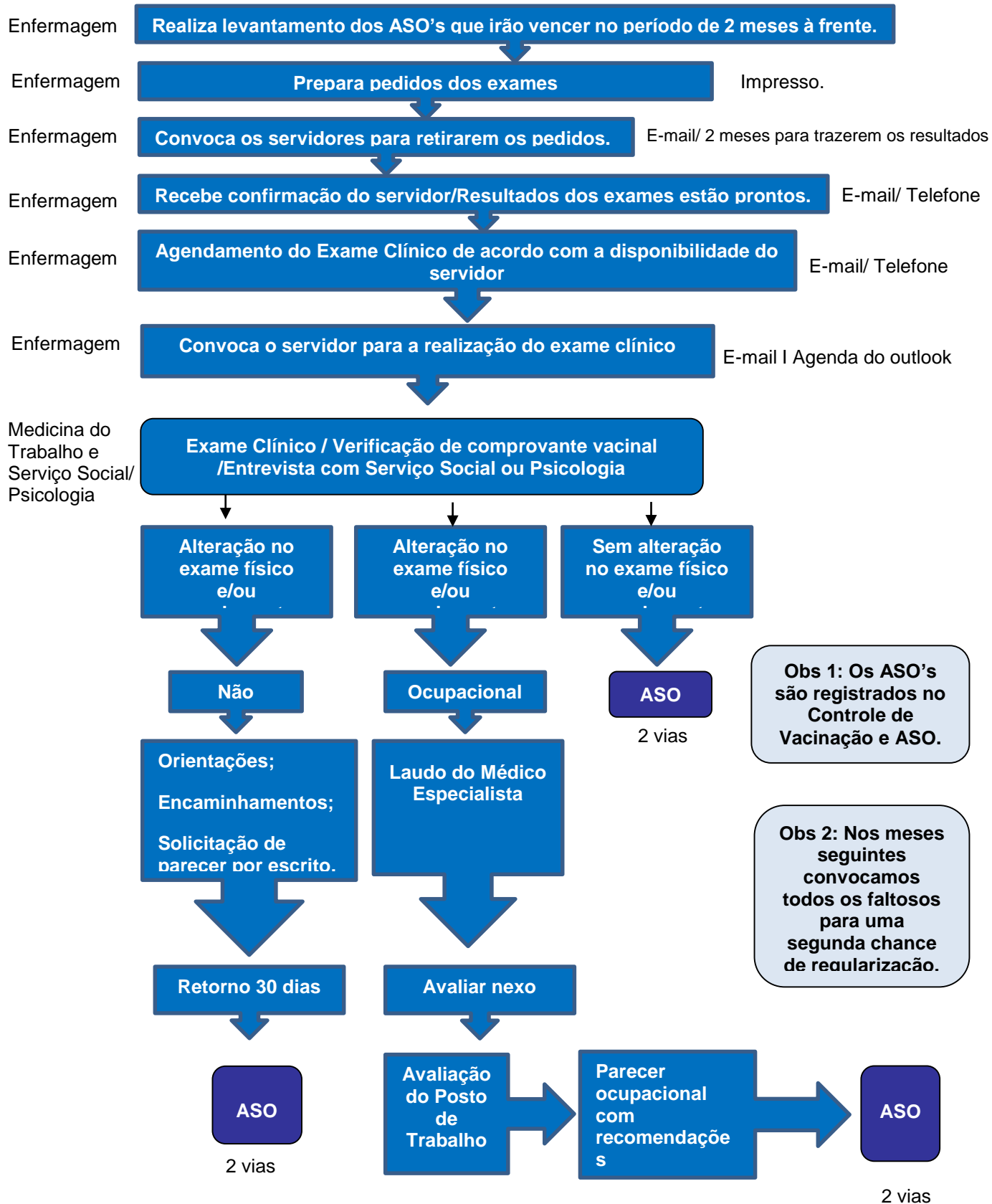
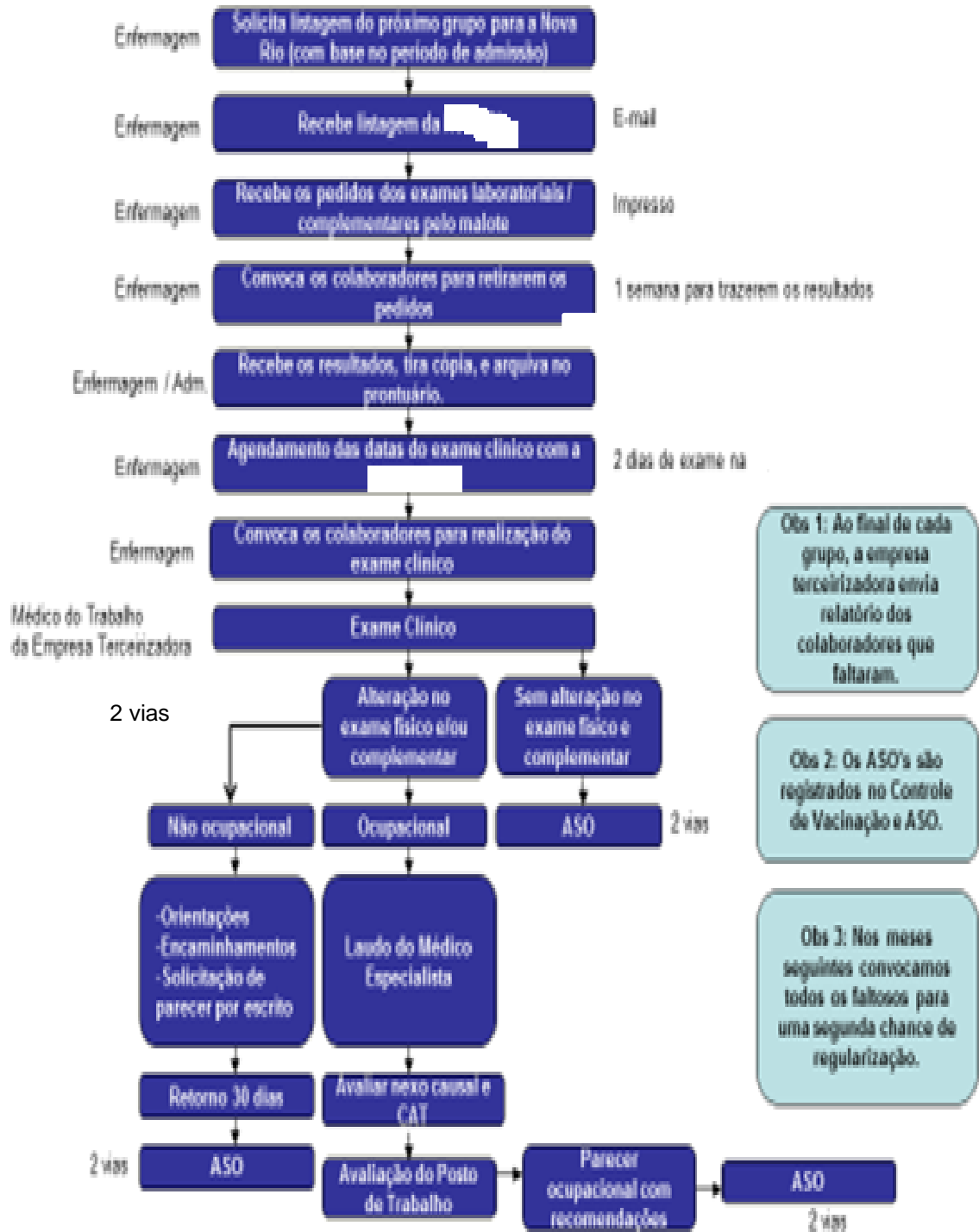


Figura 3 – Fluxograma de EPS – terceirizado



Fonte: REGUFFE, 2013.

Não consta desse fluxograma, mas os técnicos de enfermagem atuam para RJU/Bolsistas aferindo a pressão arterial (P.A.) e na pesagem, porém não há uma consulta estrutural de Enfermagem, como em alguns²¹ serviços de saúde. Também, para servidores consta para a fase do exame clínico, a entrevista com o Serviço Social, mais a Psicologia também participa dessa etapa.

Assim, mesmo sem que houvesse, por exemplo, uma capacitação prévia por parte da Coordenação de Saúde do Trabalhador da Fundação – mas buscando inspiração em alguns conceitos da área da Saúde do Trabalhador –, os exames periódicos passaram a ser realizados no setor, por uma equipe multiprofissional para servidores e bolsistas.

Visto que “[...] a Saúde do Trabalhador é, por natureza, um campo interdisciplinar e multiprofissional. As análises dos processos de trabalho, pela sua complexidade, tornam a interdisciplinaridade uma exigência intrínseca”. (GOMEZ-MINAYO; THEDIM-COSTA, 1997, p. 28). Os mesmos autores salientam que “[...] nenhuma disciplina isolada consegue contemplar a abrangência da relação processo trabalho-saúde em suas múltiplas e imbricadas dimensões: desde as razões sócio-históricas que lhe dão origem à forma como se concretizam nos espaços de trabalho” (GOMEZ-MINAYO; THEDIM-COSTA, 1997, p. 28).

Antes da oficialização do POP a proposta inicial seria que a equipe faria o planejamento da atividade; participaria das visitas e avaliações ambientais aos locais de trabalho para conhecer os processos e a organização do trabalho; e construiria o relatório a partir dos dados analisados para propor ações preventivas e de promoção em saúde. Além de devolver tais resultados aos atores envolvidos (gestores e trabalhadores) para avaliar e refletir sobre as ações sugeridas.

Uma vez que os profissionais de Serviço Social e Psicologia não estão previstos na execução dos exames periódicos na legislação, foi necessária a elaboração de um formulário de entrevistas (tanto com perguntas quantitativas como qualitativas, que vigorou até 2012), visando identificar aspectos nas questões oriundas das relações laborais e/ou condições de vida, a fim de compreender as múltiplas determinações que envolvem o processo trabalho – saúde – doença. As entrevistas abordam, até o ano de 2012, questões sobre: Contexto Familiar, Ambiente de Trabalho, Carga física e mental e motivação com o trabalho.

Ressalta-se que, no ano de 2013, a Coordenação de Saúde do Trabalhador – CST da Instituição começou a realizar os exames periódicos para os servidores conforme prerrogativa

²¹ Por exemplo, o DESSAÚDE/UERJ, onde o servidor passa por uma Consulta com a Enfermagem do Trabalho (AEDA -006 / REITORIA/ 2007 – UERJ).

do SIASS, porém mantendo a avaliação da Psicologia e Serviço Social – e convocou os “seus” núcleos descentralizados para uniformizarem seus instrumentais e trocar experiência sobre a condução do processo. Nesse sentido, os formulários de coleta de dados foram revistos, mas os eixos norteadores das entrevistas foram mantidos, com alguns acréscimos. Outra importante orientação discutida com a Coordenação de Saúde do Trabalhador foi ratificar que o relatório final dos exames periódicos fosse “devolvido” aos trabalhadores.

Em relação aos EPS para os celetistas, o setor realiza uma parte operacional, fazendo a convocação, por blocos trimestrais pela data de admissão, para a realização dos exames complementares e clínicos. Também cede o espaço físico, periodicamente, para que a prestadora realize a avaliação clínica e monitora o controle vacinal e dos Atestados de Saúde Ocupacional (ASO) emitidos. Segundo Reguffe:

[...] o relatório anual do PCMSO dos colaboradores terceirizados ficará ao encargo da empresa responsável e discriminará, por setores da empresa, o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o próximo ano, tomando como base o modelo proposto pela NR7 (2013, p. 13).

Entretanto, durante a pesquisa documental não conseguimos localizar nenhum documento com tal conteúdo.

É importante ressaltar o período que compreende a abertura do setor de saúde (agosto/2008) até março/2012. Os trabalhadores celetistas eram vinculados a duas empresas prestadoras de serviço. Com isso, elas só enviavam para arquivamento nos prontuários os ASOs e, de modo falho, a cópia dos exames complementares (sangue e, para os trabalhadores das áreas indicadas pelo PCMSO, oftalmológico e auditivo).

No ano de 2011, foi implementado o formulário autoaplicável chamado de Perfil de Saúde – constituído de questões sobre: tabagismo, uso de bebida alcoólica, qualidade do sono e saúde mental – para ambos os vínculos, porém aqueles trabalhadores celetistas que realizaram a avaliação clínica fora do setor de saúde, em locais indicados pelas prestadoras de serviço não preencheram tal formulário.

Em 2013, com a unificação dos formulários de avaliação para os RJUs na Instituição (devido ao SIASS) – e com a unidade contando só com uma prestadora contratante dos celetistas –, também foi adotada a mesma ficha ocupacional para os celetistas, entretanto as fichas só são preenchidas por quem realiza a avaliação na ocasião que o médico da prestadora vem ao serviço de saúde.

Pontua-se que os celetistas somente realizam a avaliação com a Psicologia e Serviço Social, de maneira pontual, conforme demanda para auxiliar nas avaliações ampliadas de um determinado setor de trabalho.

E, por fim, em relação aos Programas de atenção à saúde, o POP coloca que são:

[...] de caráter coletivos específicos para determinadas condições descritas no PCMSO ou detectados a partir do seu desenvolvimento. Podem ser úteis na prevenção e/ou monitoramento da Hipertensão Arterial, Diabetes, Obesidade, Dependência Química, Tabagismo, DST/AIDS a fim de minimizar complicações. (REGUFFE, 2013, p. 12).

E os programas de prevenção em saúde informados pelo POP do PCMSO são:

- Palestras de DST e Aids, primeiros socorros, riscos ocupacionais, dentre outros a serem discutidos com os colaboradores;
- Programa de Qualidade de Vida – Ginástica Laboral, Shiatsu, Acupuntura, Pilates, Tai Chi Chuan, Ioga, Drenagem Linfática, Oficina de Origami, Equipe de Corrida e Caminhada, e Futsal Masculino.
- Análise ergonômica do trabalho;
- Perfil de Saúde do trabalhador;
- Programa de Conservação Auditiva (em conjunto com a Engenharia de Segurança);
- Programa de Prevenção Respiratória (em conjunto com a Engenharia de Segurança);
- Programa de Vacinação (Vacinas indicadas pelo PCMSO e Campanha de Vacinação da Gripe);
- Programa Livre do Tabaco;
- Programa de Gestantes;
- Programas Nutricionais: ‘1000 quilos a menos’ e ‘Ganho de Massa Muscular’;
- Programa de Medicina do Viajante. (REGUFFE, 2013, p. 12).

3.2 PARTICIPANTES

A definição do grupo de trabalhadores da unidade de produção para elaboração do perfil foi precedida de um levantamento preliminar, através de informações do banco de dados sobre os exames periódicos do setor de saúde, a fim de verificar quantitativo de trabalhadores – separados por vínculos (efetivos e prestadores de serviço) – que compareceram às avaliações no ano de 2013. Nesse sentido, dos 889 trabalhadores elegíveis para realizarem a avaliação dos EPS, 503 compareceram, sendo 332 celetistas e 171 servidores.

Foram excluídos aqueles trabalhadores sem o período aquisitivo para a realização da avaliação (contratados ou empossados a partir de janeiro de 2013) e os bolsistas (visto que

encontramos dados referentes somente ao admissional e também devido à temporariedade do vínculo – dois anos).

Desse quantitativo de participantes, também foram selecionados os trabalhadores para a realização de entrevistas – que no período informado 2009-2012 – eram celetistas e tornaram-se servidores e vice-versa. Assim, encontramos 13 RJUs (01 – DIR., 04 – VDTEC, 01 – VGEST, 04 – VPROD e 03 – VQUAL) que já foram celetistas e 4 CLTs (01 – DIR., 2 – VDTEC, 1 – VGEST e 1 VPROD), que são servidores aposentados e retornaram como prestadores de serviço.

Optou-se por esse critério de inclusão, a fim de contemplar a percepção sobre os exames periódicos dos trabalhadores que mudaram de vínculo, passando por ambas as experiências, em diferentes anos.

Também foram entrevistados um representante de cada categoria profissional envolvida na avaliação dos exames periódicos, uma vez que são executores da atividade, mas também são sujeitos/objeto da intervenção enquanto trabalhadores da unidade, possuindo, assim, uma visão privilegiada do processo em “ambos os lados”.

Os participantes da entrevista foram convidados por *e-mail* ou presencialmente, após as entrevistas dos EPS ou atendimentos realizados pela pesquisadora.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho de campo iniciou-se após avaliação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), através do parecer nº 1.010.308/2015 – em conformidade com a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

Cabe destacar que haverá resguardo em relação ao sigilo e não divulgação da identificação dos entrevistados, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – apresentado no Apêndice A. Em relação, a devolutiva dos dados, ela será realizada por meio da divulgação dos resultados em periódico acadêmico impresso.

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.4.1 Primeira fase: pesquisa documental

Nessa etapa, foi feito o levantamento da documentação referente ao PCMSO e aos EPS que o setor possuía: os projetos de intervenção sobre o assunto das diferentes especialidades

(Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Nutrição); apresentações (PowerPoint) para o departamento e funcionários; relatórios gerais do Centro de Saúde para o departamento e específico por especialidade; planilhas de controle (de vacinação e atestado de saúde ocupacional, estatísticas de atendimento por especialidades; controle de afastamento); POP; prontuários médicos; formulários e Portal institucional (relatórios corporativos, relatório de pessoal e absenteísmo). Além de documentação pertinente da Coordenação de Saúde do Trabalhador.

Durante a leitura e análise dessa documentação, selecionamos o que contribuiria para a realização do resgate da memória histórica da atividade do EPS (projetos, POPs e formulários).

3.4.2 Segunda fase: pesquisa de campo

Durante a fase de análise da pesquisa documental das planilhas de controle de participantes dos EPS, no período de 2009-2013, observou-se que havia diferentes variáveis por ano. E, ao acessar os prontuários dos trabalhadores que constavam nos controles como tendo participado das avaliações no período citado, verificou-se que tal fato ocorreu devido aos diferentes formulários de coletas de dados, em especial, a ficha ocupacional.

Nos anos de 2009 e 2010, o prontuário ocupacional do RJU era composto da ficha ocupacional, entrevista psicossocial e ASO. Já o do CLT só tinha o ASO. Nos anos de 2011 e 2012, foi agregado formulário sobre o Perfil de Saúde para o RJU e CLT. E somente no ano de 2013 os formulários foram igualados, porém, na ficha ocupacional dos celetistas não há os itens referentes aos exames complementares. E, como pontuado, anteriormente, não conseguimos localizar, mesmo após solicitação, o relatório anual do PCMSO da empresa prestadora, com os resultados dos EPS.

Nesse sentido, ao considerarmos essas questões referentes aos dados coletados, vimos-nos obrigados a restringir a pesquisa ao ano de 2013, para que pudéssemos apresentar as mesmas variáveis da ficha ocupacional e perfil de saúde, em relação a ambos os vínculos. Como os trabalhadores celetistas, somente passam pela entrevista com a Psicologia e Serviço Social, pontualmente; esses dados serão apresentados só para os servidores.

Outro fator que contribuiu para a delimitação da pesquisa ao ano de 2013 foi a recomendação organizacional que, a partir de 2014 as U.Os, passassem a rever alguns de seus processos de trabalho, pensando no período de transição para o modelo jurídico da empresa pública, pois havia a expectativa que o período de transição de mudança de modelo ocorresse

e 2014 a 2018; contudo, até o momento (2016), o PL que autoriza a mudança ainda está tramitando em Brasília.

Ao delimitarmos nossa pesquisa ao ano de 2013, foi necessário adaptarmos a planilha de Controle dos EPS do Centro de Saúde que, inicialmente, nos serviria de base. Esta planilha possui blocos nomeados de forma aproximativa por quem a elaborou, quando associada a alguns itens – como, por exemplo, os blocos de Psicologia e Ergonomia que não correspondem aos conceitos oficiais de ambas as especialidades.

Assim, conforme explicita o Quadro 2, seriam os seguintes blocos e itens que encontramos ao condensarmos a planilha de controle de EPS do setor:

Quadro 2 – Informações da planilha de vacinação e ASO 2013

BLOCOS	ITENS
Identificação	Nome; data de nascimento; alocação.
Vacinas e exames	Dupla adulto; febre amarela; sorologia febre amarela; hepatite A e B; meningite A e C; audiometria e oftalmológico.
Dados gerais	Idade; estado civil; sexo; tempo de empresa e cargo.
Fator de risco	IMC; tabagismo; LDL colesterol, triglicérides; pressão arterial; glicemia; sedentarismo; risco hepático e etilismo.
Patologia	HAS; problemas cardíacos; alergias; problemas renais; problemas hepáticos; diabético; problema gastrointestinal; problemas osteomusculares; problemas reumatológicos; dislipidemia; doença vascular e audiometria.
Ergonomia	Pescoço; cervical; costa superior; costa médio; costa inferior; bacia; ombro; braço; cotovelo; antebraço; punho; mão; coxa e perna.
Psicologia	Estresse e sono.

Fonte: A autora, 2016.

Destaca-se que o controle do EPS difere, em alguns itens, em relação às patologias agrupadas e as questões de saúde contidas na ficha ocupacional (que alimenta este controle) para serem autoinformadas, a saber: 1 – Doença do coração, pressão alta; 2 – Dor no peito, palpitações; 3 – Bronquite, asma, rinite; 4 – Tosse crônica; 5 – Doenças nos rins; 6 – Doenças do fígado (hepatite, cirrose); 7 – Diabetes; 8 – Doença no estômago (gastrite, úlcera); 9 – Resfriados frequentes; 10 – Sinusite; 11 – Problemas na visão; 12 – Infecções no ouvido, zumbido; 13 – Questões de saúde mental; 14 – Dor de cabeça, tontura, convulsões; 16 – Doenças na coluna, dor nas costas; 17 – Doenças reumatológicas; 18 – Tem colesterol ou triglicérides elevados; 19 – Tem dores em articulações; 20 – Fuma; 21 – Consome bebida alcoólica; 22 – Varizes, varicocele, dor nas pernas; 23 – Hemorroidas, diarreias frequentes; 24

- Considera-se acima do peso; 25 – Considera-se estressado; 26 – Atividade física regular; 27
- Doença neurológica / meningite.

Cabe salientar que cada empresa pode elaborar o seu modelo próprio de ficha clínica/ocupacional, segundo suas necessidades e características. Não há um modelo preestabelecido pela NR ou SIASS. Segundo Carvalho (2008), para a elaboração de um bom questionário para exame clínico, é necessário observar alguns aspectos essenciais:

1) as informações solicitadas devem ser direcionadas para a avaliação dos diferentes aparelhos/sistemas que compõem o corpo humano: sistema auditivo, visual, nervoso, pulmonar, mental, cardiocirculatório, renal e osteomuscular; 2) os riscos a que o trabalhador está submetido [...] com objetivo de orientar a anamnese, o exame físico e obter do funcionário informações sobre seu estado de saúde; 3) Reservar espaço para o registro de exames médicos complementares solicitados, realizados e seus respectivos resultados; e 4) Ter o registro de possíveis acidentes de trabalho e/ou patologias ocupacionais ocorridos no período entre os EPS, eventuais afastamentos em decorrência destes eventos e anotações referentes a agravos que permaneçam. (CARVALHO, 2008, p. 18).

Uma vez que as doenças infectocontagiosas não são mais as principais causas de morte nas sociedades com alto desenvolvimento industrial, na atualidade, a maior incidência é das doenças crônico-degenerativa, com o aumento de casos dos aparelhos respiratório e cardiovascular. Porém, o conhecimento acerca dos fatores que determinam a maioria das doenças degenerativas ainda é insuficiente, por isso a dificuldade de controlá-las através de medidas que atinjam suas causas (SIVIERI, 1996).

O que podemos constatar é que as doenças mais frequentes em nossa época são tipicamente originárias das condições de vida do homem. Esse fato nos autoriza a relacionar o agravo destas doenças com as novas condições ambientais sob as quais o homem moderno vive e trabalha. [...]. Se isto vale, no geral, para o ambiente social, vale também, em particular, para o ambiente de trabalho. (SIVIERI, 1996, p. 79).

Assim, optamos por construir uma planilha de Excel mudando a nomeação dos blocos e condensando algumas patologias para que pudéssemos agrupá-las por grupos de Código Internacional de Doenças (CID), apresentada com os seguintes itens, conforme o Quadro 3:

Quadro 3 – Informações reestruturadas relacionadas à planilha de vacinação e ASO 2013

Identificação	Nome; área; vínculo; idade; sexo; tempo de empresa e cargo (em relação à escolaridade).
Questões de saúde e fatores de risco	Hipertensão; problemas cardíacos; problemas respiratórios ; problemas renais; problemas hepáticos; diabetes; problema gastrointestinal; problemas de visão ; problemas de saúde mental ; doença vascular; alergia; problemas osteomusculares; problemas reumatológicos; colesterol e triglicerídeos alterados ; acima do peso ; sedentarismo ; tabagismo e consumo de bebida alcoólica .
Itens do perfil de saúde	Estresse; sono; SRQ20 e suporte (medicação controlada, terapia e/ou médica) .
Desconforto físico (Diagrama de Corlett)	PESCOÇO; cervical; costa superior; costa médio; costa inferior; bacia; ombro; braço; cotovelo; antebraço; punho; mão; coxa e perna.
Percepção de Riscos	Movimentos repetitivos; produtos químicos; poeiras, vapores; iluminação inadequada; agentes biológicos; ruído; ergonômico (levantamento de peso, posição forçada, esforço físico); esforço visual; exigência cognitiva; calor excessivo; frio excessivo; trabalha em turnos e trabalho noturno.

Fonte: A autora, 2016.

Nesse contexto, não foi viável utilizar os itens da planilha de controle de EPS do setor referente ao “fator de risco”; uma vez que esses itens só estavam preenchidos, parcialmente, para os RJUs e não seria possível inseri-los para os CLTs, já que tais dados não constavam de suas fichas ocupacionais arquivadas no Centro de Saúde.

Após elaborarmos a planilha Excel, só foi possível aproveitar os dados de identificação do controle de EPS existente no setor; todas as outras informações foram inseridas pela pesquisadora com a avaliação das fichas ocupacionais arquivadas nos prontuários dos servidores. As fichas ocupacionais do celetista estavam arquivadas à parte, junto com as fichas de 2014, segundo informações aguardando para serem tabuladas.

A coleta de dados no Centro de Saúde foi realizada entre os meses de agosto e novembro, nos finais de semana e feriados, pois, durante o horário comercial, tornou-se inviável acessar os prontuários médicos, devido ao espaço físico do setor. Para o cruzamento de variáveis, utilizamos o *software* SPSS versão 10.0.

Em relação à etapa das entrevistas, foram construídos dois questionários semiestruturados, uma para os trabalhadores da unidade selecionados e outro para os trabalhadores do setor de saúde, porém com os mesmos eixos de avaliação: Equidade, Prevenção e Promoção em Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Chefe: Está na época de seu exame de sangue.

Dilbert: – Não tomo drogas.

Chefe: – O teste é para ver se você está roubando o tempo da companhia.

Dilbert: – Tempo? Como podem descobrir isso?

Chefe: – Testamos sua saúde geral. Se for boa, você não está trabalhando horas suficientes. Seu ladrão!” (ADAMS, 1996)

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

No início do ano de 2013, estavam habilitados para serem convocados conforme data de admissão, para esse ciclo de avaliação dos EPS, 1.131 trabalhadores (889 terceirizados e 242 servidores). Desse quantitativo, houve um total de 503 participantes, correspondendo à participação de 70,66% de servidores e 37,34% de terceirizados, que realizaram a avaliação no setor de saúde da unidade.

É válido destacar em relação aos trabalhadores celetistas, conforme planilha de controle do setor, que houve um total de 464 ASOs emitidos, ou seja, 132 celetistas realizaram a avaliação na empresa prestadora, mas não preencheram a ficha ocupacional em que este estudo se baseia.

Quanto ao outro quantitativo de trabalhadores que não realizaram os EPS, dentre outros motivos de não comparecimento, na ocasião da convocação existem: os afastamentos médicos de longo prazo, servidores que assinaram o termo de não realização, remoções (para os RJUs), aposentadorias, demissões e falecimentos. Porém, desse universo de justificativas não conseguimos acessar documentos com informações sobre tais dados para apresentar a quantidade correta de faltosos.

Tivemos um equilíbrio na participação ao distribuímos os trabalhadores por gênero – similar à proporção geral dos trabalhadores da unidade –, sendo 51,3% do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino (Tabela 3).

Ao verificarmos por vínculo, no mesmo Quadro 3, houve uma maior participação feminina entre os RJUs e masculina por parte dos celetistas. Dentre as áreas, foi significativa a participação feminina na VDTEC e, em especial, se associarmos ao vínculo (RJU).

Tabela 3 – Distribuição do total de participantes do EPS por vínculo, gênero e U.O

		<i>DIREÇÃO</i>	<i>VDTEC</i>	<i>VGEST</i>	<i>VPROD</i>	<i>VQUAL</i>	<i>TOTAL</i>
RJU	Feminino (N)	6	27	10	31	27	101
	%	12,0	40,3	7,6	20,8	25,7	20,1
	Masculino (N)	6	6	20	22	16	70
	%	12,0	9,0	15,2	14,8	15,2	13,9
CLT	Feminino (N)	15	24	48	29	28	144
	%	30,0	35,8	36,4	19,5	26,7	28,6
	Masculino (N)	23	10	54	67	34	188
	%	46,0	14,9	40,9	45,0	32,4	37,4
GENERO	Feminino (N)	21	51	58	60	55	245
	%	42,0	76,1	43,9	40,3	52,4	48,7
	Masculino (N)	29	16	74	89	50	258
	%	58,0	23,9	56,1	59,7	47,6	51,3
Total	N	50	67	132	149	105	503
Geral	%	9,9	13,3	26,2	29,6	20,9	100,0

Fonte: A autora, 2016.

Em relação à faixa etária, é possível observar que não há diferenças significativas entre as faixas, quando as comparamos por vínculo, porém, de forma global, os participantes dos EPS estão concentrados na faixa de 31 a 50 anos (Tabela 4):

Tabela 4 – Distribuição dos participantes do EPS por faixa etária e vínculo

	RJU		CLT		Total	
Faixa etária	N	%	N	%	N	%
De 18 a 30 anos	19	11,1	66	19,9	85	16,9
De 31 a 40 anos	52	30,4	126	38,0	178	35,4
De 41 a 50 anos	55	32,2	91	27,4	146	29,0
De 51 a 60 anos	36	21,1	40	12,0	76	15,1
61 anos ou mais	9	5,3	9	2,7	18	3,6
Total	171	34,0	332	66,0	503	

Fonte: A autora, 2016.

