

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

FRANCIELI LOPES

**FALANDO SOBRE A DEPRESSÃO NO MUNDO DO TRABALHO E A
INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO**

Teresa K.L.
Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 16/10/2004

FLORIANÓPOLIS, 2003/2.

FRANCIELI LOPES

**FALANDO SOBRE A DEPRESSÃO NO MUNDO DO TRABALHO E A
INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Vera Inêz Gauer Nilsson.

FLORIANÓPOLIS, 2003/02.

FRANCIELI LOPES

**FALANDO SOBRE A DEPRESSÃO NO MUNDO DO TRABALHO E A
INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Professora Vera Inêz Gauer Nilsson

Orientadora

Lindomar Oscar Machado

Assistente Social/EPAGRI

Laércio Torres

Engenheiro Agrônomo/Gerente de

Recursos Humanos - EPAGRI

FLORIANÓPOLIS, 2003/02.

Dedico este trabalho aos meus pais Arino e Eli por acreditarem no meu potencial.

E apoiarem as minhas escolhas

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço à minha família, em especial aos meus pais, por estarem sempre ao meu lado, pela ajuda e amor incondicional, sem os quais este trabalho não teria chegado ao fim. E também a minha irmã Cristiane, que durante a minha vida acadêmica sempre mostrou-se presente, sua ajuda foi imprescindível para minha formação.

A minha orientadora, Prof. Vera Inêz Gauer Nilsson, pelo incentivo, confiança e ajuda. Para mim foi mais que uma orientadora: uma amiga, que com seu entusiasmo, e sabedoria, foi de fundamental importância nos momentos decisivos deste trabalho.

À Empresa de Pesquisa e Extensão Agropecuária de Santa Catarina que possibilitou a realização do Estágio Curricular Obrigatório. Em especial, a Assistente Social Lindomar Oscar Machado que com sua experiência possibilitou o convívio com suas atividades diárias durante o período de estágio. Agradeço também, o Sr. Laércio Torres, Gerente de Recursos Humanos da EPAGRI pela disponibilidade de participar da Banca Examinadora.

A meus amigos e amigas de todas as horas, pela troca de experiências e amizades que se estabeleceu, Ana Paula, Karla, Luciana, Mariana, e tantos outros. Principalmente a minha amiga Ana Paula que durante a vida acadêmica tornou-se mais que amiga, uma verdadeira irmã. E também a minha amiga Ângela pelos momentos de distração.

Agradeço ao Departamento de Serviço Social, no qual prestei atividade de Monitoria por dois anos.

A todos que participaram diretamente ou indiretamente, deste trabalho, tornando possível o alcance dos resultados almejados.

E finalmente Agradeço a Deus por todos os momentos em que se faz presente em minha vida...

[...] as coisas podem até piorar, mas sei também que é possível intervir para melhorá-las [...] sei que a minha passagem pelo mundo não é determinada, preestabelecida. Que o meu destino não é algo, mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir [...] consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele.

Paulo Freire

LISTA DE SIGLAS

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CASACARESC – Caixa Assistencial e Beneficente dos Funcionários da Associação de Crédito e Assistência Rural

CEAS - Conselho Estadual de Assistência Social.

CEME - Central de Medicamentos

CEPEA – Centro de Pesquisa Agropecuária

CETRE - Centro de Treinamento

CIDASC - Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CISAT - Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

COEP - Comitê de Combate à fome e pela Cidadania

CUT - Central Única dos Trabalhadores

DATAPREV - Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social

DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa em Saúde dos Ambientes e Trabalho

DORT/ - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

EPAGRI - Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina

FAPER – Federação das Associações de Funcionários da Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina

FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

FUNRURAL - Fundo do Trabalhador Rural

GEISAT - Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador

IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

ICEPA - Instituto de Planejamento e Economia Agrícola de Santa Catarina

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica Provedenciaria

INST - Instituto Nacional de Saúde no Trabalho

LBA - Legião Brasileira de Assistência

LER - Lesão por Esforço Repetitivo

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

LOS - Lei Orgânica do SUS

NOB -Norma Operacional Básica

NOST - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS -Organização Mundial de Saúde.

PRORURAL - Programa de Assistência ao Trabalhador Rural

PST - Programas de Saúde do Trabalhador

SAR – Secretaria da Agricultura e Desenvolvimento Rural

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SINPAS -Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Entrevistados

Figura 2: Função/Feminino

Figura 3: Função/Masculino

Figura 4: Escolaridade/Feminino

Figura 5: Escolaridade/Masculino

Figura 6: Renda/Feminino

Figura 7: Renda/Masculino

Figura 8: Renda/Questionários Não Identificados

Figura 9: Unidade Familiar/Feminino

Figura 10: Unidade Familiar/Masculino

Figura 11: Unidade Familiar/Questionários Não Identificados

Figura 12: Interesse pela temática

Figura 13: Conhecimento de alguém do meio com depressão

Figura 14: Vínculo

Figura 15: Abordagem

Figura 16: Serviço de Apoio

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
	Capítulo I	
2	A SAÚDE NO BRASIL E A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	16
2.1	A saúde no Brasil.....	16
2.2	A preocupação com a saúde do trabalhador.....	21
2.3	O sentido do trabalho.....	33
2.4	Falando de depressão para além da aparência.....	41
	Capítulo II	
3	APRESENTANDO A EPAGRI E A TEMÁTICA ESTUDADA.....	46
3.1	A EPAGRI.....	46
3.2	O Serviço Social na EPAGRI.....	49
3.3	O Programa de Saúde Preventiva.....	55
3.4	Aproximação com o objeto de estudo.....	60
3.5	Metodologia da Pesquisa.....	62
3.6	Perfil dos trabalhadores da EPAGRI– Sede Administrativa.....	65
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
	REFERÊNCIAS.....	96

LISTAS DE NOTAS.....	100
APÊNDICES.....	102
APÊNCIDE A - Questionário: Saúde Preventiva – Serviço Social.....	103
APÊNDICE B - Questionário De Pesquisa.....	107
ANEXOS.....	111
ANEXO A – Estrutura Organizacional Matricial Da EPAGRI.....	112
ANEXO B - Proposta de Organograma da Gerencia de Recursos Humanos.....	113

1 INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é um assunto que há algum tempo vem sendo abordado por vários autores, no entanto ainda se constitui como uma temática que merece atenção, haja visto que dentro do mundo do trabalho torna-se primordial discutir a saúde dos trabalhadores e também a própria incidência de doenças.