Quando verificamos o nível de escolaridade (Tabela 5), optamos por apresentá-la relacionada ao cargo, uma vez que, mesmo que possua nível superior, o servidor que realizou concurso para o nível médio permanecerá relacionado a este nível no plano de carreiras, somente mudará de status se prestar novo concurso e, segundo a legislação, deverá realizar as funções inerentes ao cargo concursado, se não poderá configurar desvio de função e poderá ser penalizado por isso.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes por nível de escolaridade para cargo, vínculo e gênero

Cargo por nível de escolaridade		RJU		CLT		Total	
		N	%	N	%	N	%
Nível médio	Feminino	31	18,1	48	14,5	79	15,7
	Masculino	26	15,2	108	32,5	134	26,6
Total		57	11,3	156	31,0	213	42,3
Nível superior	Feminino	70	40,9	96	28,9	166	33,0
	Masculino	44	25,7	80	24,1	124	24,7
Total		114	22,7	176	35,0	290	57,7

Fonte: A autora, 2016.

Observa-se, seja por parte dos servidores, seja dos celetistas, uma maior participação dos que se encontram em cargo de nível superior. Esse resultado somente será diferente se refirmarmos a avaliação por gênero, onde a participação de trabalhadores celetistas do sexo masculino em cargos de nível médio foi maior, impactando, assim, no percentual total de trabalhadores do sexo masculino para cargos de nível médio.

Em relação ao tempo de serviço na unidade por vínculo (Tabela 6), observamos uma participação significativa dos celetistas com até três anos de casa. Em contrapartida, há um equilíbrio maior sobre a participação dos RJUs, nas três primeiras faixas/período:

Tabela 6 – Distribuição por tempo de serviço na unidade por vínculo

Tempo de Empresa	RJU		CLT	
	N	%	N	%
De 1 a 3 anos	43	25,1	168	50,6
De 4 a 10 anos	55	32,2	92	27,7
De 11 a 20 anos	42	24,6	70	21,1
De 21 a 30 anos	19	11,1	0	0,0
31 anos ou mais	12	7,0	2	0,6
Total	171	100,0	332	100,0

Fonte: A autora, 2016.

4.2 PERFIL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS TRABALHADORES QUE PARTICIPARAM DOS EPS

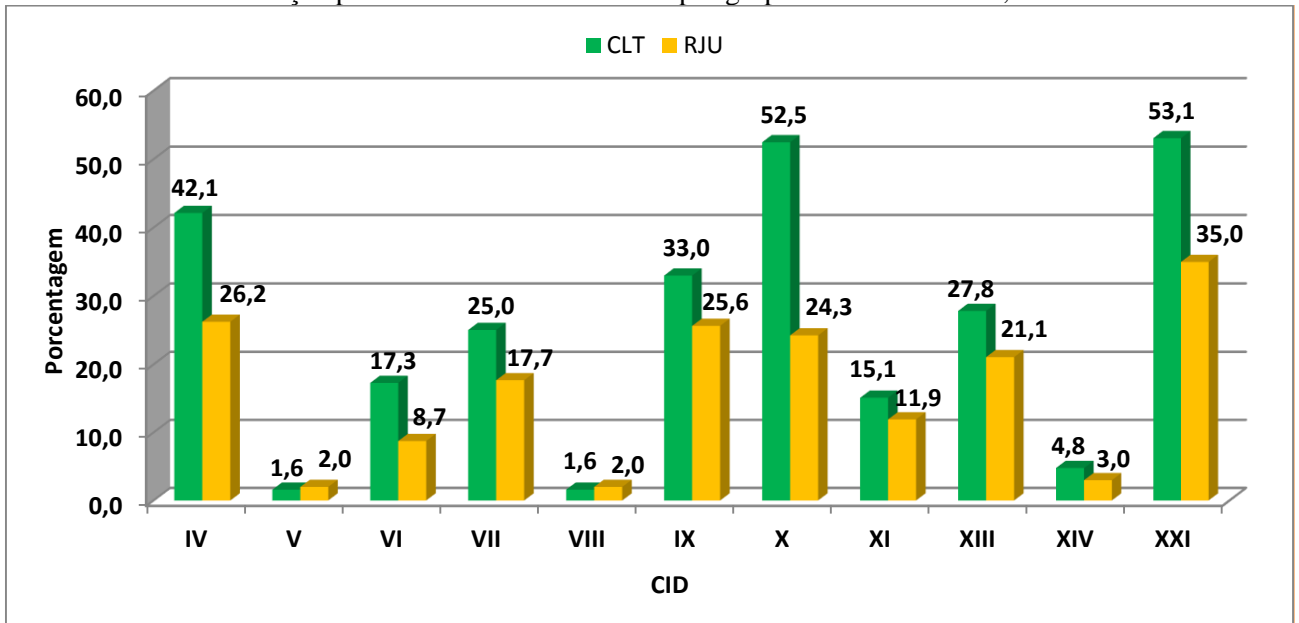
Conforme apontado anteriormente, a ficha ocupacional (ver Anexo B) para autopreenchimento do trabalhador elenca um grupo de questões de saúde, com respostas

dicotômicas (sim ou não), para assinalar se tem ou tiveram alguma das alterações sugeridas. Para obtermos uma maior coerência (por exemplo, o item 23 da ficha ocupacional apresenta como questões hemorroidas e diarreias, respectivamente, um pertence ao grupo das doenças circulatórias e a outra de infecciosas), optou-se por apresentar os resultados por grupo CID 10, a saber:

- a) IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90) – Diabetes, sobrepeso, colesterol, triglicerídeos;
- b) V – Transtornos mentais e comportamentais (F00- F99) – questões de saúde mental;
- c) VI – Doenças do sistema nervoso (G00-G99) – Cefaleia, tontura, convulsões, meningite;
- d) VII – Doenças do olho e anexos (H00-H59) – Problemas na visão;
- e) VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95) – Infecções no ouvido, zumbido;
- f) IX – Doenças do aparelho circulatório (I00-I99) – Doença cardíaca, hipertensão, dor no peito, varizes, hemorroidas;
- g) X – Doenças do aparelho respiratório (J00-J99) – Bronquite, asma, rinite, tosse crônica, sinusite, alergia;
- h) XI – Doenças do aparelho digestivo (K00-K93) – Hepatite, cirrose, gastrite, úlcera;
- i) XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99) – Dor nas costas, coluna, doenças reumatológicas, dores na articulação;
- j) XIV – Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99) – Doença nos rins;
- k) XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99) – (Tabagismo, Sedentarismo, Estresse).

Assim, no Gráfico 1, apresentaremos o percentual de trabalhadores que participaram dos EPS, distribuídos por vínculo e grupos de CID-10, em que se observa-se que, com exceção das questões de saúde mental (grupo V) e auditivas (grupo VIII), os trabalhadores celetistas informaram mais questões de saúde que os servidores, sendo a maior diferença nas patologias do grupo X (doenças do aparelho respiratório).

Gráfico 17 – Distribuição percentual dos trabalhadores por grupo de CID e vínculo, em 2013

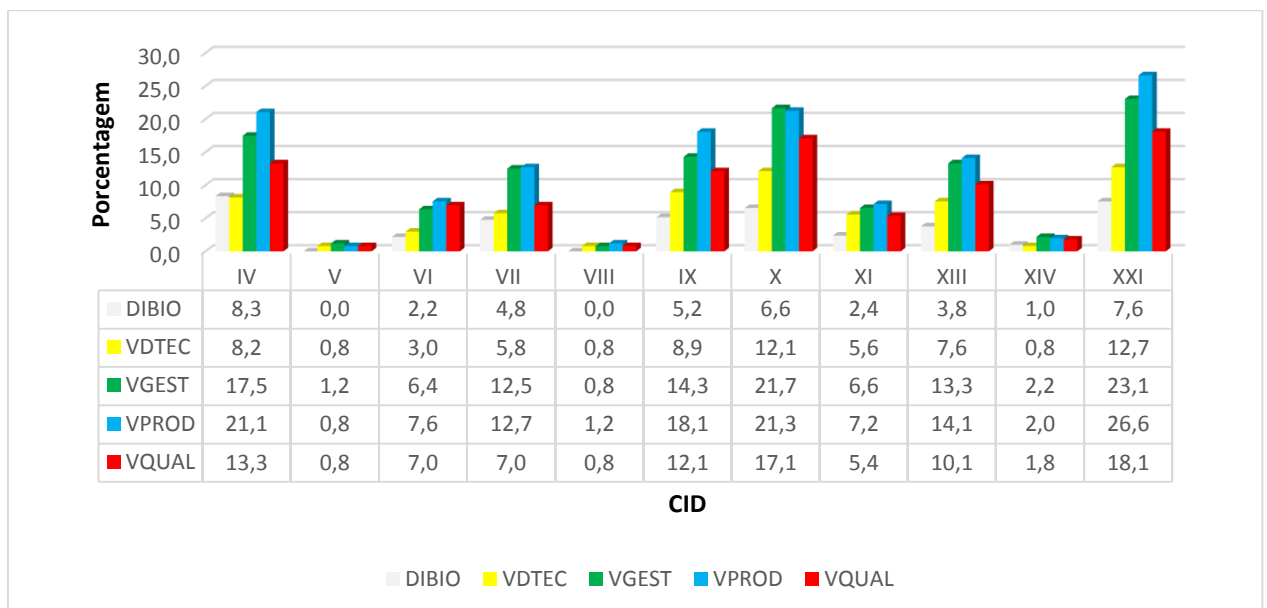


Fonte: A autora, 2016.

Ressaltamos também que, devido à forma como a ficha ocupacional foi constituída, não foi viável para fins de comparação apresentarmos todas as patologias separadamente, pois, na ficha do celetistas, não havia a informação de qual era a patologia assinalada, quando o item tinha mais de uma opção.

Em decorrência da diferença de quantitativo institucional entre os vínculos na unidade, acreditamos que seria válido apresentar o perfil geral também em relação à distribuição dos trabalhadores por U.O., conforme Gráfico 2:

Gráfico 2 - Distribuição do percentual dos trabalhadores por grupo de CID e a área de lotação, 2013.

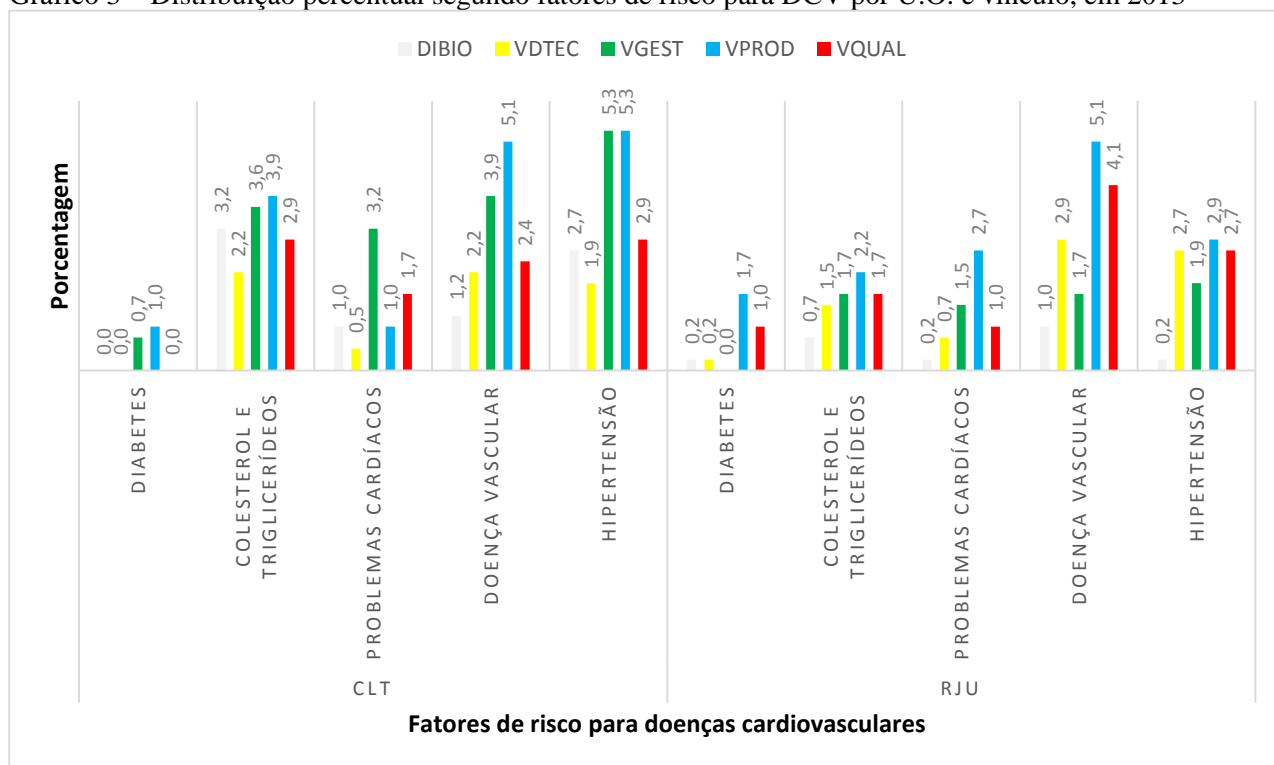


Fonte: A autora, 2016.

Se descartamos o grupo XXI, observa-se que o grupo X (alterações do aparelho respiratório) é o que apresenta o maior quantitativo de queixas, na distribuição pelas U.Os, seguido dos grupos IV (alterações endócrinas) e IX (alterações do aparelho circulatório). Compilados dessa maneira, os resultados fogem um pouco dos dados da OMS²² ou da Previdência Social que citam as doenças cardiovasculares (DCV), osteomusculares e de saúde mental como as de maiores causas de afastamentos ou de mortalidade.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, os principais fatores de risco para DCV são: hipertensão arterial, tabagismo, obesidade/sobrepeso; dislipidemia; diabetes; síndrome metabólica, fatores psicossociais e sedentarismo. Mesmo não tendo encontrado, nos projetos e documentos sobre os EPS, a justificativa para inclusão das questões de saúde na ficha ocupacional, deduzimos que rastrear os fatores para DCV deve ter sido um dos objetivos. Assim, no Gráfico 3, optou-se por apresentar os resultados das patologias desse conjunto de modo mais detalhado, mantendo a distribuição por área.

Gráfico 3 – Distribuição percentual segundo fatores de risco para DCV por U.O. e vínculo, em 2013



Fonte: A autora, 2016.

²² “[...] os dados da Organização Mundial da Saúde, (OMS) nas últimas décadas nos quais das 50 milhões de mortes as Doenças Cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por 30% desta mortalidade, ou seja, 17 milhões de pessoas.” (ANDRADE, 2013, p. 2).

Ao desmembrarmos as questões de saúde, por vínculo e área, observa-se que existe um maior quantitativo de hipertensos entre os celetistas e estão mais concentrados na área de Gestão e Produção. Entre os RJUs, o maior percentual de hipertensos também está na produção, seguido do desenvolvimento e qualidade, sendo que a diferença de percentuais na qualidade entre os trabalhadores por vínculo é mínima; há quase uma igualdade. Já entre os servidores o maior quantitativo é de doença vascular, novamente sendo a VPROD a área de maior concentração. E tal questão de saúde nessa U.O. apresenta o mesmo percentual de celetistas.

Em uma avaliação global, pelos resultados obtidos poderíamos ter a indicação que os celetistas apresentam maior risco para DCV, entretanto não podemos fazer tal afirmação, visto que em suas fichas ocupacionais não há informações sobre os resultados dos exames complementares, nem o valor da P.A.

Cabe destacar que, mesmo que houvesse as informações de exames complementares, esses dados isolados não necessariamente configuram o diagnóstico, pois podem apresentar alterações pontuais, e o mesmo é válido para a aferição da P.A. Ou seja, é necessário o exame clínico para cruzar tais informações e realizar uma melhor investigação para a confirmação diagnóstica. Logo, os resultados apresentados, na Tabela 7 são sugestivos e merecem aprofundamento.

Tabela 7 – Distribuição percentual total dos trabalhadores segundo questões de saúde para DCV por U.O., em 2013.

Diabetes		Colesterol e Trig.		Problemas cardíacos		Doença vascular		HAS		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
DIBIO	1	0,2	16	3,9	5	1,2	9	2,2	12	2,9
VDTEC	1	0,2	15	3,6	5	1,2	21	5,1	19	4,6
VGEST	3	0,7	22	5,3	19	4,6	23	5,6	30	7,3
VPROD	11	2,7	25	6,1	15	3,6	42	10,2	34	8,3
VQUAL	4	1,0	19	4,6	11	2,7	27	6,6	23	5,6
Total	20	4,9	97	23,5	55	13,3	122	29,6	118	28,6

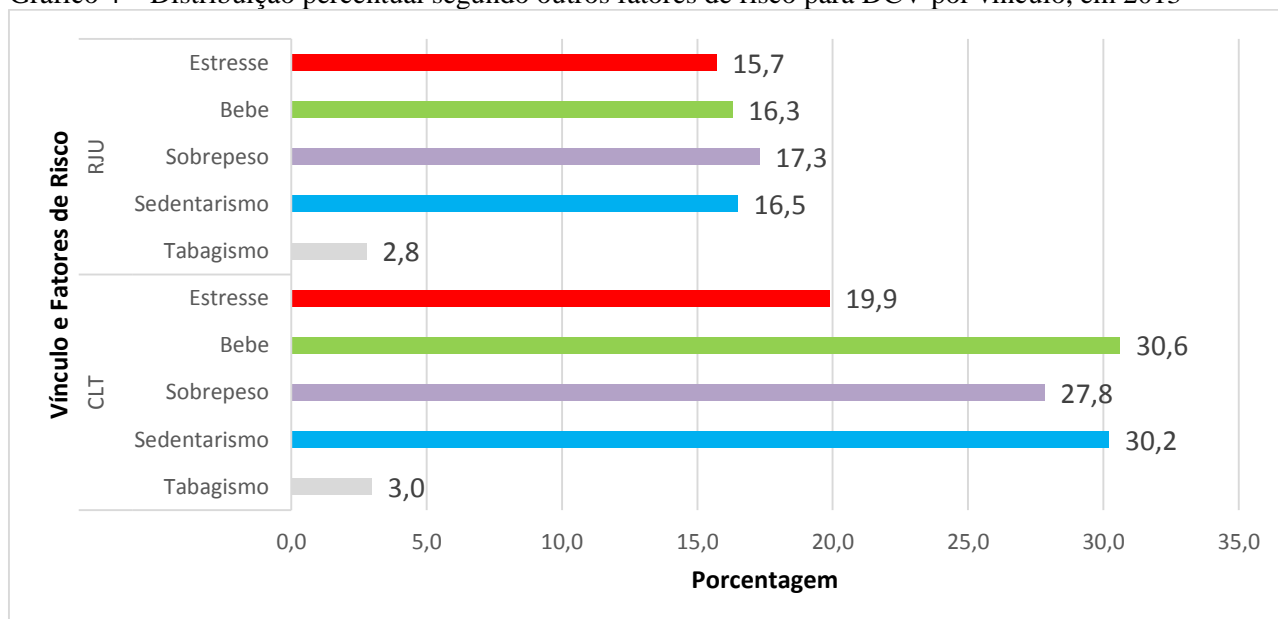
Fonte: A autora, 2016.

Em relação às áreas, sem considerarmos os vínculos, observa-se que a Produção é a U.O. que congrega o maior quantitativo de trabalhadores em relação aos fatores de risco para DCV. Somente, em relação a problemas cardíacos que a VPROD é suplantada pela gestão.

Poderíamos, então, considerando que nos dados globais as patologias respondem pelo segundo e terceiro maior quantitativo de questões apresentadas e, baseados nos dados desmembrados, sugerir que os trabalhadores com doenças vasculares, seguidos dos hipertensos, deveriam demandar maior atenção dos programas de prevenção e promoção à saúde na unidade, ou que as atividades desses tivessem um olhar mais atento para esse grupo, em especial para os trabalhadores alocados na produção.

Cabe salientar que os outros itens associam-se aos fatores de riscos para DCV (sobrepeso/obesidade; sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e estresse) e, também, carecem de instrumento mais refinado para se afirmar que seus resultados estão corretos como indicador concreto de risco. Assim, novamente observamos os maiores índices entre os celetistas (Gráfico 4):

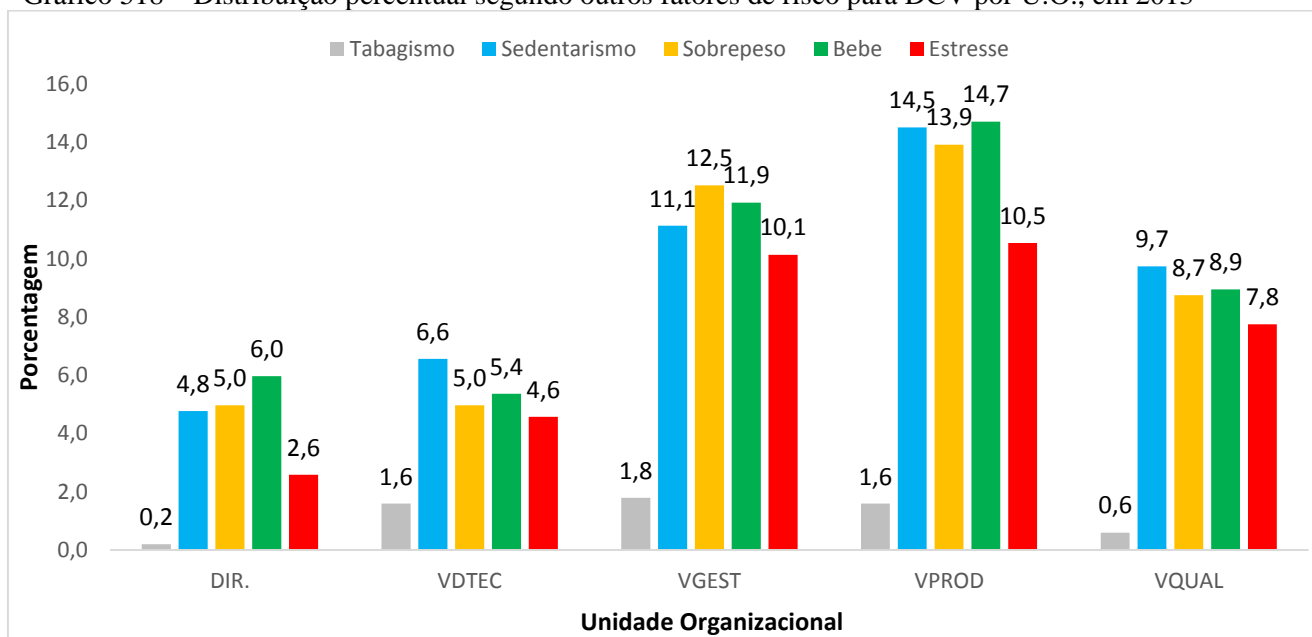
Gráfico 4 – Distribuição percentual segundo outros fatores de risco para DCV por vínculo, em 2013



Fonte: A autora, 2016.

Quando observamos os resultados por U.O. dos fatores preveníveis para DCV, novamente, a produção apresenta o maior quantitativo (Gráfico 5).

Gráfico 518 – Distribuição percentual segundo outros fatores de risco para DCV por U.O., em 2013



Fonte: A autora, 2016.

Lembramos novamente que esses itens foram informados pelo trabalhador e, mesmo com a possibilidade de serem corroborados, isso não ocorreu. Por exemplo, a ficha questiona se a pessoa se considera acima do peso, entretanto os terceirizados não tiveram o IMC (índice de massa corporal) calculado; alguns chegaram a preencher a altura deste campo, mas não foram pesados para que o cálculo pudesse ser feito e, assim, configurado ou não o sobrepeso e a obesidade. Outro item para reflexão seria também a falta da medida da circunferência abdominal, para uma avaliação mais completa sobre os possíveis riscos vinculados ao sobrepeso/obesidade para DCV. Logo, nesse item somente os dados dos servidores estão corretos.

O mesmo critério cabe para a avaliação sobre o tabagismo, se questiona se a pessoa fuma e no item da história social retorna-se ao mesmo questionamento, somado da quantidade de cigarros/dia e se ao acordar a pessoa sente vontade. Entretanto, a literatura sobre o tabagismo coloca que para riscos de DCV independe-se do quantitativo de cigarros, porém um ex-tabagista ainda estaria dentro do critério de risco por cinco anos; nesse sentido, as duas questões existentes poderiam ser substituídas pelo item é ex-fumante e há quanto tempo.

Sobre o alcoolismo, acreditamos ser difícil utilizar tal termo tendo como referência os dados coletados, uma vez que esse resultado é baseado no questionamento se há consumo de bebida alcoólica e é insuficiente para fazer a afirmação sobre o diagnóstico de alcoolismo. E, mesmo se fôssemos considerar a informação da história social – em que se retoma a pergunta,

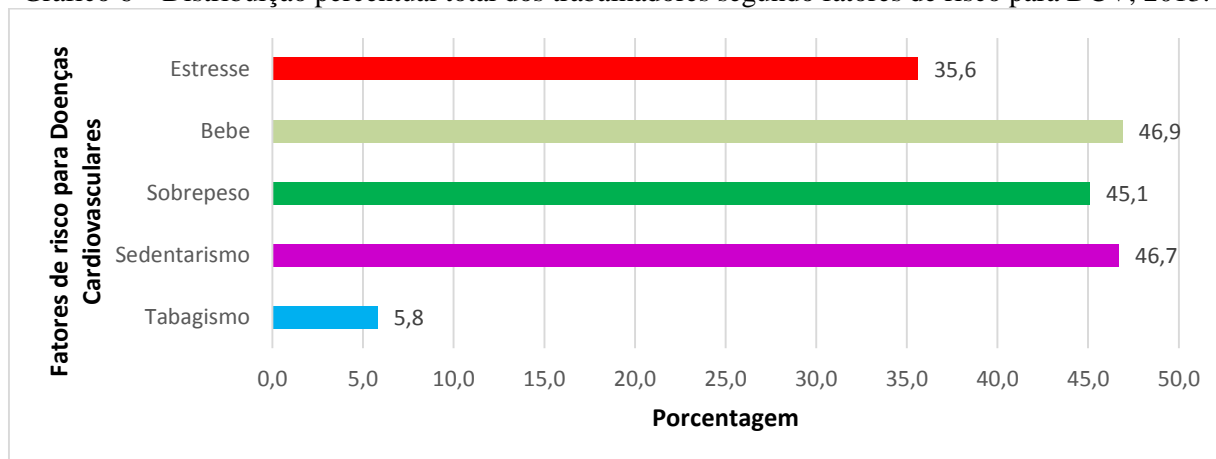
que em caso afirmativo desdobra-se em: tipo (cerveja/destilados), quantidade e frequência (finais de semana/de três a cinco vezes na semana/todos os dias) –, ainda assim, não poderíamos afirmar o quantitativo de alcoolistas na unidade. Por isso, apresentamos o item como “bebe” para facilitar a visualização no gráfico, porém referindo-se aos trabalhadores que afirmaram consumir bebida alcoólica.

Assim, tanto para o tabagismo quanto para a bebida, se o intuito do setor de saúde é ter conhecimento do quantitativo de pessoas que fumam e bebem, não há necessidade de ser repetir as questões no item história social. Contudo, se a intenção é utilizar esses itens para uma melhor avaliação do quadro de saúde, em especial, como fatores para DCV, o instrumento de coleta de informações – “*os cages*” – deverão ser alterados, tendo como parâmetros instrumentos validados pelo MS ou outras instituições de referência nacionais ou internacionais.

Em relação ao sedentarismo, ocorre o mesmo viés de informação; só há o questionamento se o trabalhador pratica alguma atividade física regular; se o trabalhador informa que não, já está qualificado como sedentário. Sobre o estresse, existe um outro item que amplia o questionamento que apresentaremos junto com as questões de saúde mental.

O Gráfico 6 apresenta o perfil geral da Unidade para os fatores relacionados à DCV, independente da U.O. e vínculo.

Gráfico 6 – Distribuição percentual total dos trabalhadores segundo fatores de risco para DCV, 2013.



Fonte: A autora, 2016.

Assim, vistos de maneira global, os dados poderiam sugerir que, dentre os fatores preveníveis, a unidade possui um contingente significativo de alcoolistas, se fôssemos seguir a informação do controle do setor, porém, como justificamos nos parágrafos anteriores, podemos afirmar que a prevalência foi de trabalhadores que consomem bebidas alcoólicas. Dentre aqueles que efetivamente possuem problemas com álcool, não temos como informar.

Mesmo sendo oferecida uma série de atividades pelo PQV da unidade, existe um bom contingente que não praticam atividades físicas regulares. Também, havendo um serviço especializado oferecido pelo setor de saúde, no caso de nutrição (responsável pelo programa mil quilos a menos), mais de 40% dos trabalhadores se consideram acima do peso.

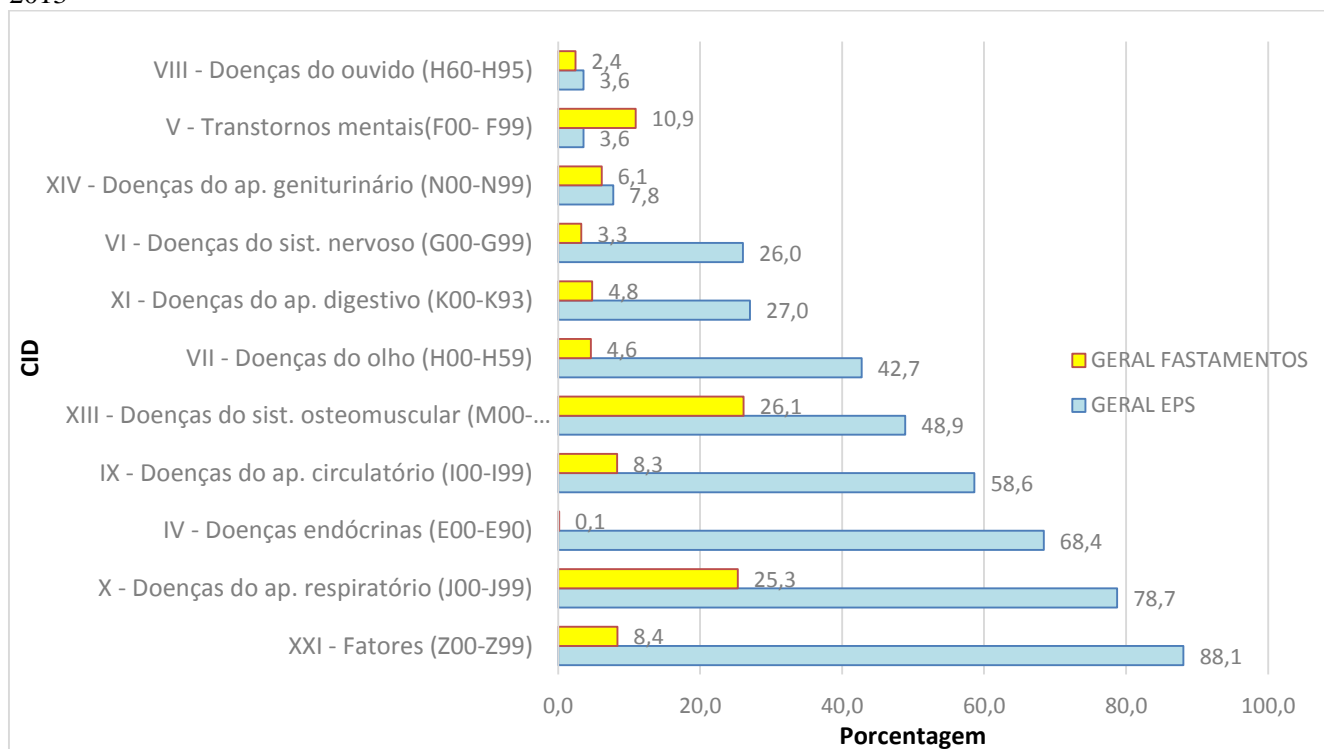
O fato de a unidade oferecer tais programas não quer dizer que a participação dos trabalhadores deve ser compulsória, uma vez que todos possuem a alteridade para decidirem sobre as escolhas em relação à sua saúde. Segundo Castiel (2013, p. 29), atualmente existe a “[...] ‘ideologia da prevenção generalizada’ cuja meta é inalcançável e produz uma profunda aversão aos muitos riscos e perigos que nos rondam sem perspectivas de êxito. Algo que estimula altos teores de ansiedade que marcam a nossa época de modo inapelável”.

De qualquer forma, diante da intensidade do individualismo nas sociedades modernas, mais decisões cruciais são colocadas no âmbito da responsabilidade pessoal, dificultando o desenvolvimento de estratégias racionais que sirvam para se lidar com as constelações de riscos vigentes. Se existe esta profusão de coisas arriscadas, deixa de ser razoável despende tanto esforço, tempo e recursos no enfrentamento de tantos e variados riscos. (CASTIEL, 2013, p. 13).

Mesmo não sendo objeto deste estudo, achamos válido apresentar de maneira comparativa os grupos de CID informados no EPS e os motivos de afastamento que levantamos na unidade no ano de 2013, onde foram consideradas as mesmas questões de saúde apontadas no EPS para haver uma equidade na comparação. Ressaltando-se que o POP do PCMSO cita que os afastamentos serão um dos elementos que subsidiarão algumas das atividades dos Programas ali elencados.

No ano de 2013, segundo dados que colhemos nos relatórios mensais da Assessoria de planejamento houve na unidade um total de 5.252 afastamentos, e, desse total, as licenças do grupo XXI (Z00-99), em especial o acompanhamento de familiares e a realização de diversos exames, respondem por 59,7% dos afastamentos. Porém, para fins de comparação desse grupo, não foram considerados esses itens de licença (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Distribuição percentual total segundo grupo de CID dos EPS e motivos de afastamento, em 2013



Fonte: A autora, 2016.

Verificamos que, se desconsiderarmos o GRUPO XXI (fatores que influenciam a saúde) e nos concentrarmos nos grupos das patologias crônicas e não crônicas, os resultados entre os três maiores índices divergem um pouco. E, se aprofundarmos os itens de comparação, acrescentando também o tempo de afastamento (Vide ANEXOS C e D) conforme patologia, no ano de 2013, teremos no Quadro 4 o seguinte resultado:

Quadro 4 – Distribuição percentual total segundo grupo de CID dos EPS, licenças e tempo de afastamento

	Condição de saúde EPS	Licenças	Tempo de afastamento
1º	X – (ap. respiratório) - 78,7%	XIII – (osteomusculares) – 26,1%	XIII – (osteomusculares) – 22,3%
2º	IX – (ap. circulatório) - 58,6%	X – (ap. respiratório) – 25,3%	XIX – (causas externas) – 17,8%
3º	XIII – (osteomusculares) - 48,9%	V – (Transtornos mentais) - 10,9%	V – (Transtornos mentais) - 14,4%
4º	IV – (doenças endócrinas) – 46,5 (sem sobrepeso)	IX – (ap. circulatório) – 8,3%	I – (doenças infecciosas) – 8,5%
5º	VII – (doenças do olho) - 42,7%	XIV – (ap. geniturinário) – 6,1%	X – (ap. respiratório) – 7,4%

Fonte: A autora, 2016.

Observa-se que, mesmo se somadas, as questões do grupo IX e IV (ap. circulatório e doenças endócrinas – principais patologias para DCV), são o quarto maior motivo de afastamento na unidade e não figuram entre as que geram mais tempo de afastamento. O que pode sugerir que os trabalhadores com tais questões realizam um controle regular de saúde e se mantêm estáveis. Porém, chama atenção que as questões de saúde mental são o terceiro motivo de afastamento e, se descartamos as causas externas de adoecimento, seriam o segundo motivo que demanda maior tempo de licença, figura somente em décimo como condição de saúde nos EPS.

No próximo item, vamos apresentar outros resultados referentes às questões de saúde mental.

4.3 QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL

Após o bloco da anamnese ocupacional, seguem as questões sobre: insônia, estresse, *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), ao suporte medicamentoso e de profissional de saúde mental (Psiquiatra ou Psicologia).

A avaliação da insônia é composta de dois blocos de perguntas, com respostas dicotômicas (sim/não); um com três questões (há dificuldade para começar a dormir/acorda com frequência durante a noite e tem dificuldade para voltar a dormir/o sono satisfaz) e outro mais específico (tem insônia/ dura até uma semana/ se prolonga pelo espaço de uma a três semanas/ tem mais de três semanas de duração). Para o perfil de saúde proposto pelo setor, em vigor até ano de 2012, cada resposta positiva equivalia a um ponto e gerava o seguinte escore: 0 – sono normal; 2 – insônia transitória; 4 – insônia de curta duração; e 6 – insônia crônica.

Segundo Berlim, Lobato e Manfro (2005), o DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais), ao tratar dos distúrbios do sono, coloca que existem algumas classificações para insônia e o que caracterizaria a insônia como primária seria:

[...] a dificuldade para iniciar ou para manter o sono ou [...], de um sono não reparador. Para serem considerados clinicamente significativos, esses sintomas devem ocorrer pelo menos três vezes por semana por um período mínimo de um mês e estarem associados com sofrimento importante e/ou com prejuízo no funcionamento social e ocupacional do indivíduo. (BERLIM; LOBATO; MANFRO, 2005, p. 1).

E a insônia crônica “[...] é, em geral, mais complexa e sua investigação exige uma abordagem clínica sistematizada”. (BERLIM; LOBATO; MANFRO, 2005, p. 2).

Nesse sentido, devido à falta de outros elementos para sugerirmos as características das queixas sobre o sono dos trabalhadores que participaram do EPS, optamos por apresentar os resultados referentes às respostas positivas para insônia.

Em relação à avaliação de estresse, são três perguntas, duas com respostas dicotômicas (sim/não) sobre sentir-se estressado (a) e se apresenta sintomas que acredita ter relação com o estresse, e uma aberta sobre quais seriam os sintomas. E o escore de resultados é: 0 – Sem estresse | 2 – Com estresse / sem sintomas | 4 – Com estresse / com sintomas | 6 – Com estresse / com doença psicossomática.

O estresse é uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrita, amedronta, excita ou confunde, ou mesmo que a faça imensamente feliz (LIPP, 2003). E esse mesmo autor propõe um Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) de sintomas de estresse para avaliar suas fases: alerta, resistência e exaustão. Porém, não é esse o parâmetro utilizado pelo setor para o perfil da unidade.

Para uma das linhas da Ergonomia, segundo Vidal (2011, p. 251) o estresse seria “[...] o efeito na pessoa da exposição aos contratantes (empecilhos e entraves) executando uma tarefa num processo de trabalho”. O mesmo autor ressalta que “[...] a carga de trabalho inadequada está na origem dos problemas ergonômicos, seja ela física, gerando fadiga; cognitiva, induzindo a erros; ou organizacional, conduzindo ao estresse”. (VIDAL, 2011, p. 251).

Mesmo estando em voga pesquisas sobre o estresse ocupacional e suas consequências para a saúde e desempenho do trabalhador (PASCHOAL; TAMAYO, 2004), não há elementos suficientes nessa pesquisa para relacioná-lo ao trabalho, uma vez que:

[...] o estresse ocupacional consiste num fenômeno tão complexo que não deveria ser tratado como uma variável, mas como uma área de estudo e prática que se preocupa com diversas variáveis interligadas, tais como estímulos do ambiente de trabalho e respostas não saudáveis de pessoas expostas a eles. (PASCHOAL; TAMAYO, 2004, p. 46).

Assim, o resultado apresentado refere-se às respostas positivas a pergunta “sente-se estressado” e quais os sintomas que foram apontados como sendo vinculados ao estresse.

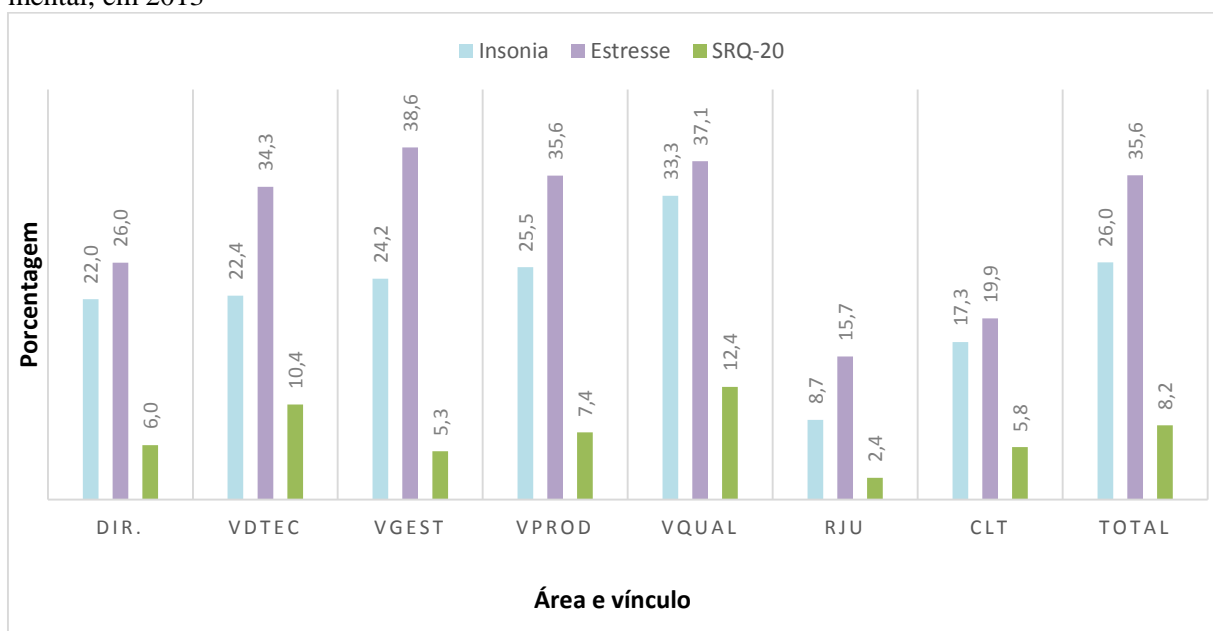
O SRQ-20 “[...] é um instrumento de rastreabilidade de transtornos mentais comuns aprovado pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Os transtornos mentais comuns não são um diagnóstico, mas sim um conjunto de diagnósticos para diferentes formas de sofrimento psíquico de um indivíduo”. (GOUGET, 2014, p. 1).

A versão do SRQ-20 adotada pela Instituição nos EPS é autopreenchida e composta por vinte questões nominais com respostas dicotômicas (sim/não), quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre distúrbios psicoemocionais. Em relação ao escore, para cada resposta afirmativa, pontua-se com o valor 1 e o ponto de corte para suspeição (presença ou ausência) dos transtornos mentais não psicóticos utilizado é de oito (GOUGET, 2014).

A proposta é que o serviço de Psicologia, durante a entrevista ou *a posteriori*, avalie as respostas do SRQ-20 e convoque o trabalhador para atendimento para aprofundamento dos resultados e, se for o caso, preste o suporte ou realize os encaminhamentos necessários. Lembramos que, até 2015, somente os servidores passaram por essa avaliação com a Psicologia.

Em resumo, os resultados apresentados na figura 9, sobre questões que podem impactar na saúde mental dos trabalhadores, segundo sua área de lotação (U.O.), baseiam-se: a) INSÔNIA – aqueles que apresentaram insônia; b) ESTRESSE – aqueles se sentem estressados; e c) SRQ-20 – aqueles que obtiveram escore acima ou igual a oito para transtorno mental comum (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Distribuição percentual dos trabalhadores segundo a área, vínculo e questões de saúde mental, em 2013



Fonte: A autora, 2016.

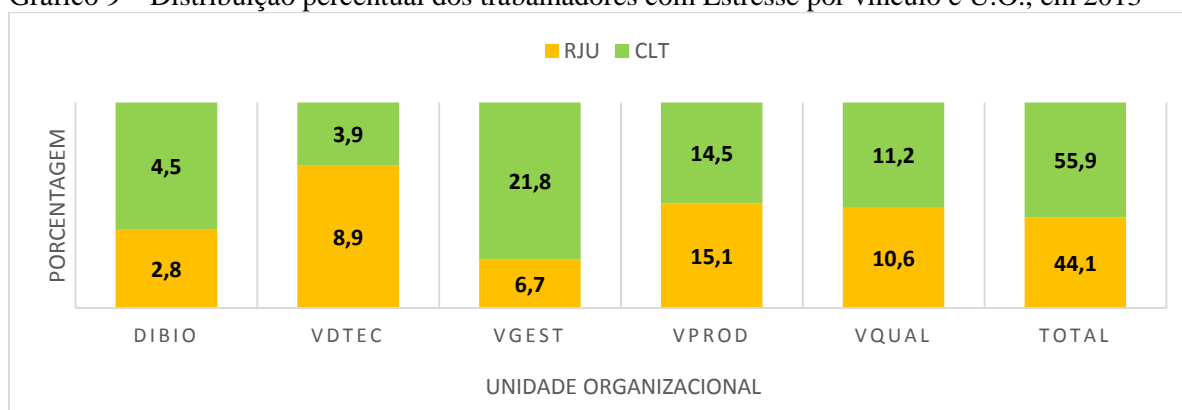
Observando os resultados, poderíamos indicar que, para questões vinculadas à saúde psíquica, a área de qualidade seria a U.O. mais crítica ao somarmos todos os itens. Quando verificamos os resultados por vínculo, os trabalhadores celetistas apresentam os maiores índices, não havendo uma grande diferença em relação ao estresse e SRQ-20; com exceção da

insônia – que também pode estar vinculada ao trabalho noturno, visto que não há servidores como plantonistas no turno da noite.

Sobre quais os sintomas acreditam estarem vinculados ao estresse, somente 14 trabalhadores se pronunciaram, e os mais citados pela ordem foram: irritabilidade, nervosismo, agitação, impaciência, ansiedade, cansaço físico, estresse constante, dificuldade de memória e dor de cabeça.

Mattos et al. (1996, p. 50), ao tratarem dos efeitos do processo de acumulação flexível sobre a saúde dos trabalhadores, colocam que “[...] constata-se um aumento do nível de estresse, causado pela carga excessiva de trabalho, o nível de instabilidade no emprego e ritmo acelerado de trabalho”. No Gráfico 9, apresentaremos por vínculo o resultado referente aos trabalhadores que assinalaram sentir-se estressados.

Gráfico 9 – Distribuição percentual dos trabalhadores com Estresse por vínculo e U.O., em 2013



Fonte: A autora, 2016.

Se fôssemos traçar o comparativo somente pelo quantitativo de trabalhadores que responderam de forma positiva às questões referentes ao estresse (n=179), os celetistas ainda seriam prevalentes, sendo um total de 55,9%.

Analisando por área, observamos a maior diferença na VDTEC, onde houve a participação mais equilibrada global de trabalhadores por vínculo (33 – RJUs e 34 CLTs). Assim, nesse caso, deveríamos investigar as cargas e ritmos para compreender o que estaria gerando mais estresse em servidores do que nos terceirizados.

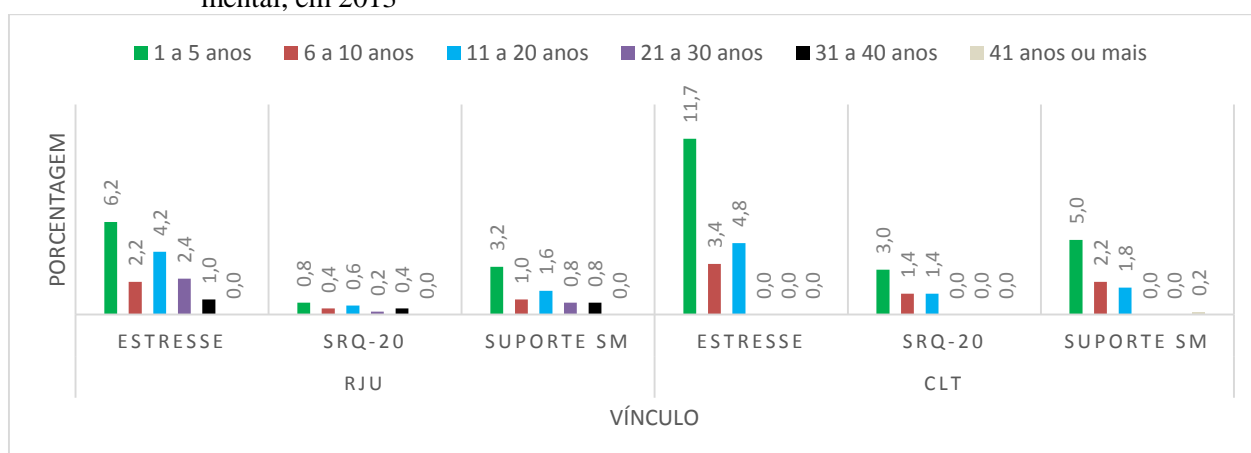
Ao recordamos que os transtornos mentais figuraram como o segundo maior índice de afastamento do trabalho pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)²³ no ano de 2013

²³ Segundo anuário estatístico da Previdência Social no ano de 2013, a maior causa de incapacidade para o trabalho foi relacionada ao grupo XIX do CID (Lesões por causas externas), com 738.845 de benefícios de incapacidade gerados; seguido do grupo XIII (osteomusculares), com 499.817; grupo V (transtornos mentais), com 228.849; e grupo XI (aparelho digestivo), com 223.195 (BRASIL, 2015).

(se desconsideramos as lesões por causas externas) e, segundo informações do IV Fórum SIASS/RJ 2015²⁴, foram a terceira causa para os servidores, é interessante comparar os resultados desse item com o grupo V do CID em relação às condições de saúde autorreferidas.

Salientamos que nesse espaço da ficha ocupacional também é feito um questionamento sobre o suporte medicamentoso e terapêutico. O primeiro constitui-se por quatro perguntas sobre: o uso de medicação antidepressiva, inibidor de apetite, medicamentos controlados e outros medicamentos de prescrição, com respostas dicotômicas (sim/não) que nos casos afirmativos se desdobram em questões sobre qual o tipo de medicação e o tempo de uso. E, em relação ao suporte profissional, trata-se de uma pergunta sobre se é ou foi acompanhado por Psiquiatra ou Psicoterapeuta, com a resposta dicotômica (sim/não), e, em caso afirmativo, questiona-se o tempo. Assim, teremos no Gráfico 10 o seguinte resultado referente a tais questões por vínculo e tempo de serviço:

Gráfico 10 – Distribuição percentual segundo o tempo de serviço, vínculo e as questões de saúde mental, em 2013



Fonte: A autora, 2016..

Para ambos os vínculos, os cinco primeiros anos de serviço são os mais latentes, seja para informações referentes ao estresse, aos transtornos mentais comuns (SRQ-20) e ao uso de suporte terapêutico. Contudo, os celetistas, nesse período, apresentam quase o dobro do estresse do RJU, quando imaginávamos que, devido ao estágio probatório²⁵, nesse item talvez encontraríamos uma equidade nos resultados.

²⁴ No evento realizado em novembro/2015, a chefe da Perícia do Núcleo do Ministério da Saúde do Estado do Rio de Janeiro (NERJ), em sua apresentação, destacou que as causas de afastamento são: 1ª) as doenças osteomusculares, 2ª) as neoplasias e 3ª) as questões de saúde mental.

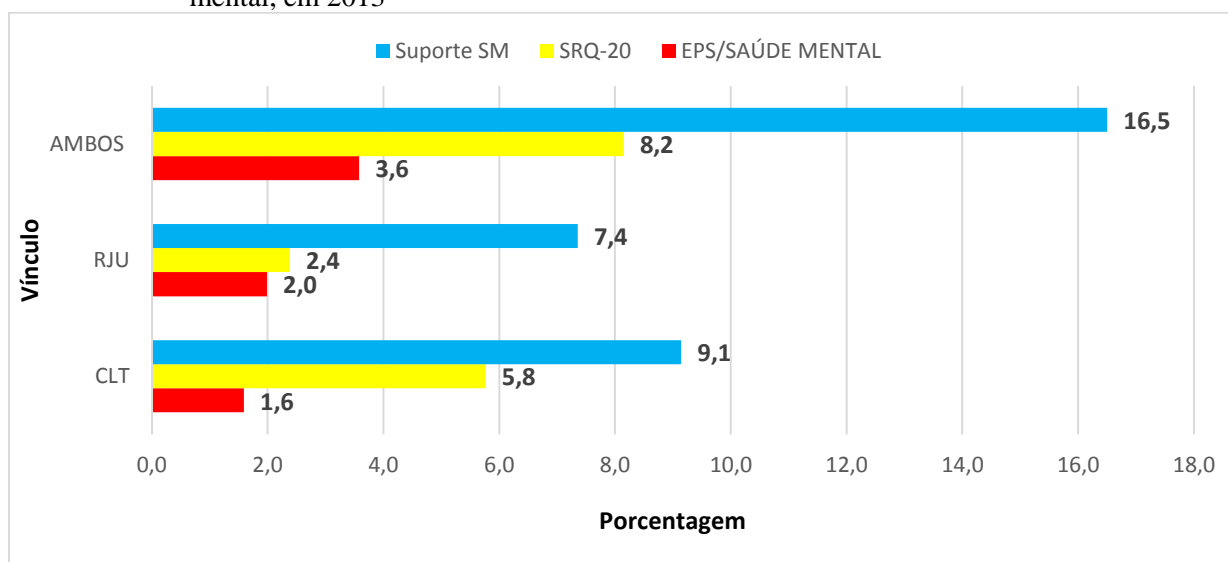
²⁵ Relaciona-se aos três primeiros anos de exercício no serviço público, quando o servidor ainda não adquiriu estabilidade e passa por avaliações anuais até a confirmação da efetividade do vínculo ao final dos três anos.

Identificamos uma contradição quando alguns trabalhadores – que foram ou são acompanhados por questões diagnosticadas de transtorno mentais ou comportamentais –, no item sobre questões de saúde mental da ficha ocupacional, assinalaram como não, e, posteriormente, no espaço do suporte, informaram uso de medicação específica e confirmaram fazer tratamento psiquiátrico.

Assim, ressalta-se que optamos por apresentar os resultados destes itens como suporte, porém só considerando as respostas afirmativas sobre o uso medicação antidepressiva e/ou psiquiátrica controlada e/ou a afirmação para o acompanhamento terapêutico, seja somente com o Psiquiatra ou em conjunto com a Psicologia. Desconsideramos se o trabalhador somente afirmou ter suporte da Psicologia, por entender que não configura que haja uma patologia associada para este tipo de acompanhamento.

Logo, o Gráfico 11 apresenta a comparação entre os resultados geral e por vínculo sobre: Suporte – trabalhadores que utilizam algum suporte de saúde mental; SRQ-20 – trabalhadores com sugestão de transtorno mental comum; e EPS/SM – respostas positivas a questões de saúde mental nos EPS.

Gráfico 11 – Distribuição percentual geral dos trabalhadores segundo vínculo e questões de saúde mental, em 2013



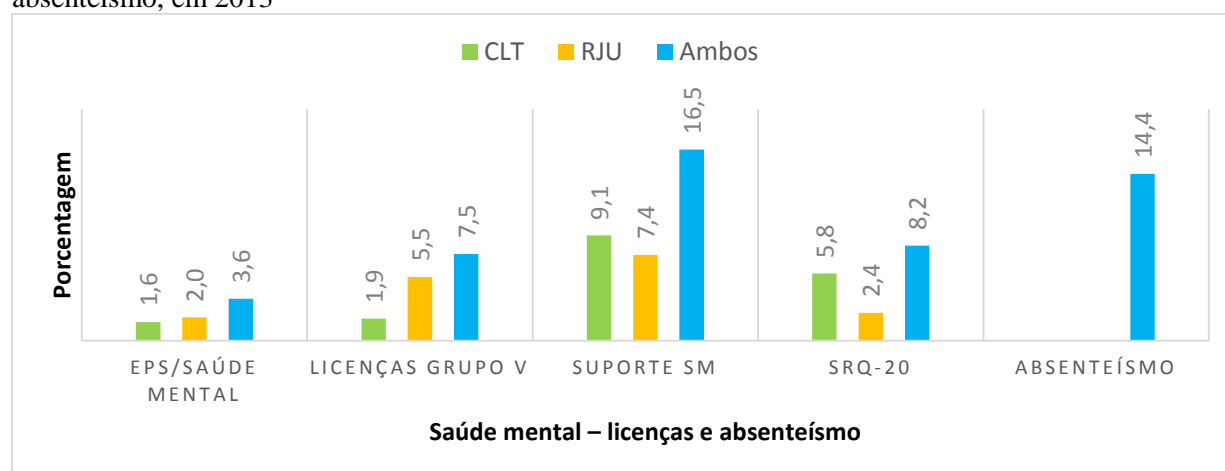
Fonte: A autora, 2016..

Verificamos que existe uma diferença significativa entre as informações do EPS sobre as questões de saúde mental e o uso de suporte para tais questões quando observamos os dados globais. Se nos fixarmos nos vínculos, a diferença entre a informação e o suporte continua presente, porém é bem mais acentuada entre os celetistas. Entre os servidores, existe quase uma equiparação entre o EPS e os transtornos rastreados pelo SRQ-20.

Como a ficha ocupacional não tem outras informações para que pudéssemos nos aprofundar nas questões, não temos elementos para afirmar o motivo dessa diferença entre os celetistas. Podemos nos questionar se seria ainda devido ao estigma que envolve as patologias de saúde mental e o trabalhador poderia ter receio em deixar registrado em um instrumento ocupacional e isso lhe trazer alguma implicação. Entretanto, talvez devido à naturalização do uso de algumas medicações psiquiátricas, não haveria o mesmo receio em informar sobre o suporte, porém são somente suposições.

Se aprofundarmos as comparações acrescentando às Licenças do Grupo V (relacionadas ao percentual de trabalhadores que estiveram licenciados por transtornos mentais) e a duração do absenteísmo (vinculada às licenças do Grupo V, porém esse somente vinculado aos dados globais, pois o sistema não permite fazer o filtro por vínculo, na Unidade no ano de 2013), há o seguinte resultado (Gráfico 12):

Gráfico 12 – Comparação entre percentual de questões de saúde mental dos EPS e licenças do grupo V por vínculo, além da comparação dos resultados de ambos os vínculos desses itens e o absenteísmo, em 2013



Fonte: A autora, 2016..

Se nos detivermos somente no percentual total, ou seja, ambos os vínculos se observa o dobro de afastamentos e o quádruplo do tempo de afastamento por patologias do grupo V em comparação com as questões de saúde mental informadas. Quando realizamos a comparação do EPS com as licenças pelo vínculo, verifica-se que há uma similaridade para os celetistas, mas entre a licença e o suporte voltamos a ter uma diferença significativa, o que poderia sugerir que as demandas são contornadas com o suporte, não demandando afastamento ou esses são de curto prazo. Ressaltando que os três maiores motivos de afastamento entre os celetistas foram, respectivamente: ansiedade generalizada, dependência química e episódios depressivos.

Entre os servidores, observamos uma maior diferença dos EPS em relação às licenças do que do suporte comparado a elas. Os três maiores motivos de afastamento entre os RJUs, respectivamente, foram: transtorno de adaptação, ansiedade generalizada e transtornos ansiosos não especificados. Talvez tais questões de saúde demandem maior tempo de tratamento ou o processo menos burocrático para a realização de perícia, comparado com INSS²⁶, favoreça os afastamentos – além de haver menor perda financeira.

Porém, como as questões de saúde mental não são objeto do nosso estudo, trouxemos esses elementos para associar a reflexão sobre o instrumental da ficha ocupacional, em relação à credibilidade dos dados.

4.4 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DESCONFORTO POSTURAL (DIAGRAMA DE CORLLET)

O último componente da ficha ocupacional é o preenchimento de um instrumento para avaliação de desconforto postural que, juntamente com outros elementos, pode auxiliar no diagnóstico de doenças osteomusculares.

O diagrama proposto por Corllet e Manenica (1980) divide o corpo humano em diversos segmentos (ver Anexo A): pescoço, cervical, costas-superior, costas-médio, costas-inferior, bacia, ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho, mão, coxa e perna, em que serão assinalados na figura os seguimentos em que os trabalhadores sentem dores ou desconforto. A escala de intensidade do desconforto/dor é classificada em 5 níveis, que variam de 1 para “nenhum desconforto/dor” até 5 “intolerável desconforto/dor”.

Uma vez que não se trata de um estudo ergonômico, optou-se por apresentar os resultados referentes às marcações da escala de intensidade igual ou acima de 3 (“moderado/bastante/intolerável desconforto/dor”), excluindo a escala 1 e 2 (“ausência/algum”) que correspondem, respectivamente, a 13% e 87% do quantitativo total. Assim, tem-se o seguinte resultado sobre o diagrama de desconforto por U.O, conforme Tabela 8:

²⁶ O trabalhador celetista somente é encaminhado para a realização de perícia após o 16º dia de afastamento e se esta for deferida ele receberá 91% de uma média de seus maiores salários-contribuição. O RJU é convocado para perícia singular após o 15º dia de licença, porém, com exceção da suspensão gratificação de insalubridade (caso receba), não há diferença salarial com a “ativa”.

Tabela 8 – Distribuição percentual dos trabalhadores por áreas de desconforto e área de locação, em 2013

Desconforto	DIR.	VDTEC	VGEST	VPROD	VQUAL	TOTAL
Pescoço	2,4	3,4	6,8	5,6	7,4	25,4
Cervical	2,2	4,6	7,0	7,6	7,2	28,4
Costas Superior	0,8	1,6	3,8	4,4	3,8	14,3
Costas Médio	1,6	2,6	4,2	4,8	4,8	17,9
Costas Inferior	2,8	4,2	6,6	7,6	7,0	28,0
Bacia	1,2	1,8	2,6	3,2	2,6	11,3
Ombro	1,4	2,4	4,0	4,4	3,4	15,5
Braço	0,4	0,6	0,8	1,0	1,2	4,0
Cotovelo	0,4	0,6	1,2	1,4	0,6	4,2
Antebraço	0,2	2,4	0,8	1,4	1,0	5,8
Punho	1,6	1,6	3,2	3,8	2,0	12,1
Mão	0,6	0,4	1,8	2,8	2,4	8,0
Coxa	0,0	0,4	0,6	1,2	0,6	2,8
Perna	0,6	1,6	1,8	2,8	2,6	9,3
Total	16,1	28,0	44,9	51,7	46,3	

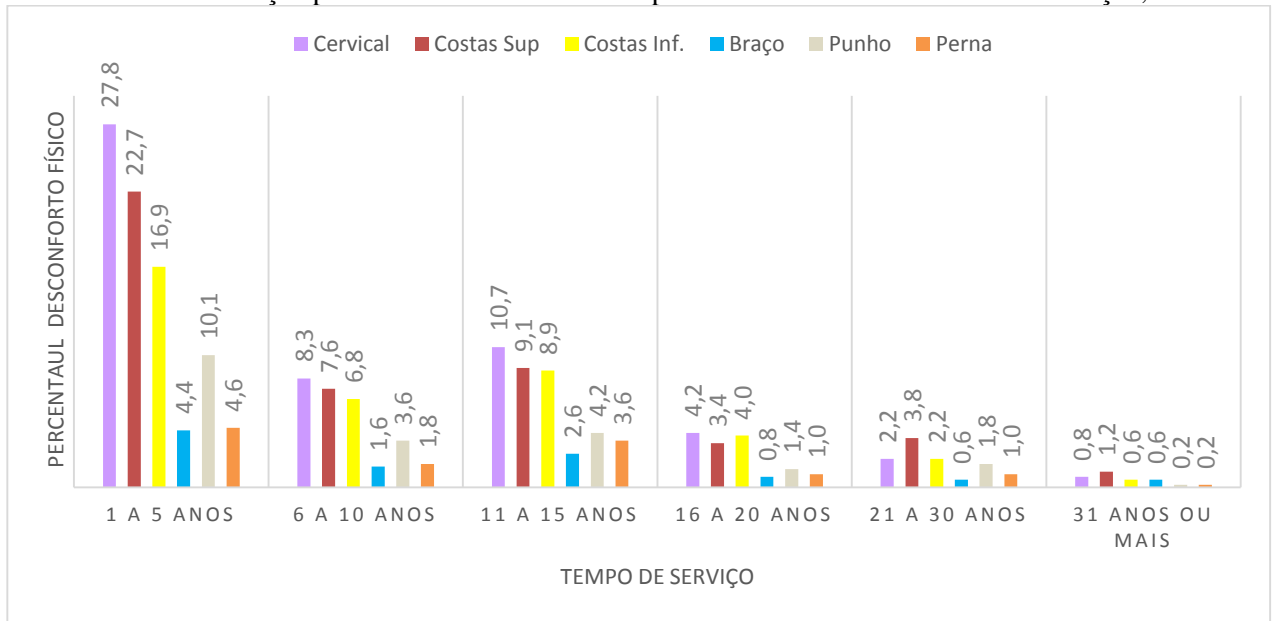
Fonte: A autora, 2016.

Observamos que a área de produção congrega de maneira global as maiores queixas de desconforto/dor, seguida da qualidade e gestão, e esse grupo se distancia um pouco da VDTEC e Direção. Talvez tal item possa indicar que o ritmo ou o processo de trabalho nessas duas áreas sejam menos intenso ou melhor planejado e gere um menor desconforto físico.

Se avaliarmos pelos segmentos, as cinco regiões mais citadas são: cervical, costas inferior, pescoço, costas médio e ombro. E, se considerarmos o processo de trabalho tanto no ambiente administrativo quanto laboratorial, são segmentos bem exigidos em ambos os ambientes.

A fim de observar se o tempo de serviço poderia influenciar nas queixas, apresentaremos o Gráfico 13 comparando com os segmentos e, para facilitar a leitura, os organizamos em grupos próximos: Pescoço: pescoço/cervical; Costas Sup.: costas superior/costas médio/ombro; Costas inf.: costas inferior/bacia; Braço: braço/antebraço/cotovelo; Punho: punho/mão; e Perna: coxa/perna.

Gráfico 13 – Distribuição percentual dos trabalhadores por áreas de desconforto e área de locação, 2013

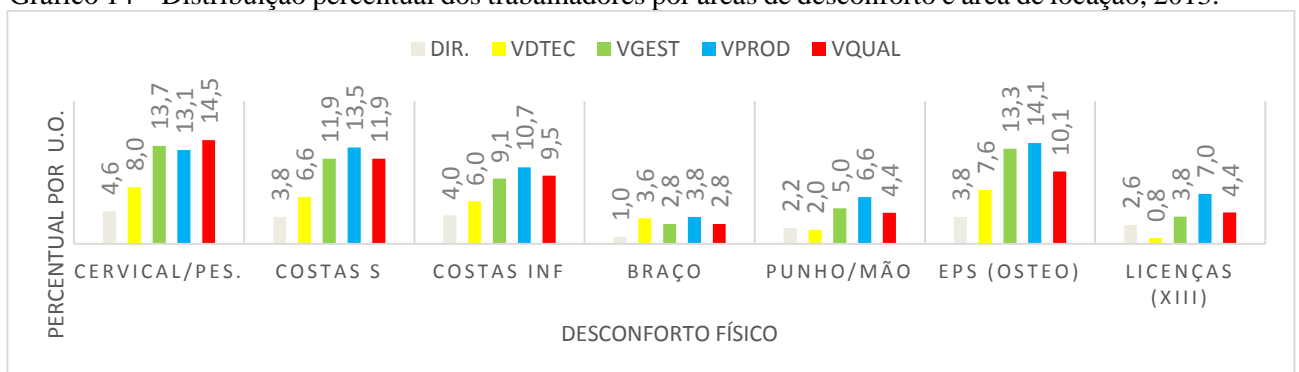


Fonte: A autora, 2016.

O grupo que possui até cinco anos de casa é o que apresenta maior queixa em todos os segmentos. Recordamos que esse grupo também foi o mais estressado. Alguns autores (LELIS et al., 2012; COSTA, 2000 apud MARTINS; BOTOMÉ, 2001; OSÓRIO et al., 2011; SATO, 1996) pontuam a relação entre doenças musculoesqueléticas e fatores psicossociais ou estressores, entretanto pesquisas destacam que ainda existe uma grande dificuldade sobre “[...] a compreensão da influência das características individuais e dos fatores psicológicos (estados emocionais e transtornos psíquicos) na modulação da intensidade e na exacerbação das síndromes dolorosas musculoesqueléticas” (MARTINS; BOTOMÉ, 2001, p. 1).

Se recordarmos que as questões osteomusculares são a segunda maior causa de afastamento na unidade, avaliamos que seria interessante comparar as informações do diagrama com as licenças do grupo XIII e os EPS, por U.O (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Distribuição percentual dos trabalhadores por áreas de desconforto e área de locação, 2013.



Fonte: A autora, 2016.

Mesmo sem outros elementos para que se possa fazer nexos causal, é possível observar que a VPROD sendo a U.O. com mais queixa de desconforto/dor confirma a ser a área com maior afastamento e queixas no EPS por questões osteomusculares. Em seguida, aparece a VQUAL nas questões de desconforto e afastamento, mas é precedida pela VGEST nas questões osteomusculares dos EPS. A mesma inversão ocorre entre a VDTEC e Direção, em que o desenvolvimento, apesar de apresentar mais queixas do diagrama e EPS, possui o menor índice de licenças.

Ressaltamos, por fim, que, havendo associação com outros itens (como, por exemplo, o PPRA), o diagrama pode ser um instrumento viável para auxiliar na avaliação de processos de trabalho que envolve riscos físicos e ergonômicos e, assim, auxiliar na investigação de doenças ocupacionais osteomusculares ou vasculares.

A seguir, apresentaremos os resultados sobre a percepção dos trabalhadores sobre os riscos de seu ambiente de trabalho.

4.5 PERFIL EM RELAÇÃO À PERCEPÇÃO À EXPOSIÇÃO AOS RISCOS²⁷ NO LOCAL DE TRABALHO

As ações do PPRA devem ser desenvolvidas no âmbito de cada estabelecimento da empresa, sob a responsabilidade do empregador, com a participação dos trabalhadores, sendo sua abrangência e profundidade dependentes das características dos riscos e das necessidades de controle. A avaliação dos riscos é contemplada na legislação pela NR-9, através do PPRA²⁸ – que irá subsidiar o PCMSO, e na unidade é uma das atribuições da Engenharia de Segurança. E, segundo a avaliação de 2013, seriam esses os riscos globais das áreas (Quadro 5):

Quadro 5 – Riscos globais levantados pelo PPRA por U.O. , em 2013

U.O.	RISCOS
DIR.	Somente uma assessoria com risco biológico.
VDTEC	Todos os laboratórios apresentam riscos biológicos, químicos e físicos.
VGEST	Somente 02 setores com riscos biológicos.
VPROD	Todos os departamentos apresentam riscos biológicos, químicos e físicos.
VQUAL	04 - Departamentos/laboratórios com riscos biológicos, químicos e físicos.

Fonte: A autora, 2016.

²⁷ O conceito de risco utilizado está vinculado às definições utilizadas nas legislações (NRs e SIASS) para a avaliação da exposição a agentes no ambiente de trabalho.

²⁸ A metodologia utilizada pela equipe de Engenharia da unidade foi baseada na proposta da American Industrial Hygiene Association – AIHA e seguiu os preceitos técnicos do item 9.3.3 da NR-9 (BRASIL, 2013).

Segundo Sivieri (1996, p. 81), “[...] risco é a probabilidade de ocorrência de um evento causador de dano às pessoas e ao meio ambiente de forma leve ou grave, temporária ou permanente, parcial ou total”. Já para Avaliação da Segurança e Saúde Ocupacional – *Occupational Health and Safety Assessment Series* (OHSAS), risco é: “Combinação da probabilidade de ocorrência e da(s) consequência(s) de um determinado evento perigoso” (OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ASSESSMENT SERIES, 1999, p. 9).

Cabe destacar que a NR-9 considera riscos ambientais “[...] os agentes físicos²⁹, químicos³⁰ e biológicos³¹ existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador”. (BRASIL, 1977, p. 1).

As questões da ergonomia são normatizadas pela NR-17, que sugere parâmetros “[...] que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente”. (BRASIL, 1977, p. 1). E, em seu item 17.1.1, informa que a avaliação das condições de trabalho deve incluir “[...] aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho”. (BRASIL, 1977, p. 1).

A categoria organização do trabalho é muito utilizada em estudos do campo da Saúde do Trabalhador, variando um pouco conforme a linha teórico-metodológica adotada, mas, para fins da NR-17, deve-se considerar minimamente:

- a) as normas de produção;
- b) o modo operatório;
- c) a exigência de tempo;
- d) a determinação do conteúdo de tempo;
- e) o ritmo de trabalho; e
- f) o conteúdo das tarefas (BRASIL, 1977).

²⁹ Agentes físicos: as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infrassom e o ultrassom.

³⁰ Agentes químicos as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão.

³¹ Consideram-se agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros (NR-9).

Lembrando que a N.R coloca no item 8.5 que “[...] as ações e princípios do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA devem ser associados àqueles previstos na NR-17”. (BRASIL, 1977).

A mesma legislação informa no item 8.1 em relação ao PCMSO que, “[...] além de atender à Norma Regulamentadora n.º 7 (NR 7), deve necessariamente reconhecer e registrar os riscos identificados na análise ergonômica”. (BRASIL, 1977, p. 12) E, destaca no item 8.2 que:

O empregador deve implementar um programa de vigilância epidemiológica para detecção precoce de casos de doenças relacionadas ao trabalho comprovadas ou objeto de suspeita, que inclua procedimentos de vigilância passiva (processando a demanda espontânea de trabalhadores que procurem serviços médicos) e procedimentos de vigilância ativa, por intermédio de exames médicos dirigidos que incluam, além dos exames obrigatórios por norma, coleta de dados sobre sintomas referentes aos aparelhos psíquico, osteomuscular, vocal, visual e auditivo, analisados e apresentados com a utilização de ferramentas estatísticas e epidemiológicas. (BRASIL, 1977, p. 12).

Nesse sentido, mesmo não estando contemplada na planilha de controle do EPS do setor – que seria o instrumento para favorecer as análises epidemiológicas –, consta da ficha ocupacional do EPS a percepção dos riscos informados pelos trabalhadores, que, além, dos riscos previstos na NR-9, traz algumas questões ergonômicas, porém sem elementos da organização do trabalho sugeridos pela NR-17. Sivieri coloca ainda que sobre a organização do trabalho:

[...] o número possível de situações de risco tende ao infinito e um ambiente estranho de trabalho, não natural, pode tornar-se fonte inesgotável de agravos a saúde. Desta forma, podemos afirmar que o aumento dos acidentes, das doenças e do desgaste é devido, principalmente, à forma como o trabalho é organizado. (SIVIERI, 1996, p. 81).

O mesmo autor nos chama a atenção para o fato de que muitas questões do ambiente industrial e outros setores produtivos não têm sua origem nos tradicionais fatores físicos, químicos ou biológicos.

Existem devido às contradições originárias do cotidiano, das relações funcionais, dos conflitos e dos processos psicossociais. Na complexidade da vida social, *situações de trabalho, associadas a sucessivas frustrações e ataques a autoimagem, progressivamente provocam, além do desgaste metafórico da identidade*, processos psicossomáticos que geram quadros clínicos de doenças orgânicas graves, como úlceras, hipertensão arterial, gastrite etc., e também distúrbios de ordem psicológica como insônia,

ansiedade, depressão estresse etc., situações consideradas de risco, onde o trabalhador fica mais fragilizado, e potencialmente mais exposto a acidentes e mortes. (SIVIERI, 1996, p. 81, grifo do autor).

Teremos, assim, as seguintes percepções quanto à exposição a riscos divididos por U.Os e o total geral de todos os participantes (Quadro 6):

Quadro 6 – Distribuição percentual dos trabalhadores por U.O. de lotação sobre percepção de riscos, em 2013

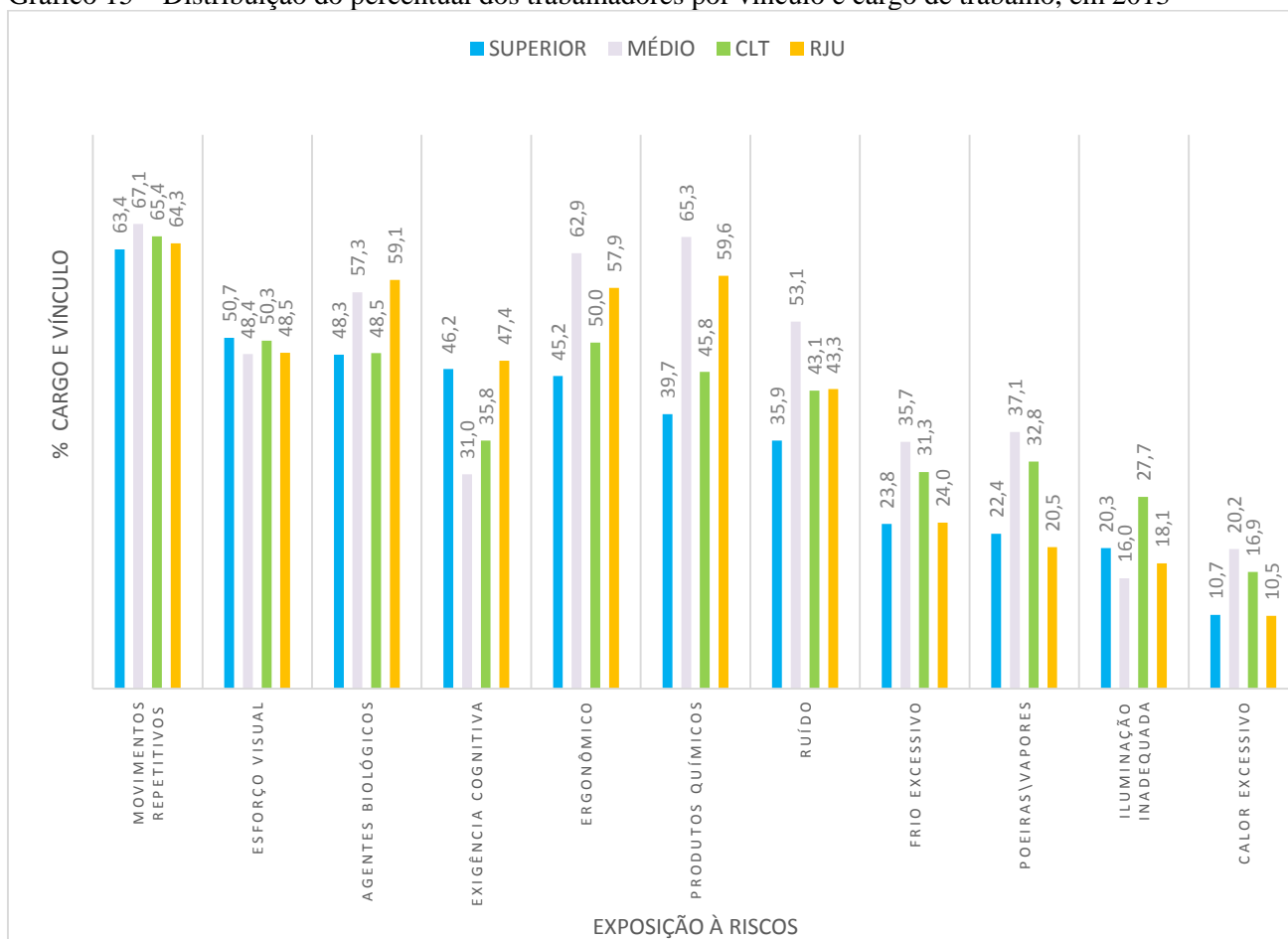
Percepção dos riscos	DIR.	VDTEC	VGEST	VPROD	VQUAL	GERAL
Movimentos repetitivos	49,0	62,7	62,1	65,8	76,9	65,0
Ergonômico	23,5	58,2	41,7	70,5	51,9	52,7
Agentes biológicos	19,6	70,1	27,3	65,1	69,2	52,1
Produtos químicos	7,8	74,6	16,7	75,2	63,5	50,5
Esforço visual	43,1	47,8	47,7	41,6	68,3	49,7
Ruído	25,5	40,3	35,6	54,4	47,1	43,1
Exigência cognitiva	37,3	50,7	39,4	33,6	43,3	39,8
Frio excessivo	23,5	26,9	18,2	30,9	43,3	28,8
Poeiras\vapores	9,8	31,3	33,3	29,5	28,8	28,6
Iluminação inadequada	13,7	20,9	31,8	18,8	30,8	24,5
Calor excessivo	11,8	9,0	17,4	15,4	15,4	14,7

Fonte: A autora, 2016.

Mesmo com as limitações envolvidas na avaliação ergonômica, verifica-se que, de maneira global, são os itens que apresentam as maiores percepções na unidade. Se as percepções quanto aos movimentos repetitivos forem somadas aos ergonômicos, observaremos que esses itens serão de maior prevalência para todas as áreas. Apesar de estarmos em uma indústria de imunobiológicos, na qual se poderia imaginar uma maior percepção quanto aos riscos químicos e biológicos, essa percepção somente se concretiza na VDTEC e VPROD quando avaliamos individualmente por U.O.

Também achamos válido apresentar as percepções sobre a exposição aos riscos quanto ao vínculo e ao cargo, uma vez que há grande multifuncionalidade na unidade, em especial nas áreas laboratoriais, e isso pode equilibrar a percepção independente da área de lotação (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Distribuição do percentual dos trabalhadores por vínculo e cargo de trabalho, em 2013



Fonte: A autora, 2016.

Dentre as onze percepções elencadas, os trabalhadores em cargos de nível superior apenas sobressaem de maneira significativa nas exigências cognitivas; nos demais (iluminação e esforço visual) não observamos grandes diferenças. Nos outros oito itens em que são suplantados pelos cargos de nível médio, as maiores diferenças estão na percepção quanto à exposição, respectivamente, aos produtos químicos, ergonômicos e ruído; só observamos relativo equilíbrio na percepção quanto aos movimentos repetitivos.

Em relação à comparação por vínculo, calculando dentro de cada grupo específico de trabalhadores, observa-se que a maior disparidade do RJU para o CLT é em relação à exposição a agentes químicos e o contrário a exposição a poeiras/vapores. Só existe uma relativa equidade entre os vínculos quanto à percepção referente ao ruído, movimentos repetitivos e esforço visual.

Por fim, há um item em aberto na ficha ocupacional que são sugestões de melhorias para o ambiente de trabalho e somente 36 pessoas escreveram algo, conforme Quadro 7:

Quadro 7 – Sugestões dos trabalhadores por U.O., em 2013

U.O.	Nº	SUGESTÕES
DIR.	1	Rever processos para evitar retrabalho.
VDTEC	9	Melhoria das cadeiras que são inadequadas para os laboratórios; Realizar avaliação ergonômica para adequar o mobiliário ao laboratório; Ampliar espaço físico para ficar adequado ao tamanho da equipe; Melhoria de mobiliário; Melhorar infraestrutura; Equilibrar a pressão; Obter apoio da direção.
VGEST	2	Melhoria das cadeiras; Equilibrar a pressão.
VPROD	18	Equipe de limpeza específica para a limpeza da área limpa para sobrecarregar menos a equipe do setor (30% fizeram essa sugestão); Melhorar a ventilação; Melhorar mobiliário (cadeiras, mesas e bancadas); Usar a Ergonomia para comprar mobiliário adequado para as áreas; Ampliar o espaço físico e facilitar o acesso às saídas de emergência; Haver isolamento acústico no setor de liofilização; Ampliar o espaço das capelas no laboratório; Melhorar a climatização e diminuir o ruído; Melhorar os problemas inter-relacionais; Sugere que a Engenharia acompanhe os processos de sanitizações no departamento.
VQUAL	6	Minimizar o ruído da centrífuga; Ampliar espaço físico; Melhoria dos equipamentos para minimizar o tempo nos processos de bancada repetitivos; Ter equipe para realizar os relatórios e outras atividades administrativas; alega sobrecarga em efetuar as análises em bancada e ter que depois fazer a “papelada”.

Fonte: A autora, 2016.

Infelizmente, não possuímos informações se essas sugestões chegaram aos espaços específicos. Só podemos afirmar que as efetuadas pelos celetistas não, pois os formulários somente foram tabulados na ocasião da pesquisa.

Assim, podemos concluir que, mesmo com alguns itens passíveis de serem revistos e melhorados, todos os elementos da ficha ocupacional em vigor já poderiam servir de importante subsídio para a geração de dados epidemiológicos que, associados a outras fontes de informação (PPRA, PCMSO, Motivos de afastamento etc.), auxiliariam na elaboração e avaliação dos Programas de prevenção, promoção e qualidade de vida existentes na unidade.

Dias e Nehmy (2010), ao tratarem da distinção entre a saúde do trabalhador e SO enquanto práticas de saúde no campo das relações trabalho/saúde-doença, refletem que nossa atenção deve estar voltada para finalidade da prática e não quanto ao uso da técnica.

Por vezes, o entendimento da Saúde Ocupacional como ‘disciplina científica’ da qual emergem técnicas que operam no escopo dos agentes visíveis e invisíveis, físicos, químicos e biológicos presentes nos processos de trabalho e nos menos conhecidos, entre outros, os relacionados à organização do

trabalho, funde duas dimensões: a da prática nos serviços e a da luta político-ideológica. Assim, técnicas de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos danos ou agravos relacionados ao trabalho, utilizadas pela Medicina do Trabalho e ferramentas de abordagens da Higiene do Trabalho, da Ergonomia e da Epidemiologia são, muitas vezes, identificadas, equivocadamente, como próprios da Saúde Ocupacional e, portanto, fora do âmbito da Saúde do Trabalhador. Entretanto, a marca diferencial entre as duas linhas de atuação no campo das relações Trabalho/ Saúde-Doença é sua finalidade e não os meios ou técnicas utilizadas. (DIAS; NEHMY, 2010, p. 15).

Nesse sentido, se o instrumental utilizado e os profissionais envolvidos nos EPS estiverem atuando de modo a superar a intervenção limitada, exclusivamente, em avaliar e manter a capacidade de o trabalhador continuar a produzir; por uma prática que visa “[...] o ‘bem-estar’ e a vida com qualidade, considerando o trabalho como fator determinante da saúde, reconhecendo sua importância para a subjetividade dos trabalhadores e para sua inserção social” (DIAS; NEHMY, 2010, p. 15), estaremos caminhando para ter a Saúde do Trabalhador como parâmetro para nossa intervenção.

Importa considerar [...], modos alternativos para se pensar preventivamente sobre saúde e segurança que impliquem em necessários deslocamentos nos modos de tratar conceitos como risco, normalidade, vulnerabilidade, acessibilidade, prazer, equidade. Para isso, é preciso questionar as noções que sustentam uma ideia de saúde em seu aparente lugar de resultante de um processo estritamente neutro, racional, sem envolver dimensões políticas e sociais e suas complexas implicações. Decisões sobre como lidar com este estado de coisas assumem importantes aspectos de caráter pessoal: como alimentar-se, como medicar-se, como exercitar-se (ou não), como lidar com desgastes naturalizados da vida cotidiana e como relativizar as apresentações midiáticas de questões de saúde e prevenção. (CASTIEL, 2013, p. 30).

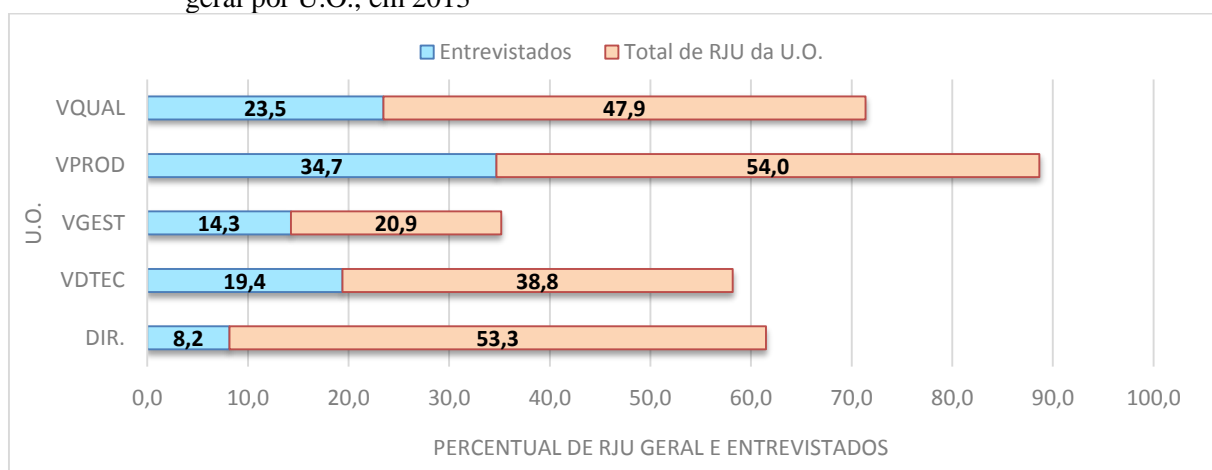
4.6 ENTREVISTAS COM A PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL

Essa etapa dos EPS somente faz parte da rotina para os RJUs. Os terceirizados só são contemplados com essa avaliação quando se detecta alguma questão em determinado setor e, assim, para haver uma análise global, todos os trabalhadores daquele espaço são ouvidos.

O roteiro de entrevista (vide Anexo C) dessa etapa dos EPS está dividido em blocos que tratam: do ambiente de trabalho; acidente de trabalho; participação (entendido como espaços de representação do trabalhador em que esse atue ativamente, sejam os sindicatos, conselhos profissionais, e outros movimentos sociais); e contexto familiar (uma avaliação integral do trabalhador deve considerar as condições gerais de vida que pressupõem fatores de diversas áreas, o que inclui, dentre outros, as questões familiares).

Apresentaremos, então, os resultados gerais referentes aos 98 servidores que foram entrevistados nessa etapa do EPS (57,3%). Desse quantitativo, houve quase um equilíbrio na participação por gênero: foram 56,1% de mulheres e 43,9% de homens. E, em relação aos cargos, 67,3% são servidores com cargos de nível superior e 32,7% de nível médio. Sobre as U.Os., houve o seguinte percentual de participantes (Gráfico 16):

Gráfico 16 – Distribuição percentual dos servidores entrevistados e o correspondente ao quantitativo geral por U.O., em 2013



Fonte: A autora, 2016.

Tanto na direção quanto na produção, houve a participação de mais da metade dos servidores ali lotados na entrevista; desse modo, podemos ter uma melhor avaliação dessas U.Os, na perspectiva dos servidores.

4.6.1 Ambiente de trabalho

Categoria que abarca o ambiente físico (infraestrutura, instalações, mobiliário, equipamentos) e a organização do trabalho, fatores que associados ou não, podem trazer prejuízos à realização do trabalho e comprometer a saúde física e psíquica dos trabalhadores.

Destaca-se que, segundo Dejours (2009), a organização do trabalho não compreende apenas a divisão do trabalho, a divisão de tarefas entre os trabalhadores, a imposição dos ritmos, e o modo operatório prescrito, mas, sobretudo, a divisão dos homens, representada pelas hierarquias, as repartições de responsabilidades e os sistemas de controle, ou seja, as formas de comando das relações de poder. O mesmo autor pontua que a noção de sofrimento emerge nesse campo, que pode ser atribuído à correlação entre a história individual, com os projetos e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora.

Cabe destacar que o instrumento da entrevista buscou embasamento em alguns conceitos desenvolvidos por Laurell e Noriega (1989), em que criticam o conceito de risco da

MT, que o compreende de modo focalizado, numa ótica de relação causal e isolado da dinâmica global do processo de trabalho e constroem uma categoria baseada na ideia de cargas de trabalho. “O conceito de carga possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de um modo importante o nexos biopsíquico da coletividade operária e confere a esta um modo histórico de andar a vida” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110). Com essa concepção, pode-se perceber as múltiplas determinações que perpassam a categoria trabalho, não limitando apenas aos riscos ambientais.

O conceito de desgaste ao sugerir que ele seja visto, juntamente, com os processos reprodutivos – ainda que esses elementos estejam fora da esfera produtiva –, é decorrente da organização social da produção, e, como tal, determina o processo saúde e doença. Ao incorporar novas categorias analíticas como cargas³² de trabalho e processo de desgaste, incluindo a carga mental a que estariam os trabalhadores sujeitos, leva em conta o processo de trabalho e não riscos isolados. E, ao considerarmos que a relação saúde-trabalho-doença se origina a partir da exposição dos trabalhadores a diversos fatores relacionados ao processo de trabalho, ao ambiente de trabalho e suas relações, assim como às condições de vida do trabalhador, pode-se concluir que em conjunto vão colaborar para o desgaste da sua saúde (LAURELL; NORIEGA, 1989).

4.6.2 Instalações e ferramentas de trabalho

Nesse item, questionou-se sobre elementos do ambiente físico de trabalho (Quadro 8):

³² Na concepção de cargas de trabalho, distinguem-se vários tipos. De um lado, agrupam-se as do tipo físico, químico, biológico e mecânico e, de outro, fisiológico e psíquico. É o tipo de carga que determina a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador.

As cargas físicas podem ser exemplificadas no ruído, calor, frio; as cargas químicas são as que envolvem vapores, líquidos, pós, fumaças; as biológicas são exemplos os microrganismos, como vírus, bactérias. As cargas mecânicas, também chamadas de acidentes, são aquelas mais notáveis, como as contusões, fraturas, cortes, ferimentos. Esses tipos de cargas possuem uma materialidade externa, que ao interatuar com o corpo adquire uma materialidade interna. As cargas fisiológicas e psíquicas são diferentes por não possuir uma materialidade externa, são processos corporais transformados. Um exemplo de carga fisiológica é o esforço físico pesado ou uma posição incômoda, assim como a alternâncias de turnos que provoca uma ruptura dos ritmos fisiológicos. A carga psíquica diz respeito a fatores estressantes, que podem ser agrupadas em dois grandes grupos:

Sobrecarga psíquica, que é provocada por “situações de tensão prolongada – a atenção permanente, a supervisão com pressão, estrita ou despótica, a consciência da periculosidade do trabalho, os altos ritmos de trabalho” são exemplos de sobrecarga psíquica.

Subcarga psíquica, que se refere à “impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica e são a hipotrofia do pensamento e da criatividade” – são exemplos: a perda do controle sobre o trabalho, a desqualificação do trabalho, resultante da separação entre concepção e execução, a parcelização que leva a monotonia, a repetitividade, a falta de autonomia etc. (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 112).

Quadro 8 – Percentual de respostas positivas referentes ao ambiente e condições de trabalho

Há banheiros e/ou suficientes adequados?	Há espaços de convivência para pausas, lanches?	O espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza?	Mobiliário adequado?	Equipamentos e ferramentas adequados?
54,1%	61,2%	69,4%	57,1%	80,6%

Fonte: A autora, 2016.

Verifica-se, de uma maneira global, que mais da metade dos servidores possui um bom ambiente físico de trabalho. As maiores queixas foram quanto à inadequação do mobiliário, em especial quanto às cadeiras apontadas como antigas, sem regulação e inadequadas para o espaço laboratorial. Sobre o espaço físico, citaram que alguns setores não comportam a equipe que cresceu, mas a infraestrutura do setor não acompanhou. Também, falaram sobre equipamentos obsoletos em laboratórios, a necessidade de haver rodízio para o uso de computador em alguns setores e a falta de insumos que atrasam o planejamento do trabalho e depois geram sobrecarga.

4.6.3 Fatores organizacionais

O próximo quadro apresenta os resultados sobre os questionamentos aos servidores sobre fatores da organização do trabalho.

Quadro 9 – Percentual de respostas positivas referentes aos fatores organizacionais do ambiente de trabalho segundo RJUs

Você realiza tarefas incompatíveis com o seu cargo/função?	Tem autonomia para modificar seu processo de trabalho?	Seu trabalho é monótono/repetitivo?	Executa tarefas complexas sem ter sido capacitado?	Tem oportunidade de fazer cursos de capacitação/atualização?
13,3%	89,8%	14,3%	15,3%	59,2%
Existem pessoas suficientes para realizar as atividades no seu setor?	Sente-se sobrecarregado?	Há uma divisão equilibrada do trabalho entre as pessoas do seu setor?	Existe clareza na definição das suas atribuições?	Você costuma ficar além do horário de trabalho?
72,4%	19,4%	78,6%	85,7%	32,7%

Fonte: A autora, 2016.

Os servidores que colocaram realizar tarefas incompatíveis disseram tratar de atividades administrativas, em especial aqueles que atuam em laboratório. Alguns voltaram a trazer o tema da limpeza da área da limpa como sendo incompatível. Em relação à autonomia, quem não possui pontuou que ela é relativa devido à quantidade de POPs, que têm de ser seguidos para a execução de diversas tarefas.

Aqueles que colocaram não terem sido capacitados para a execução das tarefas pontuaram que em alguns casos somente um trabalhador é elencado como multiplicador, então o treinamento ocorre na prática cotidiana. No ambiente administrativo, foi dito que em linhas gerais explicaram como a área funcionava, porém não apontaram como algumas tarefas específicas deveriam ser feitas, gerando retrabalho e constrangimentos. E, sobre oportunidade de capacitação, informam que o grande problema é quando solicitam algo externo, pois a burocracia do serviço público dificulta a liberação de apoio financeiro e também institucional que não proporciona oportunidades iguais para as U.Os, os servidores de setores administrativos sentem-se preteridos, por não ser este o perfil da unidade.

Sobre os outros questionamentos que tratam da divisão do trabalho e sobrecarga que podem ser fonte de desgaste, observa-se uma predisposição para um ambiente saudável. Os que apontaram desequilíbrio na divisão justificaram como sendo uma característica pessoal de algumas pessoas que acabam absorvendo mais atividades ou por serem mais qualificadas e são dadas mais tarefas.

4.6.4 Relações de trabalho

Esse item (Quadro 10) traz os resultados sobre as questões inter-relacionais seja com pares ou superiores.

Quadro 10 – Percentual de respostas positivas referente as relações de trabalho segundo RJUs

Você tem apoio dos seus colegas de trabalhos para realizar suas atividades?	Existe bom relacionamento interpessoal no seu setor?	Sente-se livre para contribuir com críticas e sugestões à chefia?	Sua equipe de trabalho tem um bom relacionamento com a chefia?	Já passou por algum tipo de constrangimento provindo da chefia ou de alguém da equipe?
96,9%	93,9%	85,7%	90,8%	30,6%

Fonte: A autora, 2016.

Verifica-se que existe uma boa interação relacional na unidade do ponto de vista dos RJUs.

Porém, trata-se da percepção de um grupo de trabalhadores cujo percentual total corresponde somente a 20% do quantitativo da força de trabalho da Unidade. Se no futuro a unidade vier a trabalhar com essa avaliação para ambos os vínculos, devemos considerar para análise as ponderações que Sennett (2002; 2006) sobre a cultura organizacional no capitalismo moderno, em que “[...] surge a ficção de que os trabalhadores e chefes não são antagonistas. [...] Ele ou ela é ‘líder’, a palavra mais esperta no moderno léxico administrativo; o líder está do nosso lado, em vez de ser nosso governante”. (SENNETT, 2002, p. 132). Outro item que não deve ser tratado superficialmente é o trabalho em equipe.

Esse trabalho de equipe é uma espécie de ‘teatro profundo’, porque obriga os indivíduos a manipular suas aparências e comportamentos com os outros. [...]. São as máscaras de cooperação do ator. [...] E dentro da equipe, as ficções que negam a luta individual pelo poder ou o conflito mútuo servem para fortalecer a posição dos que estão em cima. [...] A pressão dos outros colegas sobre sua própria equipe de trabalho toma o lugar dos chefes [...]; a ficção de empregados cooperativos serve à implacável campanha da empresa por uma produtividade cada vez maior. (SENNETT, 2002, p. 134).

No “moderno” ambiente de trabalho, onde todos estão no mesmo time/equipe, “[...] o poder está presente nas cenas superficiais de trabalho de equipe, mas a autoridade está ausente [...]”. (SENNETT, 2002, p. 136-137). Assim, “[...] poder sem autoridade permite aos líderes de uma equipe dominar os empregados negando legitimidade às suas necessidades e desejos”. (SENNETT, 2002, p. 136-137).

Logo, um ambiente inter-relacional mais harmônico minimizaria as situações de conflito. Alguns autores tratam a categoria conflito como um evento positivo que faz com que as questões avancem, mas, quando os pontos divergentes não são reconsiderados e solucionados, os conflitos podem tomar um aspecto negativo gerando problemas relacionais e contribuindo para situações de assédio moral (HIRIGOYEN, 2002). E, nesse contexto, estaria a concepção defendida por Freire (1998) de “carga social do trabalho”:

Ela é gerada e alimentada através das expressões das relações sociais manifestadas na organização e processo de trabalho, aí reproduzindo, de modo concentrado e mais evidente, a desigualdade, o autoritarismo, a privação de poder de mudar as condições de agressão física e psíquica à saúde e a coerção sob todas as formas, decorrentes da posição sócio-política do trabalhador na divisão do trabalho. [...]. Considero que essa falta de poder para mudar a situação caracteriza uma das expressões da *carga social*. (FREIRE, 1998, p. 171, grifo do autor).

Assim, daqueles que pontuaram ter passado por algum constrangimento 53,3% disseram que foi por parte da chefia; 30% pela equipe e 16,7% por ambos. E algumas das situações citadas foram:

Suas tomadas de decisão eram com a elevação de voz, sempre que não eram aceitas. Além de intervenções bruscas em reuniões, decidia uma coisa, depois mudava de ideia e impunha sua vontade. (DIR.)

Acontecia por e-mails, telefonemas, e chamando atenção de forma grosseira na presença de toda a equipe. (VQUAL)

Se dirigia de forma ríspida e expunha questões pessoais. (VGEST)

O chefe era nervoso, causava constrangimento e já me chamou de preguiçosa. (VDTEC)

Por ambos (chefia e membros da equipe), discriminação, desclassificação, desrespeito ao seu trabalho, como profissional, preconceito racial e com sua idade. (VPROD)

Quando foi lotado na seção, sentiu-se excluído por um longo tempo da equipe, talvez por ser o único RJU e havia o medo de corte com sua chegada. (VPROD).

Também, há o questionamento se esses constrangimentos ainda estavam acontecendo à época da entrevista (o ano de 2013), sendo que cinco servidores disseram que sim. Essas situações foram encaminhadas ao departamento de recursos humanos para avaliação e acompanhamento.

Dentre esses casos, um passou a ser acompanhado pela equipe de saúde, que o configurou como sendo de assédio moral – onde, após processo interno a gestão, perdeu sua função. Mas a servidora optou por pedir remoção e não abrir processo disciplinar contra a gestão.

Freire (1998) coloca que se as questões vinculadas à “carga social” não são solucionadas atingem o que autora vai denominar de “potencialidade social do trabalhador”:

[...] cuja impossibilidade de efetivar-se resulta não somente no desgaste biopsíquico, mas social ou na atrofia deste potencial, aproximando-se da construção do processo de alienação social no espaço de trabalho. Este tipo de desgaste é caracterizado principalmente pela atrofia da capacidade de reagir e buscar a mudança das condições de agressão pelo trabalhador, fragilizando-o individual e coletivamente e, ao mesmo tempo, alimentando o fatalismo, a descrença e a desmotivação para o trabalho. (FREIRE, 1998, p. 172).

4.6.5 Satisfação e reconhecimento no trabalho

A satisfação no trabalho pode ser, segundo revisão realizada por Marqueze e Moreno (2009, p. 12), “[...] fonte de saúde, bem como a insatisfação pode gerar prejuízos à saúde física, mental e social, acarretando problemas à organização e ao ambiente de trabalho”, pois o processo de satisfação no trabalho será resultante da complexa e dinâmica equação: “[...] interação das condições gerais de vida, das relações de trabalho, do processo de trabalho e do controle que os próprios trabalhadores possuem sobre suas condições de vida e trabalho”. (MARQUEZE; MORENO, 2009, p. 12).

Em relação ao reconhecimento, Dejours (2007) aponta que a falta de reconhecimento é prejudicial à saúde do trabalhador e fonte de sofrimento psíquico, pois, segundo o autor, o sentido do trabalho se manifesta no campo do reconhecimento, que deve expressar o retorno do investimento feito pelo sujeito no trabalho. Porém, se esse investimento passa despercebido, ou mesmo é negado pelos outros, o sofrimento gerado pode ser uma ameaça para sua saúde mental.

A clínica da atividade³³ vai apresentar a contribuição tratando sobre o autorreconhecimento que podemos associar à satisfação. Assim, “[...] o autorreconhecimento do indivíduo naquilo que ele faz traz-lhe segurança quanto à utilidade e qualidade do objeto ou do serviço produzidos, a despeito de avaliações possivelmente negativas e mesmo da indiferença de pares e superiores” (BENDASSOLLI, 2012, p. 38).

Sobre esses itens na entrevista dos EPS, obtivemos os seguintes resultados (Quadro 11):

Quadro 11 – Percentual de respostas positivas referentes à satisfação e reconhecimento no trabalho

Numa escala de 0 a 10 qual o grau de satisfação com o seu trabalho?	Seu trabalho é reconhecido pela chefia?	Seu trabalho é reconhecido pelos colegas?
62,2%	81,6%	89,8%

Fonte: A autora, 2016.

Em relação à satisfação, o resultado diz respeito às notas iguais ou superiores a oito e a maioria justificou que tinha satisfação com seu trabalho, mesmo com os problemas da unidade

³³ Clínica da Atividade é a denominação escolhida por Yves Clot para o método desenvolvido por ele e sua equipe no Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM). Ele apresenta elementos para compreendermos o lugar da subjetividade na análise do trabalho, propondo alguns conceitos importantes, dentre eles: o real da atividade, o gênero de atividade e o estilo da ação. (LIMA; FACAS, 2007, p. 99).

ou devido à relevância do trabalho que realiza. Em contraponto, 35,7% deram notas entre sete e cinco e 3,1% abaixo de quatro. E os principais motivos de insatisfação foram:

Devido à falta de reconhecimento do trabalho e esforço feito para a unidade, não há um reconhecimento. (VDTEC).

Não pode executar as atividades que gostaria devido à sobrecarga e também se sente desestimulada de fazer por conta da falta de reconhecimento pelo que faz. (VDTEC).

Devido à insatisfação com a filosofia de trabalho da seção, divisão de atividade, desvalorização etc. (VPROD).

Muito tempo fazendo a mesma coisa, no mesmo departamento. Mesmo tendo mudado algumas vezes de seção, as atividades de técnico são as mesmas, tornaram-se maçantes. Gostaria de renovar suas atividades. (VPROD).

Tem muito mais potencial, mas é subutilizada. (DIR.).

Não se identifica com as tarefas do setor, fica constrangido de se capacitar mais porque é um ambiente onde as pessoas não procuram se desenvolver e não vê oportunidade de crescimento. (VQUAL).

Apesar do crescimento de ter assumido a gestão da sessão, não se sente reconhecida, não há um retorno da superiora sobre seu trabalho, somente para cobrar. (VQUAL).

Não há devida valorização do trabalho realizado e falta de estrutura para fazê-lo. (VGEST).

As demandas são desenvolvidas tecnicamente, mas não são implantadas. Não há planejamento, há um desperdício do trabalho. Tudo isso vai contribuindo para sua frustração. (VGEST).

Quando ponderamos que, mesmo tratando-se de uma Unidade pública, que busca seguir a “cartilha da moderna administração” com indicadores de eficácia, eficiência, metas anuais, avaliação de desempenho³⁴ (para os RJUs), entre outros; observamos nas respostas dos servidores “insatisfeitos” que esses itens não foram citados, a insatisfação está vinculada à falta de reconhecimento por parte da Unidade ou em questões de infraestrutura e organização.

Segundo Dejours, o trabalhador:

[...] antes mesmo de qualquer retribuição *strictu sensu*, espera, às vezes, apenas que suas iniciativas não sejam frustradas, em outros termos, que não seja considerado apenas um simples executante condenado à obediência e à passividade. Na ausência deste reconhecimento, sua tendência é desmobilizar-se. (2011, p. 84-85).

³⁴ O modelo de avaliação de desempenho é único para os servidores de toda a Instituição; o que varia é são as construções das metas, em que as unidades devem elaborar as suas metas internas vinculadas à da Instituição e a mesma lógica devem seguir os RJUs nas diferentes unidades.

4.6.6 Acidente de trabalho

Nesse item, além de identificar o tipo de acidente sofrido, verifica-se se o servidor tomou conhecimento da notificação do acidente (que possibilita à Engenharia de Segurança investigar o acidente) e se realizou perícia para que haja o reconhecimento oficial do acidente (Quadro 12).

Quadro 12 – Percentual de respostas positivas sobre acidente de trabalho e desdobramentos

Sofreu algum acidente e/ou incidente de trabalho?	Em caso afirmativo, foi realizada a notificação?	Em caso afirmativo, realizou perícia?
17,3%	82,4%	41,2%

Fonte: A autora, 2016.

Dentre os servidores que sofreram acidentes, observaram-se 64,7% de acidentes típicos; 29,4% de trajeto; e 5,9% de doença ocupacional (tendinite). A área com mais acidentes típicos foi a produção, com 23,5%, seguida da qualidade com 17,6% e do desenvolvimento com 11,8%. A servidora com doença ocupacional não obteve o reconhecimento, uma vez que não deu continuidade abrindo o processo específico para esse fim – pois, diferente do INSS, o reconhecimento da doença ocupacional no serviço público é mais burocrático; não basta a emissão da comunicação e avaliação de perícia singular.

Em relação aos acidentes típicos e de trajeto que demandam a chamada perícia singular ou simples, quem não as realizou também não obteve o reconhecimento oficial do acidente para fins funcionais. Mesmo com a emissão da comunicação do acidente em serviço e mesmo que não haja afastamento, o comparecimento à perícia é obrigatório.

4.6.7 Participação em espaços de representação

A participação é uma categoria fomentada no campo da Saúde do Trabalhador, a fim estimular a atuação em espaços coletivos de representação que possam colaborar para a melhoria das condições de trabalho, dos direitos sociais e das condições gerais de vida, uma vez que, segundo Souza, Bonfatti e Santos (2015, p. 268), “[...] os processos participativos são compreendidos como a base da democracia nas organizações e instituições públicas – e ainda contribuem favoravelmente para a ampliação da democracia política existente na sociedade civil”.

Observamos a baixa participação dos servidores em espaços como sindicatos, conselhos e outros movimentos sociais, pois, do total (98) de servidores entrevistados, 71 informaram que não participam deste tipo de espaço e somente 27 estão ligados a algum tipo de representação. Desse universo, 77,8% participam de atividades sindicais, em especial das assembleias ou na ocasião das greves, 11,1% participam de Conselhos Profissionais em comitê de ética e fiscalização e 11,1% de outros (ONG e associação de moradores).

Quando questionados sobre a não participação dos sindicalizados, as maiores justificativas foram a falta de tempo e o fato de pagar o sindicato já contemplava a participação. Já os poucos servidores (5) não sindicalizados pontuam desacreditar na representação.

Antunes (2001) coloca que o grande desafio para um organismo sindical na atualidade é resgatar o sentido de pertencimento de classe de uma categoria que, em alguns setores, se pulverizou muito e em outras se individualizou.

4.6.8 Problemas no contexto familiar

A saúde não pode ser apreendida na sua totalidade se não consideramos as condições gerais de existência do trabalhador e como elas estão relacionadas à sua inserção na sociedade. Assim, dentro dessa gama de determinantes e condicionantes, em especial, para análise de questões mais subjetivas, devemos considerar aspectos que envolvem o contexto familiar do trabalhador, visto que tais questões podem repercutir em sua vida funcional e vice-versa.

Nesse sentido, são abordadas questões sobre a constituição do grupo familiar e eventuais problemas que possam ter. Optamos, conforme Quadro 13, por apresentar as questões que podem impactar no trabalho:

Quadro 13 – Percentual de respostas positivas sobre contexto familiar segundo RJUs

Possui familiares que demandam cuidado?	Tais questões geram interferência no seu trabalho?	O trabalho interfere no relacionamento familiar?
37,8%	10,2%	24,5%

Fonte: A autora, 2016.

Dentre os familiares que precisam de cuidados, 59,5% são os pais e para 16,2% os avós; em decorrência de dificuldade de locomoção devido à idade avançada ou por estarem em tratamento de saúde (neoplasias, derrame, Alzheimer, cardiopatias, depressão etc.).

Diferente dos trabalhadores celetistas³⁵, a legislação permite que os servidores solicitem licença por até 60 dias/ano³⁶ para acompanhar seus familiares diretos (Art.83 da Lei 8.112/90). Tal direito deve contribuir para que, dentro do grupo que colocou que possuem familiares que demandam cuidados, somente 10,2%, indicarem que há interferência no trabalho porque geram preocupação e não, por exemplo, porque geram conflitos no setor com as eventuais ausências.

Sobre a interferência do trabalho no contexto familiar, o item mais citado foi a falta de tempo para família, seguido: do cansaço; da falta de paciência e irritabilidade; da reclamação dos filhos quanto às ausências; de não conseguir desligar-se do trabalho; de levar trabalho para casa; e ficar disponível fora do horário comercial e finais de semana.

Alguns autores, como Antunes (2009), Braga (2009), Pochamm (2009) e Sennett (1999), destacam que a incorporação de novas tecnologias e, em especial, grande avanço na área da informática têm propiciado a interferência do trabalho cada vez mais na esfera privada (familiar) do trabalhador. Assim, se cada vez mais lhe é sugerido que utilize o seu “tempo livre” para capacitar-se e – através do computador, *tablet* ou da telefonia móvel – ele também pode ficar “acessível” para a empresa fora de seu horário contratual.

Durante uma das entrevistas, uma servidora casada com um também servidor da unidade colocou que eles só não falavam do trabalho no sono e, sendo ambos da área administrativa, ela não observava nenhum problema em “respirar a unidade *full time*”; as férias eram fragmentadas para não prejudicar a unidade e, mesmo “ausentes”, ambos sempre estavam acessíveis. E essa disponibilidade em levar trabalho para casa sempre que necessário e ser acessada era usada pela gestão como exemplo para sua equipe. Ela só percebeu que o trabalho poderia funcionar e continuar sem ela quando descobriu uma neoplasia e afastou-se para tratamento. Relatou que os primeiros meses foram difíceis, pois se sentia culpada por “abandonar e sobrecarregar” sua equipe. Porém, quando retornou (quase dois anos depois), viu que tudo tinha “caminhado” perfeitamente sem ela e, então, reavaliou como equilibrar a esfera laboral e familiar, porém seu marido ainda não tinha chegado a esse nível de reflexão e isso estava começando a prejudicar o relacionamento.

Outro relato pontuava o constrangimento em uma reunião de equipe, por parte de uma gestora, que questionou a trabalhadora sobre a não entrega de uma demanda e, quando ela se

³⁵ Desde o segundo semestre de 2012, quando a força de trabalho ficou vinculada a uma única empresa prestadora, a unidade passou a cumprir o Acordo Coletivo no que diz respeito ao acompanhamento de familiares por parte dos celetistas, onde as faltas serão abonadas para a acompanhar cônjuges e filhos (até 14 anos) em 4 consultas/ano; 2 dias internação hospitalar; e 1 dias de pós-alta. Os que ultrapassarem esses períodos serão descontados do banco de horas do funcionário.

³⁶ E, por 90 dias, sem remuneração.

justificou dizendo que, devido à realização de outras tarefas, ainda não a havia concluído, a chefia lhe perguntou por que não havia levado a demanda para fazer no final de semana, pois ela fazia isso e, inclusive, havia ficado até a madrugada daquele dia, preparando uma apresentação que faria em outra reunião. Ao responder que tinha outros compromissos no final de semana, a chefia o olhou de forma depreciativa. A trabalhadora disse que não iria mudar sua postura, pois tem filhos pequenos, mas reconhece que ficou um desconforto em relação à chefia e alguns membros da equipe.

Esses dois relatos mais detalhados foram utilizados para exemplificar como essa cultura da disponibilidade vai sendo disseminada pela cultura organizacional e pode ser naturalizada por alguns trabalhadores, como, por exemplo, em outro item, quando perguntamos sobre se o servidor fazia hora extra. Os que colocaram estar acessíveis não verbalizaram em um primeiro momento que estar acessível seria hora extra.

Por fim, é válido refletir sobre a ponderação de Antunes (2003) sobre um trabalho cheio de sentido e pela vida autêntica fora do trabalho, por um tempo disponível para o trabalho e por um tempo livre e autônomo fora do trabalho. Para isso, será necessário lutar de forma articulada:

[...] contra o sistema de metabolismo social do capital que converte o ‘tempo livre’ em tempo de consumo para o capital, onde o indivíduo é impelido a ‘capacitar-se para melhor “competir” no mercado de trabalho, ou ainda a exaurir-se num consumo coisificado e fetichizado, inteiramente desprovido de sentido. (ANTUNES, 2003, p. 178).

Para complementar essa primeira etapa de resultados da pesquisa, apresentaremos, no próximo item, as entrevistas realizadas com os trabalhadores e os profissionais do setor sobre a intervenção.

4.7 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A avaliação será apresentada dois subitens. O primeiro com o resultado das entrevistas com os trabalhadores que passaram por ambos os vínculos na unidade e o segundo com a percepção dos trabalhadores do setor de saúde responsáveis pelos EPS.

4.7.1 Os EPS sob o ponto de vista dos trabalhadores que passaram por ambos os vínculos

Conforme pontuado no início deste capítulo, nossa amostra foi composta pelos trabalhadores da unidade que foram terceirizados e passaram no concurso público, tornando-se servidores e, em contraponto, os servidores que se aposentaram e ainda permanecem contratados com celetistas.

Devido à nossa inserção no serviço, já tínhamos prévio conhecimento dos RJUs que haviam retornado à unidade como CLT, um total de quatro trabalhadores. Em relação ao contrário, foi necessário consultar os dados do Departamento de Recursos Humanos e, posteriormente, verificar nas planilhas de controle dos EPS, no período de 2009-2012, quem participou de todas as avaliações, mesmo em prestadoras diferentes e, assim, chegamos a um total de 13 RJUs. Também, conseguimos localizar 5 celetistas que haviam sido bolsistas, por dois anos, todavia somente dois realizaram consecutivamente o EPS em ambos os vínculos.

Houve três entrevistas com os atuais celetistas, todas do sexo feminino, sendo uma da área de desenvolvimento, uma da gestão e uma da produção; com uma média de 22,3 anos de serviço. Já os servidores entrevistados foram 5, dois do sexo masculino e três do sexo feminino, com uma média de 13,5 anos de tempo de serviço total na Unidade e, em relação à lotação, um é da VDTEC, uma da VGEST, um da VPROD e duas da VQUAL.

Tanto a PNST quanto a NOSS colocam como diretriz a equidade. Nesse sentido, questionamos os trabalhadores sobre quais diferenças identificam entre as avaliações para celetistas e servidores.

Em todas as respostas, foi colocado que a avaliação do RJU é mais ampliada que a do CLT, seja pelo tempo despedido em todo processo (preenchimento da ficha, avaliação clínica e entrevista com Psicologia ou Serviço Social), seja pela qualidade da consulta médica, seja pela quantidade de exames solicitados.

A atenção durante o exame. O RJU e o bolsista são submetidos a uma anamnese clínica mais aprofundada, sem a sensação de ser mais um na produtividade do exame clínico do periódico feito pela empresa terceirizada. (C3).

O RJU tem uma avaliação mais completa com orientações, solicitação para repetir exame e encaminhamento para especialista. Para o CLT, é uma passagem rápida pelo exame... sem comentários... mesmo com colesterol alto, o médico nada falou, nada orientou. Não houve nenhuma avaliação do médico em meu periódico, ele simplesmente mediu minha pressão, olhou os exames, inclusive comentei que estava com colesterol alto e ele disse que era a idade.

Após o exame, consultei uma endocrinologista que me passou remédio que tomo até hoje. (C1).

O vínculo RJU há solicitação de mais exames como prova pulmonar, audiometria e raios x de tórax, que ao me ver sugestionam uma maior avaliação da saúde do trabalhador, quando eu era CLT não tinha nada disso, só hemograma e áudio... e olha que nem mudei de departamento, nem de função. (R2).

O periódico do RJU é mais aprofundado. A médica te examina melhor, fico sempre mais de meia-hora na consulta, olha exame, te pergunta um monte de coisa, te examina, faz encaminhamento, puxa sua orelha porque você não foi no encaminhamento do não anterior [risos]. Na época de terceirizado era rapidinho, e olha que o da XX [prestadora atual] é menos pior que o da YY [prestadora anterior], pra você ter uma noção da qualidade. O do servidor tem também a outra entrevista com vocês, enfim, é bem mais detalhado. (R3).

Em relação à influência dos EPS para a mudança de estilo de vida, somente uma pessoa disse não ter tido nenhuma interferência nesse sentido. Uma celetista pontuou que ocorreu quando ela era RJU, *“atualmente se houver a sorte de pegar um médico mais atencioso, ele ainda fala um pouco com você; porém na maioria das vezes é tudo muito rápido”* (C1). E um atual servidor colocou que, desde que mudou de vínculo, todas as vezes em que há alguma alteração em seus exames recebe orientações e encaminhamento,

Não tenho do que me queixar, as médicas sempre conversam comigo, explicam do que suspeitam e sugerem os encaminhamentos que acham importante... são muito atenciosas nesse sentido. Eu é que, às vezes relaxo, [risos] e não sigo 100% o que elas ou os médicos externos que passaram a me acompanhar sugerem... (R3).

Um dos objetivos dos EPS é a identificação precoce de agravos que possam ter relação com a ocupação do trabalhador. Ao questionarmos se houve durante os EPS alguma suspeita de adoecimento que pudesse ter relação com o trabalho e qual foi o desdobramento, somente uma celetista disse que, na época de RJU, foi encaminhada para avaliação, mas não houve configuração denexo. Os outros participantes responderam que nunca foi levantada essa possibilidade.

Outro resultado esperado dos EPS seria que os dados epidemiológicos ou os relatórios pudessem servir de subsídios para, dentre outros, proporcionar melhorias nos ambientes e processos de trabalho. Questionamos, assim, se os trabalhadores tomaram conhecimento de alteração nesses espaços fruto dos EPS, sete pessoas falaram que não. A única que respondeu sim, disse que não foi em seu departamento, mas tomou conhecimento por parte de outro gestor que haveria uma mudança em uma de suas áreas por recomendação do setor da saúde.

E, por fim, solicitamos que os trabalhadores, tendo passado por ambas as experiências, sugerissem pontos de melhoria para os EPS e obtivemos as seguintes sugestões:

Os terceirizados deveriam realizar mais exames que avaliem a saúde. Aí, de posse dos resultados, avaliar a possibilidade de ir nas áreas com a segurança do trabalho e saúde ocupacional, para reavaliar os riscos e efetuar mudanças que beneficiem o trabalhador independente do vínculo. (R1).

Melhorar a avaliação para o terceirizado. (C1).

Acredito que para o trabalhador terceirizado possa ser solicitado mais exames conferindo desta forma uma avaliação mais completa. (R2).

Bem... acho que poderia ser igual ao do RJU, pro dois não?... já que é uma avaliação de saúde e a empresa investe na realização dos exames... e é aquilo, né? No do terceirizado, o médico passa o olho de modo tão superficial. Então que tudo fosse igual, já que trabalhamos juntos, nos mesmos laboratórios, fazendo as mesmas coisas, seria justo se também para saúde tudo fosse o mesmo. (C2).

Acho que poderia ser menos perguntas ou ser mais condensado do formulário que preenchemos antes. De resto, tudo deveria ser igual pros dois, sendo que a mesma avaliação do RJU, não do CLT. (R3).

Poderia ser igual pro dois, já que todos os colaboradores fazem as mesmas coisas, então seria justo que os periódicos também fossem iguais, em todas as etapas. (R4).

Consulta médica, formulários e retorno dos resultados tudo ser igual ao do RJU. (C3).

Podia ser igual para os dois. O CLT é muito superficial. (R5).

4.7.2 Os EPS sob o ponto de vista da equipe do serviço de saúde

A equipe do serviço de saúde que atua nos EPS é composta por 8 técnicos (2 servidoras e 5 celetistas): 2 médicas do trabalho (uma de cada vínculo), 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 2 assistentes sociais (uma de cada vínculo) e 1 psicólogo. Participaram da entrevista 5 profissionais (uma RJU), estando cada categoria representada.

O primeiro questionamento similar ao feito para os trabalhadores tratou da equidade perguntando sobre quais diferenças observadas entre os exames periódicos para RJU e CLT.

Todos os técnicos responderam e todas as respostas apontaram que a avaliação do RJU é mais completa ou é melhor. Mas cabe destacar as seguintes diferenças citadas:

A atenção dispndida no exame clínico, onde na anamnese clínica do CLT não são realizados, além dos questionamentos sobre a atividade realizada e as condições de trabalho. (T2).

Os exames periódicos do servidor, apesar de serem mais completos e mais aprofundados em relação à saúde e condições de trabalho do que os terceirizados, ambos necessitam de uma reavaliação, pois só são realizados para cumprir legislações e metas institucionais e não como dados epidemiológicos para mudanças no processo de trabalho como é previsto no decreto que regulamenta o exame periódico de saúde do serviço público, e, como a unidade é corresponsável pelos terceirizados, acredito que ambos deveriam seguir a mesma forma de ser realizado. (T3).

Considerando que as questões de Prevenção e Promoção são inerentes tanto aos objetivos do PCMSO quanto às ações de Saúde do Trabalhador, questionou-se sobre: quais programas ou atividades com esse viés foram criados ou são executados a partir dados dos EPS? Houve três respostas sobre a execução e uma para a criação:

Propõem-se pontualmente mudanças para melhorias de processos de trabalho, porém não lembro de sugestões dadas pelo Setor, a partir do exame periódico que provocasse melhoria nas condições de trabalho. Quando ocorreram mudanças nos processos de trabalho, a demanda veio por adoecimento de alguns trabalhadores de um determinado setor e não do exame periódico. (T3).

Orientação dietética da nutrição e Corrida. (T1).

Talvez a participação da Nutrição para acompanhamento dos casos em que no EPS foram considerados alterados. (T2).

Houve uma atividade com grupos focais para os grupos de riscos de DCV; porém não houve continuidade. (T5).

Observando as respostas dadas, é interessante notar que não encontramos nos documentos pesquisados que o serviço de nutrição ou a corrida foram implantados baseados nos dados epidemiológicos dos EPS. E, como desdobramento dos EPS, novamente, o RJU será privilegiado para o encaminhamento ou orientação sobre essas atividades, pois o médico da prestadora não faz o referenciamento.

Outra questão é a falta de continuidade de algumas ações como os grupos para fatores de riscos de DCV, única atividade em que encontramos a justificativa direta de ser desdobramento de dados dos EPS. Caso a planilha de controle que servia de subsídio para a montagem dos grupos fosse continuamente alimentada com as informações sobre alterações de: glicemia, LDL colesterol, triglicerídeos, ácido úrico, hipertensão, tabagismo, IMC, sono, estresse, condicionamento físico e risco hepático, os trabalhadores de ambos os vínculos poderiam ter feito parte da experiência enquanto durou – visto que as informações começaram

a ser colhidas através dos exames complementares e de um formulário com as outras questões, porém novamente não houve continuidade e acabou ficando restrito aos servidores e ao ano de 2011.

Em outro questionamento, pediu-se para citar alguma ação identificada de melhoria nas condições, ambientes ou processos de trabalho, em algum setor da unidade, que tenha sido motivada pelos resultados dos EPS. Somente um entrevistado conseguiu apontar uma ação.

Sim, mudança em dois setores da produção, conforme sugestão dos trabalhadores, mas não foi de imediato. Em um setor, os EPS foram associados à avaliação ergonômica e foi adotada uma escala de plantão para dividir o trabalho com os diaristas. Em outro setor, foi solicitado o acesso a algumas atividades do PQV para os trabalhadores noturnos e mudança na interface gerencial. No ambiente, é mais complexo, mesmo com indicação. (T2).

Quando somente um dos técnicos consegue fazer um apontamento, verificam-se os poucos desdobramentos vinculados aos EPS e, mesmo sendo poucos, a falta de divulgação entre os técnicos ou o impacto destes junto a esses profissionais para provocar a lembrança. Ressalta-se que ações pontuadas são respectivamente do ano de 2012 e 2011, conforme pesquisa documental.

E, por fim, também se solicitaram sugestões de melhoria para ambas as avaliações (CLT/RJU). Todos responderam ao item e além da igualdade em relação à avaliação, outras questões foram sugeridas:

Igualar os periódicos dos RJU e CLT para avaliação global de todo o grupo de trabalho da unidade. (T1). Fazer ações com os dados. (T5).

Além de melhorar a forma de realizar a anamnese, no que se refere a um mapeamento de informações, a fim de detectar processos de adoecimentos, considero que visitar os ambientes de trabalho deve fazer parte do cronograma dos EPS a fim de identificar os processos de trabalho e ouvir de uma forma coletiva as questões que podem impactar a saúde, ampliando o escopo de possibilidades de intervenção. (T2).

Deveria ocorrer uma aproximação com a equipe de saúde do serviço com a equipe da empresa terceirizada e ambas começarem a usar os dados do exame periódico para observar as queixas dos trabalhadores em relação aos seus processos de trabalho e promoverem ações, porém, para isso, precisará do apoio da direção e todos que possam oferecer melhorias, ao contrário, só servirá para cumprir metas e legislações, não atingindo um impacto positivo na saúde dos trabalhadores. (T3).

Creio que poderiam ser mais equânimes. Por exemplo, o contrato com a prestadora poderia exigir o fornecimento do relatório com as informações colhidas nos EPS ou que os avaliadores preenchessem toda ficha ocupacional igual ao RJU. E que houvesse a apresentação dos resultados na SIPAT. (T4).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou apresentar a experiência da unidade de produção com EPS onde, mesmo com o objetivo primaz de cumprir o previsto na regulação para atender, principalmente, às auditorias, foi possível, desde o início da atividade, identificar elementos que fazem parte do campo da Saúde do Trabalhador. Contudo, esses elementos não se apresentam de forma estruturada e, durante a prática cotidiana, observou-se a oscilação desta influência, seja através do planejamento e execução da atividade, seja nas diversas alterações nos instrumentos para a realização delas.

Portanto, ainda falta ao serviço repensar todas as etapas da atividade, a fim de estruturá-la de forma melhor planejada. Por exemplo, o POP do PCMSO em vigor apresenta um fluxo para o EPS, mas não detalha: a participação setorial ou multiprofissional nas avaliações ambientais, o modelo de ficha ocupacional (que, anualmente, vem sofrendo alterações, sem a discussão junto a toda equipe multiprofissional para sugestões) ou da restituição aos trabalhadores da unidade.

Ressaltando que nosso campo de estudo é uma unidade ainda federal e nos referimos a um serviço de saúde que iniciou suas atividades (agosto/2008) meses antes da instituição do SIASS (abril/2009), e também sob esse prisma não tem conseguido modular suas práticas seguindo algumas das orientações propostas para atenção à saúde do servidor e que poderiam servir de parâmetro para a atenção aos demais trabalhadores da unidade com outros vínculos.

Ao nos referimos à saúde do servidor, não estamos excluindo os trabalhadores terceirizados, inclusive a própria NOSS (em vigor desde 2010), ao tratar da “Universalidade”, reforça que “[...] contempla **a todos** que trabalham nas instituições públicas federais”. (BRASIL, 2010, p. 3, grifo nosso). O que se quer destacar é que, desde 2009, o serviço público possui uma legislação que normatiza uma série de ações para atenção à sua força de trabalho e, se boa parte do que está regulado for observada, poderemos ter práticas e atividades para os servidores que podem e devem ser estendidas aos terceirizados.

Se a implantação do SIASS na Instituição ainda é parcial – somente a Perícia Médica Oficial está estruturada –, executando suas atividades dentro do sistema, com portaria interna quanto ao funcionamento e atribuições, quanto às outras práticas (EPS, Promoção e Vigilância e CISP), a Coordenação Institucional só implantou os EPS e, assim, as unidades que possuem serviços de saúde também não seguem todas as prerrogativas do SIASS.

Em relação aos EPS houve a perspectiva que se manteria os encontros periódicos para a discussão de sua implantação e implementação pelos diferentes serviços de saúde das

unidades, junto com a coordenação, além de favorecer as trocas setoriais e interdisciplinares sobre a prática. Entretanto, esses poucos encontros específicos ficaram circunscritos ao ano de 2012. Atualmente, a interação sobre os EPS diz respeito ao envio de informações para a coordenação sobre quantos ASOs foram emitidos; não há um encontro anual para avaliar e discutir todo o escopo da atividade com os serviços de saúde, por exemplo.

Entendemos a justificativa institucional dada, quando sugere que faz parte de seu pressuposto democrático, que suas unidades possuam autonomia administrativa – tendo como parâmetro os planos quadrienais discutidos nos congressos internos (que se realizam anualmente, com representação da gestão e dos trabalhadores) – para construírem suas políticas e práticas internas. Contudo, acreditamos ser importante que alguns instrumentais de trabalho sigam uma padronização mínima para que a instituição possa ter informações sobre sua realidade.

Nesse sentido, se o anuário de saúde divulgado pela Instituição fosse tratar as informações dos EPS dos servidores, não teríamos um perfil uniforme das condições de saúde, pois não há uma normatização sobre quais as informações mínimas obrigatórias o formulário da ficha ocupacional deve conter. Já que, para os EPS, as unidades não utilizam o sistema do SIASS (em que o formulário virtual seria o mesmo usado por qualquer Órgão federal que já está funcionando dentro sistema), os dados são difusos. Diferente da ficha para o Exame Admissional, que é a mesma, independente do serviço de saúde em que o servidor o realiza.

Não estamos defendendo que tudo esteja exclusivamente engessado em um sistema, pois reconhecemos que a Instituição possui unidades com diferentes perfis (assistência, ensino, pesquisa e produção) e as que possuem atualmente serviços próprios de saúde (de produção de fármacos, hospitalar e a nossa – produção de imunobiológicos) possam desejar para atender às suas características acrescentarem ou criarem itens específicos para agregarem as práticas e instrumentos de avaliação.

O que se pondera é que haja uma diretriz mínima orientada pela Coordenação Institucional para que as unidades tenham como modelo (que não seja somente o ASO ou a ficha do Admissional) e, assim, dados epidemiológicos mais concisos poderão ser produzidos para auxiliar no planejamento de ações de vigilância, por vezes intersetoriais, se, por exemplo, em uma análise comparativa se observar determinada prevalência em diferentes unidades. E os serviços de saúde não ficariam na dependência exclusiva de profissionais com experiência na área da Saúde do Trabalhador para que algumas intervenções com este viés ocorram.

Quando nos focamos na análise da intervenção pelo nosso serviço nos EPS, verificamos como uma diretriz mais robusta da Coordenação institucional, pautada na NOSS, faz falta, pois

temos uma equipe de saúde que atua nos EPS onde os servidores são minoria (dois) e os colegas terceirizados (sete), devido à fragilidade do vínculo, acabam optando por uma intervenção mais pragmática, ou seja, se é postulado pela gestão do setor que a cobrança por parte da Coordenação é que seja enviada, mensalmente, somente a informação de quantos ASOs foram emitidos, então se abre a possibilidade para que o planejamento da intervenção que irá gerar esse resultado ocorra também, ou possa ocorrer pragmaticamente.

Além de questões referentes ao vínculo, os profissionais que integram a equipe possuem experiência e trajetórias laborais distintas. Somente três desses têm alguma aproximação conceitual com o campo da Saúde do Trabalhador, o que também contribui para que não exista uma pressão interna para que possa ser dada uma condução diferenciada ou menos pragmática para determinadas atividades, como os EPS.

Assim, se a preocupação da coordenação for referente ao quantitativo de ASOs emitidos para os servidores e não com a forma como são obtidos e seus desdobramentos; se a preocupação da unidade, independente dos vínculos, é de que os ASOs estejam em dia para atender às auditorias da OMS e ANVISA, visando à qualidade do produto; e se as representações dos trabalhadores (sindical independente do vínculo e a CIPA) também não se manifestam sobre as questões de saúde ou o fazem timidamente, dificilmente teremos mudanças efetivas na condução das intervenções para as relações saúde-trabalho.

Não se deve esquecer a cultura institucional, em relação à insalubridade, ou seja, mantém-se a visão da monetarização do risco, em detrimento da mobilização por melhorias efetivas nas condições de trabalho.

Já que estamos falando tanto de uma instituição e unidade ainda federal, poderíamos seguir algumas regulações existentes nessa esfera, em especial as diretrizes da NOSS (BRASIL, 2010), que, em relação à “Intra e intersectorialidade”, pontua que deve ser entendida como uma “[...] estratégia de articulação entre diferentes áreas, setores e poderes para atendimento às necessidades da saúde do servidor”. (BRASIL, 2010, p. 4), por isso trouxemos a ponderação sobre a coordenação e nossa limitada articulação.

Ao tratar dos EPS, mesmo com as distintas regulações, tanto a NR quanto o decreto do SIASS pontuam que os dados epidemiológicos gerados pelos EPS deverão subsidiar ações de prevenção; logo, se a Instituição pública tem a NOSS bem estabelecida, com as unidades se adequando a ela, poderíamos ter ações de vigilância buscando a melhoria “[...] das condições e da organização do processo de trabalho de modo a ampliar a autonomia e o protagonismo dos servidores”. (BRASIL, 2010). Ou seja, melhoria do ambiente de trabalho para todos que ali atuam independente do vínculo.

Mesmo sendo uma prática vinculada a SO, as etapas que envolvem os EPS na unidade podem aproximar-se do campo da Saúde do Trabalhador, como a NOSS em algumas de suas diretrizes. Se não há uma sugestão Institucional como determina a NOSS, para a constituição na unidade de uma equipe de específica de promoção e vigilância “*multiprofissional com abordagem transdisciplinar*”, a equipe de saúde envolvida com os EPS, tanto para a elaboração do PPRA quanto do PCMSO, poderia ter como rotina participar das avaliações dos ambientes, em conjunto com os profissionais da Engenharia de Segurança e fomentando a participação dos trabalhadores na discussão sobre suas condições de trabalho.

A participação da equipe nas avaliações ambientais subsidia não só EPS, mas auxilia em outras demandas do cotidiano. A NOSS também coloca que as avaliações dos ambientes e processo de trabalho devem ter a diretriz a pesquisa-intervenção como metodologia “[...] que contempla práticas que viabilizem **análises e decisões coletivas**, atribuindo à comunidade participante uma presença ativa no processo e **permitindo que o conhecimento seja construído a partir da integração do saber científico com o saber prático**”. (BRASIL, 2010, p. 4, grifo nosso).

Ao tratar do saber prático, a NOSS – seguindo a mesma linha do campo da Saúde do Trabalhador ao trazer elementos do MOI – apresenta a valorização do conhecimento do trabalhador sobre seu processo de trabalho, colocando em sua diretriz IV: “[...] assegurar o direito de participação dos servidores, em todas as etapas do processo de atenção à saúde, é estratégia de valorização do seu saber sobre o trabalho”. (BRASIL, 2010, p. 4).

Durante a etapa da avaliação de saúde, seja através da sugestão dos trabalhadores que passaram por ambos os vínculos, seja por parte da equipe do serviço de saúde, foi consenso que a avaliação seja a mesma para ambos os vínculos. Para isso, é importante que os instrumentos sejam os mesmos para todos os vínculos. Ajustar os instrumentos talvez possa ser a fase mais facilmente negociável, contudo é importante que nos contratos de prestação de serviço constem o uso dos mesmos instrumentais pelos profissionais que realizam a anamnese clínica para que o Setor de Saúde possa elaborar o estudo epidemiológico a partir dos dados coletados, mas não exime o envio do relatório anual detalhado sobre as avaliações realizadas.

Como foi possível verificar durante a pesquisa, é necessário que a equipe revise a ficha ocupacional, seja para utilizar alguns itens comuns com a ficha da Coordenação ou do SIASS, seja a fim de ajustar algumas questões conceituais (patologias divergentes no mesmo campo), de finalidade e validação, visando otimizar o instrumento para uso na avaliação dos servidores e pela empresa prestadora.

Havendo a mudança de modelo jurídico – e por não estar contemplado nem na legislação celetista, nem no SIASS –, consideramos ser importante a manutenção da entrevista “psicossocial”, em especial por ser o espaço que contempla mais informações sobre a organização e condições do trabalho. E, se a unidade ainda carece de espaços coletivos para que os trabalhadores exponham e reflitam sobre suas condições laborais, esse espaço é um dos momentos em que se possibilita a reflexão e pode se desdobrar em ações/intervenções futuras.

Em especial, os relatórios setoriais dessas entrevistas já auxiliaram a perícia médica da Instituição em deliberações sobre remoções e restrições funcionais, particularmente em questões de saúde mental. E informações sobre as questões relacionais também têm sido solicitadas com frequência pelos setores de ambiência dos Recursos Humanos (RH) para subsidiar algumas intervenções e programas.

Nesse sentido, enquanto a alteração do modelo jurídico não se efetua, seria válido que os trabalhadores celetistas também pudessem acessar a entrevista “psicossocial”, não de maneira pontual como ocorre atualmente – quando se realiza por demanda a avaliação setorial, mas como rotina do EPS. Se a organização para a realização dos EPS para os celetistas não permite por diversos fatores³⁷ que a entrevista se realize similar à dos servidores, poderíamos pensar no envio do formulário eletronicamente ou que fosse preenchido junto com a ficha ocupacional e, posteriormente, a equipe faria uma avaliação das informações e os convocaria para aprofundar as questões que chamaram atenção.

Outro ponto que merece atenção é a sistematização e inserção dos dados colhidos nos EPS e seria importante que houvesse um profissional específico para esse fim, auxiliando também na análise dos dados e emissão dos relatórios para a: discussão multiprofissional e intersetorial; devolutiva aos trabalhadores; e planejamento das ações e programas. Como destacaram Silva e Formigli (1994), tendo como referência Matus (1987), ao tratarem da avaliação e gestão dos serviços e ações em saúde, mas que podemos utilizar para avaliar a prática, também:

Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir

³⁷ Devido à grande diferença de quantitativo de trabalhadores, à falta de espaço físico para atendimento, de quantitativo da equipe (3 profissionais) e o tempo que a entrevista pode levar, torna-se inviável a realização da entrevista com a Psicologia ou Serviço Social, com o mesmo fluxo que os RJUs. Os servidores realizam os EPS durante todo o ano, conforme data de admissão, com horário marcado e, após passarem pela avaliação clínica, são encaminhados para a entrevista com o Serviço Social ou Psicologia. Os celetistas realizam os EPS no setor de saúde, trimestralmente, durante uma ou duas semanas, onde a programação é que se atenda de 6 a 8 trabalhadores/hora.

em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde. (SILVA; FORMIGLI, 1994, p. 87).

Este estudo nos possibilitou verificar o volume de informações que os EPS podem gerar, as possibilidades de cruzamento de dados entre os diversos itens da avaliação e o subaproveitamento desses resultados por não serem trabalhados. Isto é, o setor de saúde não vem conseguindo utilizar os dados epidemiológicos dos EPS para cumprir o que está posto no POP do PCMSO³⁸, referente aos EPS ou para os Programas, nem o que sugere a NOSS (BRASIL, 2010, p. 4), em sua diretriz IX “[...] o planejamento, a operacionalização e a avaliação das ações de promoção e vigilância à saúde serão subsidiados pelas informações epidemiológicas”.

Se o setor não consegue ter essas informações consolidadas para avaliar a intervenção ou pensar ações de prevenção e promoção, também terá dificuldades em cumprir o proposto na terceira diretriz da NOSS (BRASIL, 2010) sobre o acesso a informações, em que os órgãos e entidades da administração pública devem “[...] **promover o repasse de informações** aos servidores, sobretudo aqueles referentes aos riscos e **aos resultados de pesquisas a respeito da saúde** privilegiando a implantação de canais de comunicação interna”. (BRASIL, 2010, p. 6, grifo nosso).

Uma vez que se consiga consolidar os dados dos EPS, tais resultados poderiam ser apresentados em eventos específicos Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT, semana do trabalhador); para a CIPA (já que não temos a CISSP na Instituição); ou por áreas, visando, nesse processo, trazer o tema da saúde e as condições de trabalho para o cotidiano da unidade, em especial, para buscar alternativas de melhoria.

Também, poderiam participar dessas devolutivas aos trabalhadores, além dos técnicos da Saúde e Segurança, outros atores da unidade, como os profissionais da Engenharia de Produção (que atuam na modificação dos processos de trabalho para atender exclusivamente às demandas da unidade) e da Biossegurança para ampliar o processo de troca coletiva.

³⁸ Os dados dos exames periódicos comporão prontuário eletrônico, para fins coletivos de vigilância epidemiológica e de melhoria dos processos e ambientes de trabalho, sendo garantido o sigilo e a segurança das informações individuais, de acordo com o previsto em normas de segurança expedidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Promover e preservar a saúde dos colaboradores privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico. Formar, através dos registros dos exames médicos ocupacionais, históricos de informações relativas às condições clínicas (físicas e mentais) dos nossos servidores/colaboradores.

São programas de caráter coletivos específicos para determinadas condições descritas no PCMSO ou detectados a partir do seu desenvolvimento (BRASIL, 2013).

Mesmo que não possam ser validados pelos trabalhadores através das devolutivas coletivas, é importante o envio dos relatórios para as instâncias de gestão e planejamento para conhecimento sobre as condições de saúde da força de trabalho e, assim, subsidiar o planejamento de ações da unidade na melhoria dos processos e condições de trabalho.

Entretanto, se inicialmente for difícil, devido ao cotidiano da unidade, uma estrutura ampla de devolutiva dos resultados dos EPS, sugerimos que os relatórios possam ser discutidos com os trabalhadores, setorialmente, quando os técnicos retornarem as áreas para realizar as novas ou as atualizações das avaliações ambientais. E também disponibilizados na intranet da unidade, como ocorre com os relatórios corporativos, POPs e Instruções de Trabalho (I.Ts).

Um dos maiores desafios na atualidade é fomentar a participação dos trabalhadores, enquanto ator fundamental para a transformação das condições de trabalho, em especial, na unidade com seus vínculos diferenciados, sua intensa rotina de trabalho e a falta de estímulo por parte de suas instâncias de representação. Assim, esses espaços de discussão dos resultados dos EPS, de forma periódica, sejam em eventos, sejam nas avaliações ambientais, podem constituir-se em um locus privilegiado para reflexões e ações sobre as relações saúde-trabalho. Em especial, se alcançarmos a proposição de Souza, Bonfatti e Santos (2015) sobre vigilância participativa nos locais de trabalho que:

[...] devem possibilitar aos próprios trabalhadores serem os agentes da vigilância e das mudanças laborais, pois estariam – pelo exercício democrático do diálogo e do debate sobre a saúde – aptos a olharem, a vigiarem e a cuidarem da saúde numa perspectiva coletiva. Importante lembrar também que, sob esse enfoque, cada trabalhador é considerado, em si mesmo, uma unidade de observação no trabalho. Trata-se, portanto, de desenvolvermos instrumentos dialógicos, incorporando a experiência e o saber dos trabalhadores. (SOUZA; BONFATTI; SANTOS, 2015, p. 267).

Um coletivo de trabalhadores participativo que se apropria das informações referentes às suas condições de saúde e trabalho será um coletivo que pressionará seus representantes para buscarem melhorias e, diretamente, podem pressionar as instâncias que deveriam, em seu local de trabalho, cuidar de seu bem-estar. Se esses serviços forem cobrados rotineiramente por seus “clientes principais”, de preferência coletivamente, também se sentirão pressionados a cumprir o estabelecido na regulação; melhorar os serviços e ações; ampliar os espaços de diálogo e avaliação.

Quando me aproximei da área da Saúde do Trabalhador, através do estágio em 1999, uma frase do artigo de Gomez-Minayo e Thedim-Costa escrito, em 1997, sobre o campo da Saúde do Trabalhador, chamou-me a atenção: “[...] a princípio é uma meta, um horizonte, uma

vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores sob premissas nem sempre explicitadas”. (GOMEZ-MINAYO; THEDIM-COSTA, 1997, p. 24). Passados quase vinte anos desse primeiro contato, é interessante observar a contemporaneidade da frase dos autores – mesmo que o objetivo deste trabalho não seja realizar uma avaliação do campo da Saúde do Trabalhador – verificamos o quanto “uma vontade” permeia as atividades dessa esfera, inclusive sobre a utilização de parâmetros do Campo nos EPS.

Assim, ao trazer elementos da NOSS, enquanto um dos instrumentos de regulação para o setor público e onde encontramos conexões com a área da Saúde do Trabalhador – que podem e devem ser aperfeiçoadas, porém ela já apresenta contribuições importantes para organizar a prática do setor, inclusive os EPS. Esperamos ter contribuído para que a experiência dos EPS na unidade possa ser avaliada, em busca de melhorias e com os devidos ajustes permaneça, mesmo havendo a mudança jurídica. E que não só os EPS, mas que as práticas vinculadas à atenção à saúde dos trabalhadores, deixem de ser “uma vontade” para serem incorporadas e garantidas enquanto direito dos trabalhadores.

Por fim, ao falar sobre a “[...] construção da atenção à saúde dos trabalhadores, na perspectiva da saúde do trabalhador, no setor saúde” (DIAS, 1996, p. 35), de forma macro, Dias (1996) pontuou que naquele momento estávamos “em meio a uma caminhada”. Ao trazer essa ponderação para o micro, nos dias atuais, ou seja, para a atividade dos EPS, na perspectiva da saúde do trabalhador, no setor de saúde da Unidade, também nos encontramos caminhando. E, assim, concordamos com a autora quando conclui que durante a caminhada “[...] é necessário parar de vez em quando para avaliar o trecho percorrido, as dificuldades e possibilidades, reabastecer as forças e as provisões para prosseguir”. (DIAS, 1996, p. 35).

REFERÊNCIAS

- ADAMS, S. **Dilbert**. Disponível em:
<http://dilbert.com/search_results?page=3&terms=testing>. Acesso em: abr. 2015.
- ANDRADE, E. T. **O processo de implementação da política de atenção à saúde do trabalhador em instituições públicas federais: o desafio da integralidade**. 2009. 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- ANDRADE, J. P. Apresentação. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 6, Supl. 2, p. 78, dez. 2013. Disponível em:
<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf>. Acesso em abr. 2015.
- ANTUNES, R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? In: ANTUNES, R.; BRAGA, R. (Orgs.). **Infoproletários: degradação real do trabalho virtual**. São Paulo: Boitempo, 2009. (Coleção Mundo do Trabalho).
- _____. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- _____. O trabalho que estrutura o capital desestrutura a sociedade. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos – IHU**, São Leopoldo, v. 464, p. 43-50, abr. 2015.
- _____. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- BARBOSA, C. O.; MELLO, S. M. B. **Informação em saúde do trabalhador (a realidade da UERJ)**. Rio de Janeiro: UERJ, Departamento de Saúde e Segurança no Trabalho, 1998. 6 p. Relatório técnico.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BATISTA, C. C. S.; SILVA, F. S. Contexto nacional e perspectivas. **Fórum SIASS RJ - O momento brasileiro da saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro, 2015. Apresentação em power point.
- BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 37-46, jan./mar. 2012.
- BERLIM, M. T.; LOBATO, M. I.; MANFRO, G. G. Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. In: CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. **Psicofármacos: consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: CEBES: Hucitec, 1988.

BRAGA, R. A vingança de Braverman: o infotaylorismo como contratempo. In: ANTUNES, R.; BRAGA, R. (Orgs.). **Infoproletários**: degradação real do trabalho virtual. São Paulo: Boitempo, 2009. (Coleção Mundo do Trabalho).

BRAGA, R. Aprovação do PL 4330 e o declínio do modelo desenvolvimentista. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos – IHU**, São Leopoldo, v. 464, p. 53-59, abr. 2015.

BRASIL. **Anuário estatístico da previdência social – AEPS**. Brasília: Ministério Previdência e Assistência Social, 2015. Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

_____. **Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009**. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS. Brasília: MPOG, 2009a.

_____. Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009. Regulamenta o art. 206-A da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990 - Regime Jurídico Único, dispendo sobre os exames médicos periódicos de servidores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 maio 2009b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6856.htm>. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 nov. 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm>. Acesso em: 30 jun. 2014.

_____. Lei n.º 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez. 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm>. Acesso em: 15 abr. 2013.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 abr. 2013.

_____. Medida provisória nº 441, de 29 de agosto de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, DF, 5 set. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/Mpv/441.htm>. Acesso em: 18 fev. 2016.

_____. **Norma operacional de saúde do trabalhador no SUS – NOST-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. **Normas regulamentadoras de segurança e medicina do trabalho/ Consolidação das Leis do Trabalho, portaria n.º 8, de 8 de maio de 1996**. Altera a Norma Regulamentadora (NR-7). Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Brasília: MTE, 1996.

BRASIL. NR 7 – Programa de controle médico de saúde ocupacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 jul. 1978. Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR7.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2013. BRASIL. Portaria nº 3.908 de 30 de outubro de 1998. In: **Cadernos de legislação em saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Portaria nº 1.675, de 6 de outubro de 2006. Estabelece orientação para os procedimentos operacionais a serem implementados na concessão de benefícios de que trata a Lei 8.112/90 e Lei 8.527/97, que abrange processos de saúde, e da outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 out. 2006. Disponível em: <http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGAOS/Min_Div/MPOG_Port1675_06.html>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 30 jun. 2013.

_____. **Portaria Normativa nº 3 de 7 de maio de 2010**. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor – NOSS. Brasília: MPOG, 2010.

_____. Portaria normativa nº 3, de 25 de março de 2013. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.noticias.uff.br/noticias/2014/09/portaria-SQS.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2013.

_____. **Portaria Normativa nº 4 de 15 de setembro de 2009**. Estabelece orientações para aplicação do Decreto nº 6.856. Brasília: MPOG, 2009c.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. São Paulo: Zahar, 1979.

CARDOSO, A. C. M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo social**: revista de sociologia da USP, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 73-93, jun. 2015.

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

CARVALHO, M. C. J. **As transformações no mundo do trabalho sob a ótica da saúde do trabalhador**: um estudo de caso na linha de produção de vacinas em uma empresa estatal. 2011. 105 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CARVALHO, M. R. **O exame médico periódico**: ação de prevenção e promoção de saúde do trabalhador. 2008. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Medicina do Trabalho) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

CASTELO, R. A salgada conta da crise econômica no bolso e na vida dos trabalhadores e das trabalhadoras. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos – IHU**, São Leopoldo, v. 464, p. 32-37, abr. 2015.

CASTIEL, L. D. Os riscos e as loucuras dos discursos da razão no campo da prevenção. **Cadernos IHU ideias**, São Leopoldo, v. 11, n. 188, jun. 2013.

CATALDI, Maria José. **Stress no meio ambiente de trabalho**. São Paulo: LTR, 2011.

CAVALCANTI, C. P. N. A intervenção histórica nas relações saúde e trabalho no Brasil: a centralidade da noção do risco na lógica da reparação dos ‘infortúnios’. In: **Cadernos do curso de capacitação em promoção e vigilância em saúde do trabalhador Pass-Siass**. Rio de Janeiro: UFRJ/UNIRIO, 2011a. p. 155-170.

_____. Aspectos teórico-conceituais e históricos da construção do campo da saúde do trabalhador. In: **Cadernos do curso de capacitação em promoção e vigilância em saúde do trabalhador Pass-Siass**. Rio de Janeiro: UFRJ/UNIRIO, 2011b. p. 120-130.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**: revista de cultura e política, São Paulo, n. 19, p. 123-140, 1989.

CORLETT, E. N.; MANENICA, I. The effects and measurement of working postures. **Applied Ergonomics**, Trondheim, v. 11, n. 1, p. 7-16, march. 1980.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: BETIOL, M. I. S. (Coord.). **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.

_____. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In MENDES, A. M.; CRUZ LIMA, S. C.; FACAS, E. (Orgs.). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007.

_____. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho, In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2011.

_____. **Travail vivant**. Paris: Payot, 2009.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo de avaliação em serviços de saúde. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DIAS, E. C. O campo da saúde do trabalhador e o papel dos profissionais de saúde na atenção à saúde dos trabalhadores. In: **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 1-11.

_____. Saúde do trabalhador. In: **saúde, meio ambiente e condições de trabalho**: conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo: FUNDACENTRO/CUT, 1996. p. 27-35.

DIAS, E. C.; NEHMY, R. M. Q. Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais? **Revista médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, p. 13-23, 2010, Supl. 2.

DRUCK, G. Tentativa de burlar direitos trabalhistas se manteve no decurso da história. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos – IHU**, São Leopoldo, v. 464, p. 27-31, abr. 2015.

_____. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. esp. 01, p. 37-57, 2011.

FALEIROS, V. P. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores**. São Paulo: Cortez, 1992.

FIOCRUZ. Diretoria de Recursos Humanos. **Núcleo de Saúde do Trabalhador**. Rio de Janeiro, 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 2004.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Brasília: Liber Livro, 2012.

FREIRE, L. M. B. O serviço social e a saúde do trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas. In: **A NOVA fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

FRIEDMAN, M. **Capitalismo e liberdade**. São Paulo: Artenova, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMEZ-MINAYO, C.; THEDIM-COSTA, S. M. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

GOUGET, L. L. D. **A aplicação do SRQ-20 como instrumento de levantamento de indicativo de transtorno mental comum**. 2014. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso – (Especialização de Gestão em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1994.

HIRIGOYEN, M. F. **Assédio moral: a violência perversa no cotidiano**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM IMUNOBIOLOGICOS. **Manual da organização**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<https://portal.bio.fiocruz.br/biblioteca/documentos-da-qualidade>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. **Missão, visão e valores**. Rio de Janeiro, 2014a. Disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/missao>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM IMUNOBIOLOGICOS. **Relatório corporativo**. Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em: <<https://portal.bio.fiocruz.br/biblioteca/temas/macro-biblioteca/theme-contents?theme=106>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. **Relatório de pessoal 2014**. Rio de Janeiro, 2014c. Disponível em: <<https://portal.bio.fiocruz.br/servico/sistemas/sistemas-de-recursos-humanos>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

KAMEYAMA, N. Notas introdutórias para a discussão sobre reestruturação produtiva e Serviço Social. In: MOTA, A. E. (Org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998. p. 7-22. v. 1.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007.

_____. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, n. 13, supl. 2, p. 7-19, 1997.

_____. Saúde-doença e trabalho no Brasil. In: **saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical**. São Paulo: FUNDACENTRO/CUT, 1996. p. 131-141.

LACAZ, F. A. C.; SANTOS, A. P. L. Saúde do trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais. **Revista médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 5-12, 2010, Supl. 2.

_____. Seguridade social e saúde do trabalhador: uma reflexão necessária. In: LOURENÇO, E. A. S. (Org.). **Saúde do trabalhador: desafios para a seguridade social e o movimento sindical**. São Paulo: UNESP, v. 38, p. 44-56, 2013.

LAMARCA, I. C. S. A. **Reformas administrativas e políticas de incorporação da força de trabalho no governo central brasileiro (1995-2006)**. 2009. 139 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

LAURELL, A. C. Proceso de trabajo e salud. **Cuadernos políticos**, México, D.F, n. 17, p. 59-79, jul./set. 1978.

_____. A saúde-doença como processo social. In: **Textos de medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. n. 3.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEGIÃO URBANA. **Dois**. Rio de Janeiro: EMI, 1986. 1 CD (48 min).

_____. **As quatro estações**. Rio de Janeiro: EMI, 1989. 1 CD (46 min).

LELIS, C. M. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista acta paul enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 477-482, 2012.

LIMA, M. E. A. Contribuições da clínica da atividade para o campo da segurança no trabalho. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 99-107, 2007.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LOBO, E. V. **Qualidade de vida e saúde do trabalhador**. 2007. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso - (Monografia de Especialização em Gestão Industrial em Imunobiológicos), Escola Politécnica COPPE, Universidade Federal do rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

_____. **A seção de medicina do trabalho**. Rio de Janeiro, 2008. Apresentação em Power Point.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 33- 45, 1997.

MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. C. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 75-82, jan./mar. 2009.

MARTINS, S. R.; BOTOMÉ, S. P. Diagnóstico psicológico e trabalho: uma questão de método? **Revista psicologia organizações e trabalho**, Florianópolis, v. 1, n. 2, dez. 2001.

MARX, K. **O capital, crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988. v. 2.

MATTOS, U. A. O. et. al. Novas Tecnologias, organização do trabalho e seus impactos na saúde e no meio ambiente. In: **saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical**. São Paulo: FUNDACENTRO/CUT, 1996. p. 43- 54

MATTOS, U. A. O.; SANTOS, P. R. Metodologias de avaliação de riscos e processos de trabalho: mapa de riscos. In: **Cadernos do curso de capacitação em promoção e vigilância em saúde do trabalhador Pass-Siass**. Rio de Janeiro: UFRJ/UNIRIO, 2011, v. 1, p. 333-351.

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Washinton: OPS/ILPES, 1987.

MCCOY, K. et. al. Health promotion in small business: a systematic review of factors influencing adoption and effectiveness of worksite wellness programs. **Journal occupational environ medical**, Illinois, v. 56, n. 6, p. 579-587, jun. 2014.

MENDES, E. A. Os exames periódicos de saúde: uma possibilidade de intervenção para o Serviço Social na esfera pública. In: **Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca**, 8. 2012, Franca: UNESP, 2012. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000011201200100038&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 12 nov. 2014.

MENDES, R. Organização da atenção à saúde no trabalho. In: FERREIRA JÚNIOR, M. (Org.). **Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores**. São Paulo: ROCA, 2000.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, M. C. S. et al. Fiocruz saudável: uma experiência institucional. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 151-161, 1998.

MONTANHA, L. C. P. et al. **Análise comparativa entre o absenteísmo por doença de uma Universidade Federal e a Previdência Social**. Rio de Janeiro, 2013. (mimeo).

MOTTA, A. E. (Org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

MUNIZ, H. P. et al. Ivar Odonne e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 280-291, 2013.

MURPHY, R. L. Stress management in work settings: a critical review of the health effects. **American Journal of Health Promotion**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 112-135, nov./dec. 1996.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica: biblioteca básica/serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ASSESSMENT SERIES. **Sistemas de gestão de segurança e saúde ocupacional: especificação**. [S.l.]: OHSAS, 1999.

OLIVAR, M. S. P; CAVALCANTI, C. P. N. Breves reflexões sobre a saúde do trabalhador no serviço público e a recente política de atenção à saúde do servidor do SIASS. In: **Cadernos do curso de capacitação em promoção e vigilância em saúde do trabalhador Pass-Siass**. Rio de Janeiro: UFRJ/UNIRIO, 2011. v.1, p. 207-217.

_____. O campo político da saúde do trabalhador e o serviço social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 314-338, jan./mar. 2010.

_____. **Trabalho e saúde: as condições dos trabalhadores do Hospital Municipal Souza Aguiar**. 2006. 248 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

_____. **Plano de estágio do serviço social do NUST/FIOCRUZ**. Rio de Janeiro: DIREH, Fundação Oswaldo Cruz, 2012, 15 p. Relatório técnico.

OSÓRIO, J. C. et al. Relação entre estresse e distúrbios osteomusculares em professores da rede pública de ensino em Sabinópolis – MG. In: **Workshop de Análise Ergonômica do Trabalho – UFV e II Encontro Mineiro de Estudos em Ergonomia**. 2011. Viçosa. V WORKSHOP DE ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO - UFV II ENCONT, 2011.

PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Álvaro. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de psicologia (Natal)**, Natal, v. 9, n. 1, p. 45-52, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2015.

PINHEIRO, R. M. S. **Fiocruz saudável**: análise das ações de saúde do trabalhador na Fiocruz através de um programa institucional. 2009. 104f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

POCHMANN, M. **Força de trabalho e tecnologia no Brasil**. São Paulo: Revan, 2009.

REGUFFE, D. **Procedimento operacional padrão 5131 sobre PCMSO**. Rio de Janeiro: SEMTR, Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos, 2013. 33 p. Relatório técnico.

ROQUELAURE, Y. et al. Exposure to psychosocial stressors at work in the Pays de la Loire region in 2002. **Encephale**, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 160-168, mar./apr. 2007.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 489-495, 1996.

SATO, L. et al. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011.

SELIGMANN-SILVA, E. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 187-191, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200002>. Acesso em: 30 jul. 2011.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. São Paulo: Record, 1999.

_____. **A cultura do novo capitalismo**. São Paulo: Record, 2006.

_____. **Autoridade**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

_____. **Respeito**: a formação do caráter em um mundo desigual. São Paulo: Record, 2008.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SIVIERI, L. H. Saúde no trabalho e mapeamento de riscos. In: **saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical**. São Paulo: FUNDACENTRO/CUT, 1996. p. 75 – 111.

SOUZA, K. R.; BONFATTI, R. J.; SANTOS, M. B. M. Participação Social, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Serviço Público. **Revista trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 261-282, maio/ago. 2015.

SOUZA, P. M. C. **E as relações, você desprecariza como?:** a perspectiva dos novos professores- pesquisadores da Fiocruz a respeito da precarização no trabalho. 2013. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

TAMBELLINI, A. T. **Política nacional de saúde do trabalhador:** análises e perspectivas. Rio de Janeiro: CESTEH:ENSP:FIOCRUZ, 1986.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VASCONCELLOS, L. C. F. A Imperfeição da regra trabalhista referente à saúde: da revolução industrial à consolidação das leis do trabalho. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Orgs.). **Trabalho, saúde e direito:** uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011a. p. 125-165.

_____. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Orgs.). **Trabalho, saúde e direito:** uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011b. p. 401-422.

_____. Interdisciplinaridade, intersetorialidade e controle social em Saúde do Trabalhador – o desafio de passar da teoria à prática. In: **Cadernos do curso de capacitação em promoção e vigilância em saúde do trabalhador Pass-Siass.** Rio de Janeiro: UFRJ/UNIRIO, 2011c. v.1, p. 142-154.

VASCONCELOS, E. M. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, 1997, v. 54 p. 132-157.

VIDAL, M. C. R. **Guia para análise ergonômica do trabalho na empresa.** Rio de Janeiro: Virtual Científica, 2011.

YAN, K. R. **Estudo de caso:** planejamento e método. Porto Alegre: Artmed, 2001.

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

O/a Sr/Sra está sendo convidado/a para participar da pesquisa *Os exames periódicos de Saúde sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador – a experiência de uma unidade federal de produção de imunobiológicos*, desenvolvida para o Mestrado Acadêmico da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Este estudo tem como objetivo analisar os exames periódicos de Saúde realizados por uma unidade federal de produção. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista sobre sua participação e percepção sobre os exames periódicos.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Sua participação na pesquisa não lhe trará benefícios diretos, contudo contribuirá para o melhor conhecimento sobre a temática do estudo. As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os resultados serão apresentados de forma a não permitir, revelar sua identidade. Os resultados do estudo podem ser publicados, mas sua identidade não será revelada em hipótese alguma. Sua denominação será: entrevistado(a) mais o número da entrevista realizada até aquele momento. As gravações e anotações das entrevistas serão destruídas após a apresentação da dissertação à banca.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Já informado sobre os detalhes deste estudo, declaro que estou ciente das informações consentidas neste Termo de Consentimento, as quais li e entendi com clareza. Declaro neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a minha concordância em participar desta pesquisa. Estou ciente de que posso interromper minha participação a qualquer momento e da existência de uma cópia deste termo que permanecerá arquivada pela pesquisadora.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do Participante

Assinatura do Responsável pela Pesquisa

Eliane de Assis Mendes
Mestranda em Saúde Pública
Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Tel.3882-7136 – E-mail: eliane.mendes@bio.fiocruz.br

Conselho de Ética em Pesquisa
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 9º andar
Tel: (21) 2598-2570 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

**APENDICE B – QUANTITATIVO DE AFASTAMENTOS POR MOTIVO DE SAÚDE
NA UNIDADE NO ANO DE 2013³⁹**

Tabela 9 – Distribuição do total de afastamentos por grupo de CID

GRUPO DE CID	TOTAL	PERCENTUAL
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	448	21,3
II - Neoplasias [tumores] (C00-D48)	13	0,6
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	3	0,1
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90) (Diabetes)	2	0,1
V - Transtornos mentais e comportamentais (F00- F99)	157	7,5
VI - Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	47	2,2
VII - Doenças do olho e anexos (H00-H59)	66	3,1
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95)	35	1,7
IX - Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	119	5,7
X - Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	363	17,3
XI - Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	69	3,3
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	60	2,9
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	375	17,8
XIV - Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	88	4,2
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e (R00-R99)	120	5,7
XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	129	6,1
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	7	0,3
TOTAL	2101	

Fonte: A autora, 2016.

³⁹ Não estão contemplados nesta tabela o total para acompanhamento de familiar (889) e os afastamentos do grupo XXI (2249) que estavam relacionados à entrega de declarações de comparecimento para realização de exames complementares ou doação de sangue, pois compreendemos que, para este estudo, o importante são as questões referentes ao tratamento da própria saúde.

Apresentamos a seguir, um detalhamento dos quatro grupos de CID que obtiveram o maior quantitativo de afastamentos, no ano de 2013, com os motivos de afastamentos:

Tabela 10– Distribuição do total de afastamentos conforme os 04 maiores grupos de CID

1. Afastamentos GRUPO I (A00-B99)	Quantidade	Percentual
B34.9 – Infecção Viral Não Especificada	230	51,3
A09 – Diarreia e Gastroenterite de Origem Infecciosa	159	35,5
B30 – Conjuntivite Viral	20	4,5
B00 – Infecções pelo Vírus do Herpes	12	2,7
A90 – Dengue (dengue Clássico)	10	2,2
Outros	17	3,8
TOTAL	448	21,3
2. Afastamentos GRUPO XIII (M00-M99)	Quantidade	Percentual
M25.5 – Dor Articular	152	40,5
M54.5 – Dor Lombar Baixa	97	25,9
M54.2 – Cervicalgia	39	10,4
M54 – Dorsalgia	23	6,1
M65 – Sinovite e Tenossinovite	19	5,1
Outros	45	12,0
TOTAL	375	17,8
3. Afastamentos GRUPO X (J00-J99) – (Quantidade	Percentual
J00 – Nasofaringite Aguda (Resfriado Comum)	34	9,4
J01 – Sinusite Aguda	135	37,2
J03 – Amigdalite Aguda	93	25,6
J11 – Influenza (gripe) Devida a Vírus Não Identificado	52	14,3
J15 – Pneumonia Bacteriana Não Classificada em Outra Parte	16	4,4
J45 – Asma	11	3,0
J30.4 – Rinite Alérgica não Especificada	15	4,1
OUTROS	7	1,9
TOTAL	363	17,3
4. Afastamentos GRUPO V (F00-F99)	Quantidade	Percentual
F43.2 – Transtornos de Adaptação	79	50,3
F41.1 – Ansiedade Generalizada	30	19,1
F41 – Outros Transtornos Ansiosos	22	14,0
F14 – F19 – (Dependência Química)	10	6,4
OUTROS	16	10,2
TOTAL	157	7,5

Fonte: A autora, 2016.

APENDICE C – QUANTITATIVO DE HORAS DE AFASTAMENTO POR GRUPO DE CID NA UNIDADE NO ANO DE 2013⁴⁰

Tabela 11– Distribuição do total das horas de afastamentos grupos de CID

Grupo de CID	Total de horas	Percentual
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	14.106,02	22,3
XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	11.242,80	17,8
V - Transtornos mentais e comportamentais (F00- F99)	9.108,65	14,4
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	5384,75	8,5
X - Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	4643,59	7,4
VI - Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	2993,99	4,7
II - Neoplasias [tumores] (C00-D48)	2938,26	4,7
XIV - Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	2582,62	4,1
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95)	2531,11	4,0
IX - Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	1817,21	2,9
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	1389,49	2,2
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)	1377,14	2,2
VII - Doenças do olho e anexos (H00-H59)	1365,36	2,2
XI - Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	1356,18	2,1
XV - Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	243,88	0,4
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	76,76	0,1
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90) (Diabetes)	10,59	0,0
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	8,7	0,0
	63:177.10	

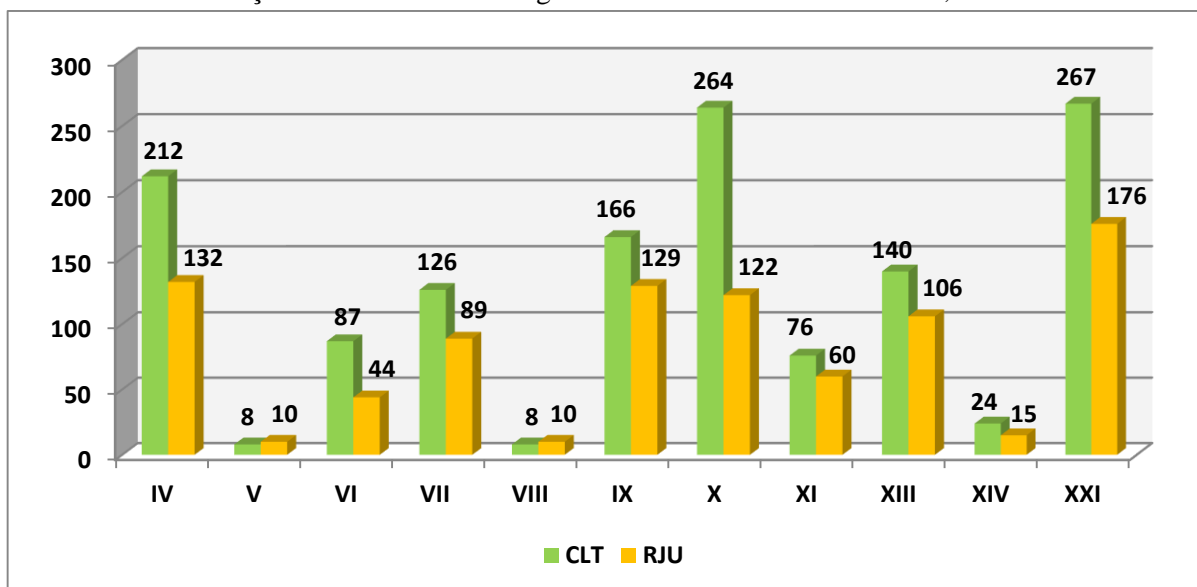
Fonte: A autora, 2016.

⁴⁰ Não está contemplado nesta tabela o total de horas para acompanhamento de familiar (9.668.78), pois compreendemos que, para este estudo, o importante são as questões referentes ao tratamento da própria saúde.

APENDICE D – GRÁFICOS E QUADROS POR ITENS PESQUISADOS DA FICHA OCUPACIONAL

- Total geral por grupo de CID

Gráfico 17 - Distribuição dos trabalhadores segundo CID e o vínculo de trabalho, em 2013



Fonte: A autora, 2016.

Quadro 14 - Total geral por questões de saúde elencadas na Ficha Ocupacional do EPS, 2013:

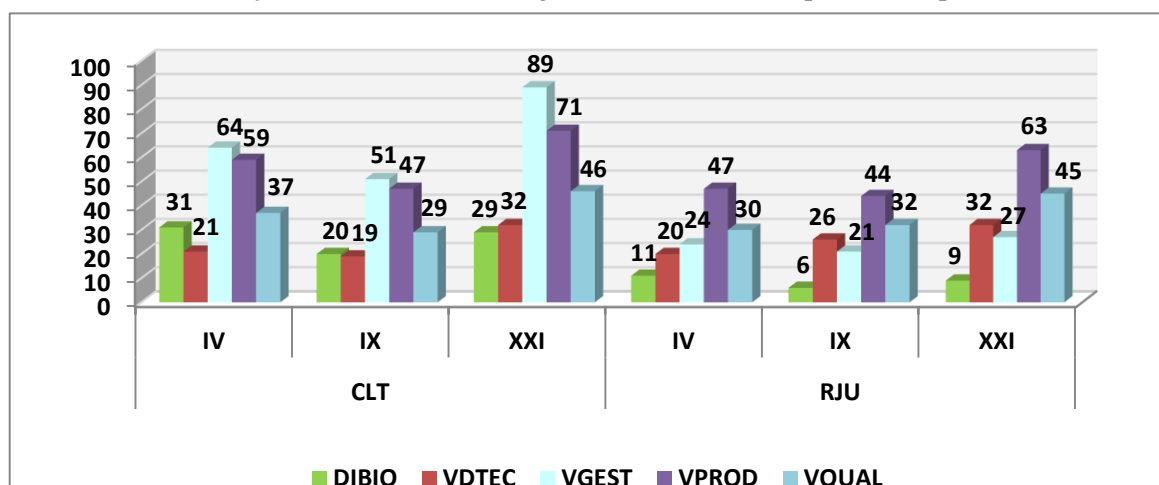
HAS				Doença Vascular			
		N	%		N	%	
	Não	385	76,5		381	75,5	
	Sim	118	23,5		122	24,3	
	Total	503	100,0		503	100,0	
Problemas Cardíacos				ALERGIA			
		N	%		N	%	
	Não	448	89,1		365	72,6	
	Sim	55	10,9		138	27,4	
	Total	503	100,0		503	100,0	
Problemas Respiratórios				Problemas Osteomusculares			
		N	%		N	%	
	Não	255	50,7		284	56,5	
	Sim	248	49,3		219	43,5	
	Total	503	100,0		503	100,0	
Problemas Renais				Problemas Reumatológicos			
		N	%		N	%	
	Não	464	92,2		476	94,6	
	Sim	39	7,8		27	5,4	
	Total	503	100,0		503	100,0	

Problemas Hepáticos				Colesterol e Triglicerídeos alterados			
		N	%		N	%	
	Não	478	95,0		406	80,7	
	Sim	25	5,0		97	19,3	
	Total	503	100,0		503	100,0	
Diabético				ACIMA DO PESO			
		N	%		N	%	
	Não	483	96,0		276	54,9	
	Sim	20	4,0		227	45,1	
	Total	503	100,0		503	100,0	
Problema Gastro Intestinal				Sedentarismo			
		N	%		N	%	
	Não	392	77,9		268	53,3	
	Sim	111	22,1		235	46,7	
	Total	503	100,0		503	100,0	
VISÃO				FUMA			
		N	%		N	%	
	Não	288	57,3		474	94,2	
	Sim	215	42,5		29	5,8	
	Total	503	100,0		503	100,0	
SAÚDE MENTAL				Consome bebida Alcoólica			
		N	%		N	%	
	Não	485	96,4		267	53,1	
	Sim	18	3,6		236	46,9	
	Total	503	100,0		503	100,0	

Fonte: A autora, 2016.

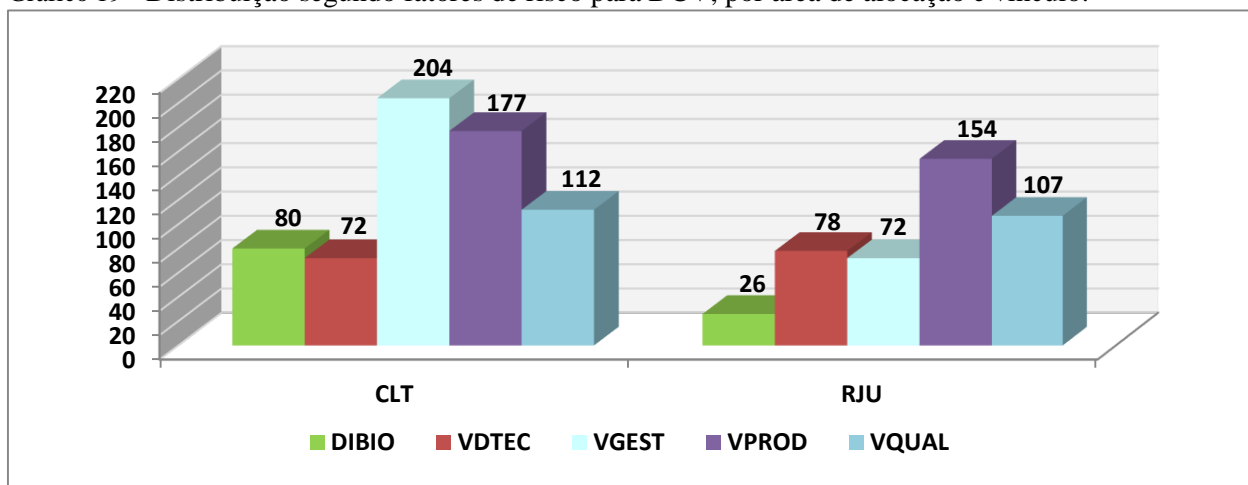
- **Total geral relacionado aos fatores de risco:**

Gráfico 18- Distribuição dos trabalhadores segundo fatores de risco para DCV, por U.O. e vínculo.



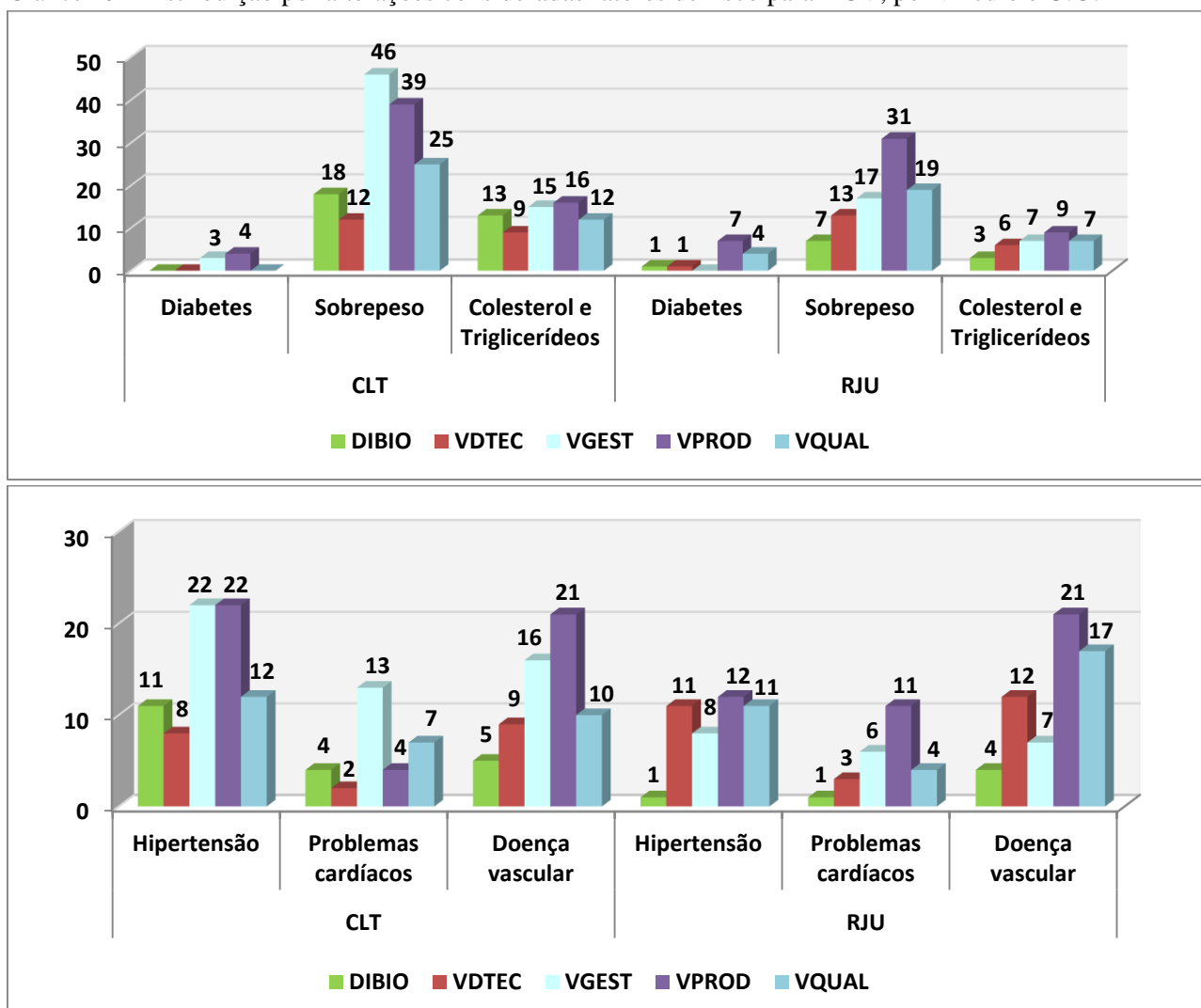
Fonte: A autora, 2016.

Gráfico 19 - Distribuição segundo fatores de risco para DCV, por área de alocação e vínculo.



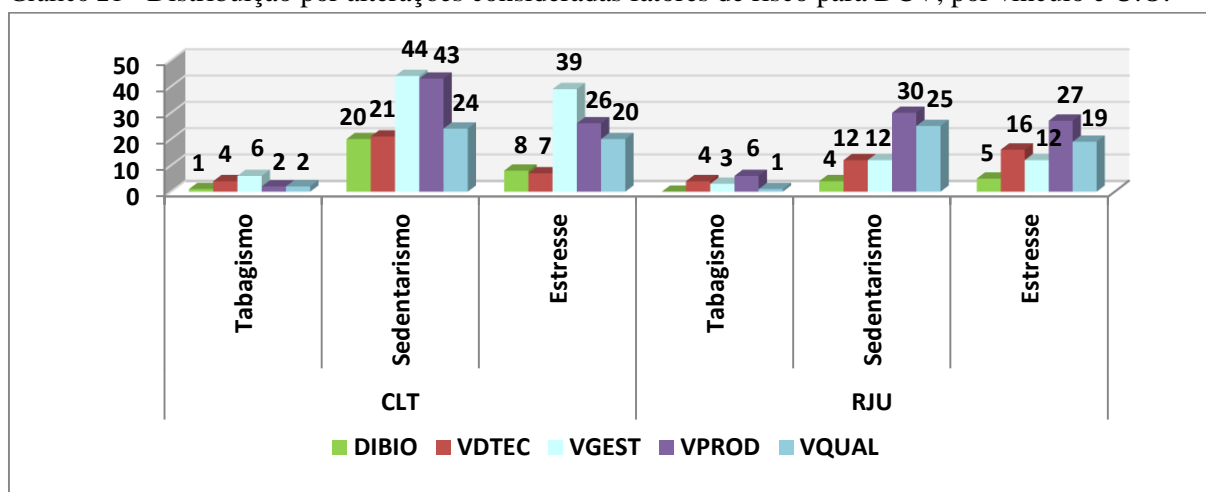
Fonte: A autora, 2016.

Gráfico 20 - Distribuição por alterações consideradas fatores de risco para DCV, por vínculo e U.O.



Fonte: A autora, 2016.

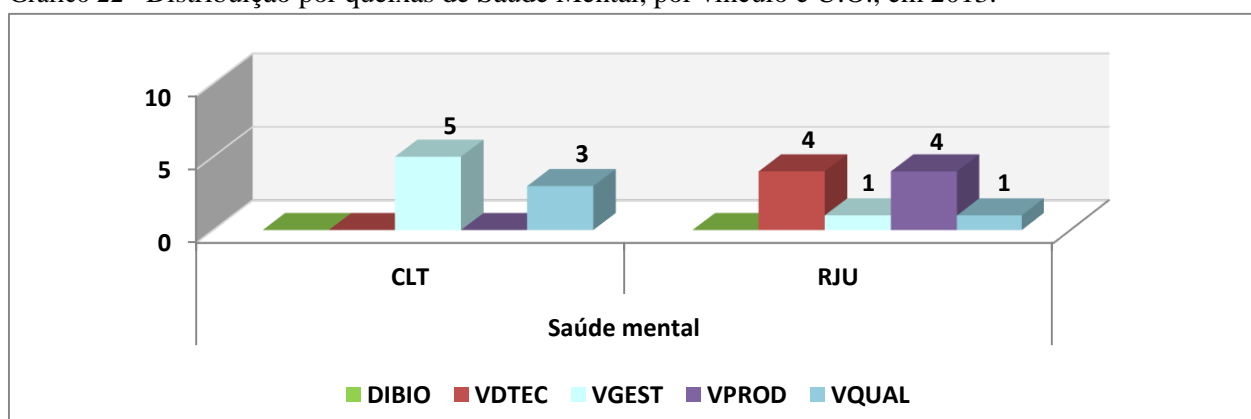
Gráfico 21 - Distribuição por alterações consideradas fatores de risco para DCV, por vínculo e U.O.



Fonte: A autora, 2016.

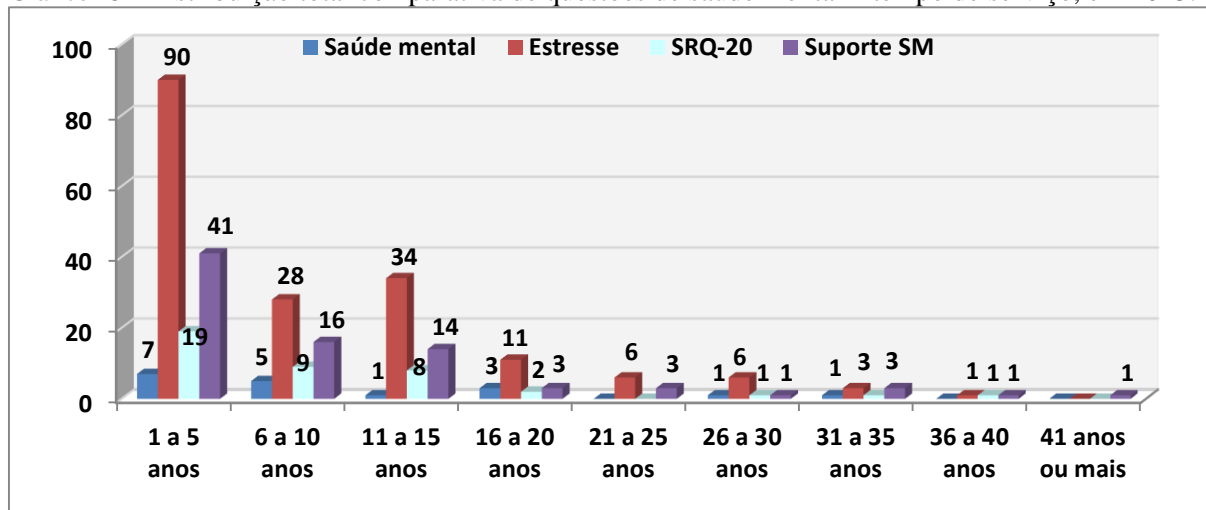
- **Total geral em relação ao GRUPO V do CID (Transtornos mentais e comportamentais):**

Gráfico 22 - Distribuição por queixas de Saúde Mental, por vínculo e U.O., em 2013.



Fonte: A autora, 2016.

Gráfico 23 - Distribuição total comparativa de questões de saúde mental x tempo de serviço, em 2013.



Fonte: A autora, 2016..

Quadro 15 - Total geral das questões vinculadas à saúde mental, em 2013.

Estresse			SRQ20		
	N	%		N	%
Não	324	64,4	Não	462	91,8
Sim	179	35,6	Sim	41	8,2
Total	503	100,0	Total	503	100,0
Sono			SUPORTE SM		
	N	%		N	%
Não	372	74,0	Não	420	83,5
Sim	131	26,0	Sim	83	16,5
Total	503	100,0	Total	503	100,0

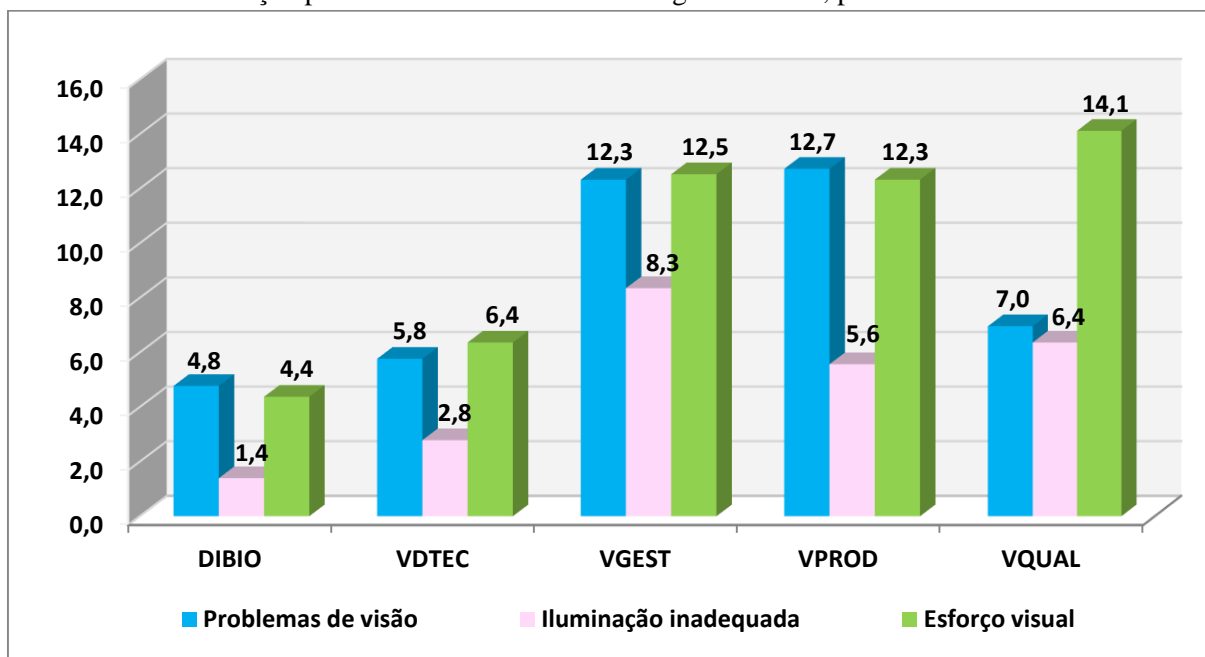
Fonte: A autora, 2016.

Quadro 16 - Percepção dos riscos nos locais de trabalho segundo EPS, em 2013:

Movimentos Repetitivos			Ergonômico (Peso, Posição, Físico)		
	N	%		N	%
Não	176	35,0	Não	238	47,3
Sim	327	65,0	Sim	265	52,7
Total	503	100,0	Total	503	100,0
Produtos Químicos			Esforço Visual		
	N	%		N	%
Não	249	49,5	Não	253	50,3
Sim	254	50,5	Sim	250	49,7
Total	503	100,0	Total	503	100,0
Poeiras, Vapores			Exigência Cognitiva		
	N	%		N	%
Não	359	71,4	Não	303	60,2
Sim	144	28,6	Sim	200	39,8
Total	503	100,0	Total	503	100,0
Iluminação Inadequada			Calor Excessivo		
	N	%		N	%
Não	380	75,5	Não	429	85,3
Sim	123	24,5	Sim	74	14,7
Total	503	100,0	Total	503	100,0
Agentes Biológicos			Frio excessivo		
	N	%		N	%
Não	241	47,9	Não	358	71,2
Sim	262	52,1	Sim	145	28,8
Total	503	100,0	Total	503	100,0
Ruído			Turnos		
	N	%		N	%
Não	286	56,9	Não	480	95,4
Sim	217	43,1	Sim	23	4,6
Total	503	100,0	Total	503	100,0
Noturno					
	N	%			
Não	486	96,6			
Sim	17	3,4			
Total	503	100,0			

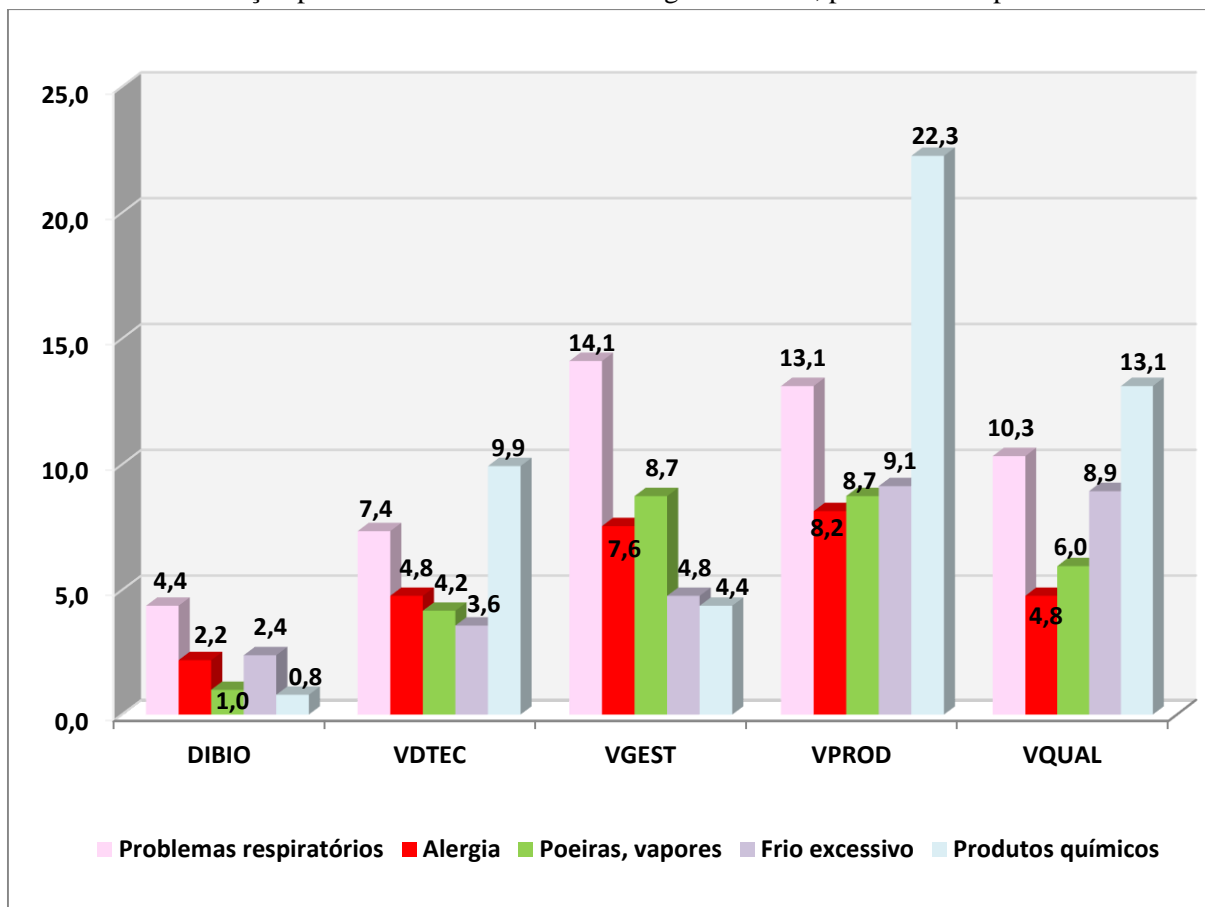
Fonte: A autora, 2016.

Gráfico 24 - Distribuição percentual dos trabalhadores segundo a área, problemas de visão e riscos.



Fonte: A autora, 2016.

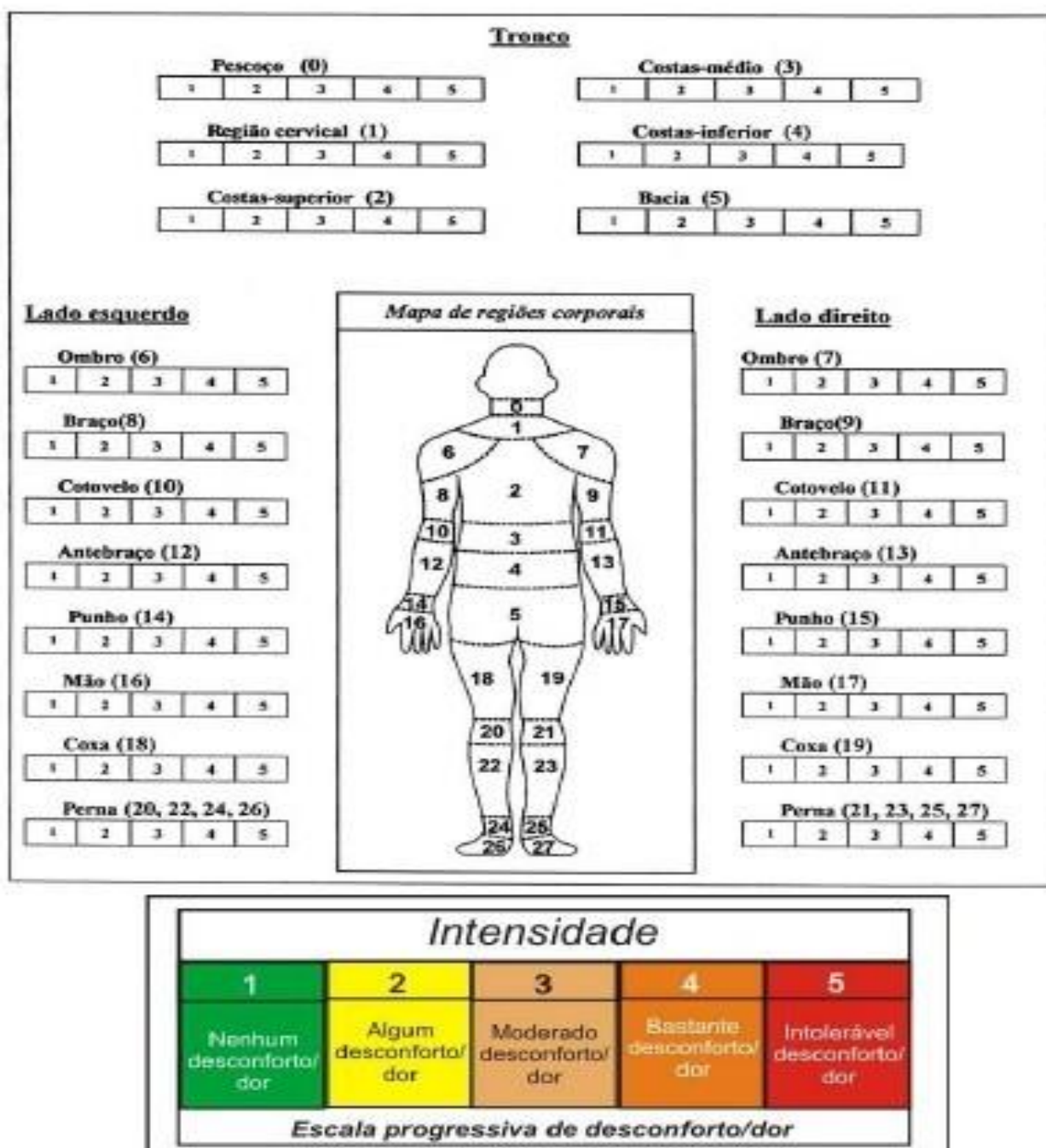
Gráfico 25 - Distribuição percentual dos trabalhadores segundo a área, problemas respiratórios e riscos.



Fonte: A autora, 2016.

ANEXO A – DIAGRAMA DE CORLETT (ESCALA DE DESCONFORTO)

Figura 4 – diagrama de Corlett



Quadro 17 - Total geral das respostas em relação à escala de desconforto segundo EPS, 2013

PESCOÇO			BRAÇO		
	N	%		N	%
Não	375	74,6	Não	483	96,0
Sim	128	25,4	Sim	20	4,0
Total	503	100,0	Total	503	100,0
CERVICAL			COTOVELO		
	N	%		N	%
Não	360	71,6	Não	482	95,8
Sim	143	28,4	Sim	21	4,2
Total	503	100,0	Total	503	100,0
COSTAS SUPERIOR			ANTEBRAÇO		
	N	%		N	%
Não	431	85,7	Não	483	96,0
Sim	72	14,3	Sim	20	4,0
Total	503	100,0	Total	503	100,0
COSTAS MÉDIO			PUNHO		
	N	%		N	%
Não	413	82,1	Não	438	87,1
Sim	90	17,9	Sim	65	12,9
Total	503	100,0	Total	503	100,0
COSTAS INFERIOR			MÃO		
	N	%		N	%
Não	362	72,0	Não	457	90,9
Sim	141	28,0	Sim	46	9,1
Total	503	100,0	Total	503	100,0
BACIA			COXA		
	N	%		N	%
Não	446	88,7	Não	470	93,4
Sim	57	11,3	Sim	33	6,6
Total	503	100,0	Total	503	100,0
OMBRO			PERNA		
	N	%		N	%
Não	425	84,5	Não	400	79,5
Sim	78	15,5	Sim	103	20,5
Total	503	100,0	Total	503	100,0

Fonte: A autora, 2016.

ANEXO B – FICHA OCUPACIONAL UTILIZADA NOS EPS EM 2013

FICHA OCUPACIONAL			
IDENTIFICAÇÃO			
Nome:			
Data de Admissão:		Função:	
Idade:	DEPT°/SETOR	SIAPE:	Estado civil
TIPO DE EXAME			
() Admissional () Retorno ao Trabalho () Periódico () Demissional () Mudança de Função			
Queixas:			
Tratamento Médico:			
Já teve ou tem alguma dessas alterações abaixo relacionadas: (Marque <u>S</u> para SIM e <u>N</u> para NÃO)			
1 – Doença do coração, pressão alta		21 – Fuma	
2 – Dor no peito, palpitações		22 – Consome bebida alcoólica	
3 – Bronquite, asma, rinite		24 – Doenças sexualmente transmissíveis	
4 – Tosse crônica		25 – Doenças da infância	
5 – Doenças no rins		26 – Varizes, varicocele, dor nas pernas	
6 – Doenças do fígado (hepatite, cirrose)		27 – Hemorroidas, diarreias frequentes	
7 – Diabetes		28 – Hérnias	
8 – Doença no estômago (gastrite, úlcera)		29 – Já esteve internado alguma vez	
9 – Resfriados frequentes		30 – Sofreu alguma cirurgia	
10 – Sinusite		31 – Considera-se acima do peso	
11 – Problemas na visão		32 – Considera-se estressado	
12 – Infecções no ouvido, zumbido		33 – Usa ou usou regularmente remédios?	
13 – Questões de saúde mental		34 – Atividade física regular	
14 – Dor de cabeça, tontura, convulsões		35 – Alguma doença não mencionada?	
15 – Alergias respiratória		36 – Pode executar tarefas pesadas	
16 – Doenças na coluna, dor nas costas		37 – Tem alguma deficiência física	
17 – Doenças reumatológicas		38 – Anemia ou doença hematológica	
18 – Tem colesterol ou triglicérides elevados		39 – Doença neurológica / meningite	
19 – Tem ácido úrico elevado		40 – Já trabalhou com ambientes ruidosos	
20 – Tem dores em articulações			
Observações:			
SUGESTÕES DE MELHORIAS NO SEU AMBIENTE DE TRABALHO:			
QUANTO À ALIMENTAÇÃO : O QUE ACHA DA ALIMENTAÇÃO DO RESTAURANTE?			
QUANTO ÀS CONDIÇÕES HIGIÊNICAS SANITÁRIAS DO SETOR?			
DISPONIBILIZA TEMPO PARA ATIVIDADE FÍSICA? CONSEGUE PARTICIPAR DAS ATIVIDADES DO PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA?			
PARA MULHERES:			
DUM:			
GESTA () PARA () ABORTO () PARTO : () NORMAL () CÊSARIANA			
INTERCORRÊNCIAS : () Não () Sim. Quais:			
FEZ PREVENTIVO GINECOLÓGICO ? QUANDO?			
FEZ MAMOGRAFIA ? QUANDO? FEZ USG TV / MAMÁRIA OU OUTRAS?			
ANTECEDENTES FAMILIARES			
Seus familiares têm ou tiveram algumas destas doenças?			
() Hipertensão arterial	() Diabetes	() Tuberculose	
() Aumento de colesterol ou triglicérides	() Doença neurológica	() Obesidade	

<input type="checkbox"/> Angina/ Infarto		<input type="checkbox"/> Câncer		<input type="checkbox"/> Asma/ Alergia	
HISTÓRIA SOCIAL					
Bebe <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo <input type="checkbox"/> cerveja <input type="checkbox"/> destilados Quantidade _____					
Frequência <input type="checkbox"/> fim de semana <input type="checkbox"/> de 3 a 5 x /sem <input type="checkbox"/> todos os dias					
Fumo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
ANAMNESE OCUPACIONAL					
1 – Função atual e tempo:					
2 – Funções anteriores e tempo:					
5 – Usa EPI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não QUAIS					
6 – Usou EPI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não QUAIS					
7 – Sofreu acidente de trabalho, trajeto ou doença ocupacional? (data, lesão, tratamento) notificação) <input type="checkbox"/> SIM					
8 – Afastamentos do trabalho <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
9 – Responda quanto à exposição ocupacional:					
1 – sim, anteriormente 2 – sim, atualmente 3 – sim, atual+anteriormente 4 – Não 5 – lgn					
Movimentos ou esforços repetitivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produtos químicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumos, poeiras e vapores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iluminação inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agentes biológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiação ionizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantamento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posição forçada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esforço visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exigência cognitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calor excessivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frio excessivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho em pé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho em turnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho noturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESPECIFICAR OS RISCOS:					
EXAME FÍSICO:					
PA: X mmHg FC: Tax.: Peso: Kg Altura: m IMC:					
<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SOBREPESO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> OBESIDADE MORBIDA					
<input type="checkbox"/> 20-25 <input type="checkbox"/> >=26-29 <input type="checkbox"/> >=30-40 <input type="checkbox"/> >40					
Em relação a qualidade do sono:					
Tenho dificuldade para começar a dormir:				SIM	NÃO
Acordo frequência com dificuldade para voltar a dormir				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O sono me satisfaz				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em relação à saúde mental, você apresenta algum sintoma abaixo?				SIM	NÃO
1. Tem dores de cabeça frequentes?					
2. Tem falta de apetite?					

3. Dorme mal?		
4. Assusta-se com facilidade?		
5. Tem tremores nas mãos?		
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?		
7. Tem má digestão?		
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?		
9. Tem se sentido triste ultimamente?		
10. Tem chorado mais do que de costume?		
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12. Tem dificuldades para tomar decisões?		
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)		
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17. Tem tido a ideia de acabar com a vida?		
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?		
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20. Você se cansa com facilidade?		
(SRQ 20 – Self Report Questionaire)		
2. Em relação ao hábito frequente de medicação, você usa: SIM NÃO () () Medic. antidepressivos. Qual? _____ Há ____ anos. () () Inibidor de apetite (remédio para emagrecimento). Qual? _____ Há ____ anos. () () Medicamentos controlados (receituário azul ou branco) () () Outros medicamentos de prescrição medica. Especifique: _____		
3. Em relação ao seu jeito de ser, como acha que os outros te vêem, no trabalho ou em casa? () expansivo () introvertido () seguro () inseguro () paciente () condescendente () afetuoso () indiferente () “fechado” () agressivo () simpático () antipático () contestador () pacificador () busca o diálogo como forma de resolver conflitos, problemas ou decisões importantes. () evita o diálogo, para não se exaurir em exaustivas discussões.		
4. Já esteve com um psicoterapeuta ou psiquiatra antes? _____ Quanto tempo? _____		

FONTE: FIOCRUZ, 2013.

OBS.: Os trabalhadores celetistas não preencheram a parte referente ao exame físico e pouquíssimos foram pesados e tiveram seus dados anotados. Poucas mulheres preencheram o campo específico e também poucos trabalhadores preencheram os antecedentes familiares. Na F.O., o último item é o Anexo B (diagrama de desconforto).

ANEXO C – ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL E PSICOLOGIA NOS EPS 2013

ENTREVISTA EXAME PERIÓDICO DE SAÚDE (Serviço Social e Psicologia)

Nome: _____ CPF: _____

Setor: _____

Tempo de serviço: _____ Idade: _____ Função: _____

Vínculo: () RJU () CLT () Bolsista () Cedido () Anistiado () Estágio

Transferência/Remoção: (Se ocorreu, citar a lotação anterior) _____

Motivo: _____

Ambiente e condições físicas

1. Você está exposto a quais destes fatores?

() ruído constante ou incômodo () radiações (material radioativo, RX) () calor intenso

() frio intenso () vibrações (oscilações ou tremores no corpo)

() agentes biológicos: _____

() agentes químicos: _____

() outros fatores de risco: _____

Instalações e ferramentas de trabalho:

2. No seu local de trabalho **tem:**

Banheiros suficientes e/ou adequados () sim () não

Espaços de convivência para pausas, lanches () sim () não

Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza () sim () não, por quê?

Mobiliário adequado () sim () não, por quê? _____

Equipamentos e ferramentas adequados () sim () não, por quê? _____

Fatores organizacionais

3. Você realiza tarefas incompatíveis com o seu cargo/função? () sim () não () às vezes

Quais? _____

4. Tem autonomia para modificar seu processo de trabalho? () sim () não () poucas vezes

5. Seu trabalho é monótono/repetitivo? () sim () não () às vezes

6. Executa tarefas complexas sem ter sido capacitado? () sim () não () às vezes

7. Tem oportunidade de fazer cursos de capacitação/atualização? () sim () não () poucas vezes

8. Existem pessoas suficientes para realizar as atividades no seu setor? () Sim () Não

9. Sente-se sobrecarregado? () Não () Sim () às vezes.

10. Há uma divisão equilibrada do trabalho entre as pessoas do seu setor?

() Sim () Não, por quê? _____

11. Existe clareza na definição das suas atribuições?

() Sim () Não, por quê? _____

Você costuma ficar além do horário de trabalho? () Não () Sim () Eventual

Costuma levar trabalho para casa? () Não () Sim () Eventual

Costuma trabalhar nos finais de semana? () Não () Sim () Eventual

Relações no trabalho

12. Você tem apoio dos seus colegas de trabalho para realizar suas atividades? () sim () não () às vezes

13. Existe bom relacionamento interpessoal no seu setor? () sim () não () às vezes

14. Sente-se livre para contribuir com críticas e sugestões à chefia? () sim () não () às vezes

15. Sua equipe de trabalho tem um bom relacionamento com a chefia? () sim () não () às vezes

16. Já passou por algum tipo de constrangimento provindo da chefia ou de alguém da equipe?

Sim, pela chefia Sim, pela equipe Por ambos

Não. Quantos episódios em média? _____ Como aconteceu? _____

Continua acontecendo? Sim Não

Acidente de trabalho

17. Sofreu algum acidente e/ou incidente de trabalho?

Não Sim Típico Trajeto Doença e Agravos Relacionados ao Trabalho. Como foi? _____

Em caso afirmativo, foi realizada a Notificação? Não Sim

Em caso afirmativo, realizou perícia? Sim Não, pq? _____

Em caso de acidente com material biológico, foi feito acompanhamento? Sim Não

A que você atribui ter sofrido o acidente?

Condições inseguras sobrecarga de trabalho Falta de equipamento outros _____

Satisfação e reconhecimento no trabalho

18. Numa escala de 0 a 10, qual o grau de satisfação com o seu trabalho? _____. Por quê? _____

19. Seu trabalho é reconhecido pelas chefias? sim não às vezes

20. Seu trabalho é reconhecido pelos colegas? sim não às vezes

Participação em associações, movimentos sociais

21. Participa de movimentos sociais, sindicais e políticos (Sindicato, Conselho profissional, CIPA, Comissão de Saúde do Trabalhador)?

Não Sim Qual: Sindicato CIPA – Comissão de Saúde do Trabalhador

Conselho Profissionais Outros: _____

Família

22. Reside com:

Só Pai Mãe Companheiro(a) Filhos Quantos? _____ Idade: _____

Irmão(s) Quantos? _____ Avó(s) Quantos? _____ Outros _____

23. Dentre essas pessoas, algumas precisam de cuidados especiais (pela idade avançada, questões de saúde) Não Sim Quem? _____ Qual? _____

Existe alguma outra questão no contexto familiar? Não Sim Qual? _____

24. Tais questões geram interferência no seu trabalho?

Não Sim. Quais? Falta de Concentração Irritabilidade Outros _____

25. O trabalho interfere no relacionamento familiar?

Não Sim Como?

Irritabilidade Falta de tempo pra família Outros _____

SUGESTÕES.

Você gostaria de apresentar alguma sugestão (para: a Instituição – o seu setor de trabalho etc.)?

Rio de Janeiro, ____/____/____

Entrevistador (a)