Com o passar do tempo a saúde foi adquirindo várias conotações; nos primórdios era vista apenas como ausência de enfermidades e afecções, sendo atualmente vista como algo que vai além da ausência de saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde “[...] a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social [...]”, ou seja há a necessidade de entender o indivíduo como um todo.

Logo, percebe-se um avanço nas doenças relacionadas a aspectos físicos, psíquicos e sociais no mundo do trabalho, pois esse pode ser encarado como um constituinte da identidade do trabalhador, assumindo um papel essencial para assegurar a saúde, mas também nos contextos nos quais se insere leva a precarização de condições e oportunidades, contribuindo para um possível adoecimento dos trabalhadores. Surgindo assim, doenças como a depressão e o estresse que podem ser provocadas pela compulsão ao trabalho ou do não trabalho.

A base para o desenvolvimento deste trabalho foi o estágio realizado na Empresa de Pesquisa e Extensão Agropecuária – EPAGRI. A partir da realização do estágio no período de 10 de março a 17 de julho de 2003 percebeu-se que o foco do trabalho do Serviço Social é a saúde do trabalhador, evidenciou-se que muitos atendimentos realizados pela assistente social eram voltados para questões relacionadas à saúde. O objetivo em abordar a depressão derivou

de alguns atendimentos e também da elaboração de um questionário que foi utilizado como um instrumento de coleta de dados, que apontou o interesse pela temática por parte 57,1% dos trabalhadores.

Na atualidade a depressão atinge cerca de 340 milhões de pessoas em todo o mundo, é atualmente apontada pela OMS como a quinta maior questão de saúde pública e até 2020 deverá ocupar o segundo lugar. Assim, procura-se discorrer sobre a temática trazendo alguns pontos relevantes para o entendimento da doença no âmbito da saúde do trabalhador.

Desta forma, para o presente Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado uma pesquisa exploratória junto aos trabalhadores da Sede Administrativa da EPAGRI, utilizando-se como instrumental de coleta de dados o questionário. Para o referencial teórico realizou-se pesquisa documental e bibliográfica.

Em relação à estrutura, o trabalho apresentará no primeiro capítulo, a trajetória da saúde e da saúde do trabalhador, o trabalho e a depressão. Será privilegiado neste primeiro capítulo identificar a crescente preocupação com a saúde do trabalhador e as transformações que foram ocorrendo com o passar do tempo.

No segundo capítulo, estaremos situando a EPAGRI, para posterior exposição da metodologia da pesquisa e conseqüente análise de dados.

No item Considerações Finais, estaremos apresentando uma síntese das reflexões trabalhadas neste estudo, bem como nossas sugestões aos diretamente envolvidos com a temática dentro da empresa.

Com o estudo realizado nessa direção, e cujos resultados serão apresentados neste trabalho, não se pretende esgotar a discussão, mas contribuir com o debate sobre o tema,

através de uma revisão teórica que possibilite a ampliação da produção de literatura sobre a saúde do trabalhador.

Capítulo I

2 A SAÚDE NO BRASIL E A SAÚDE DO TRABALHADOR

A preocupação com a saúde do trabalhador teve um aumento considerável após a Revolução Industrial, embora já há alguns séculos a temática vinha sendo abordada. Percebe-se que o tema tem se constituído em motivo de vários estudos e pesquisas em diferentes áreas. Assim, nesse capítulo busca-se apresentar a trajetória da saúde do Brasil enfocando a saúde do trabalhador.

2.1 A saúde no Brasil

Segundo Luz (1991), as políticas e instituições de saúde desempenharam um papel histórico inegável para a constituição e estabilização da ordem sócio política brasileira. O papel continuado das políticas e instituições pode ser percebido e analisado ao longo dos períodos que marcaram as principais conjunturas de nossa história.

No que diz respeito ao período da Primeira República (1889-1930), foram criados e implementados neste contexto os serviços e programas de saúde pública nacional (central). Sendo que, a frente da Diretoria Geral de Saúde Pública estava Oswaldo Cruz, organizando e implementando, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil, adotando assim, o modelo das campanhas sanitárias. Em torno desse modelo se estruturou o discurso dominante na política de saúde, simultaneamente às políticas de urbanização e de habitação.

No período seguinte de 1930 a 1950 denominado por Luz (1991), como Estado Populista, ocorre a criação dos Institutos de Seguridade, os denominados IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões, pago pelos empregadores e empregados, estes eram organizados por categorias. Os respectivos institutos foram criados por Vargas em 1930, favorecendo as camadas de trabalhadores.

Desde o início da Era Vargas, a implantação dos programas e serviços de auxílios e de atenção médica foram impregnados de práticas clientelistas. Contudo, no Estado Novo, Vargas dominou politicamente os IAPs, cujas direções eram formadas sob controle estatal.

Na década de 1950, o Brasil deixou de ser agro-exportador para adotar medidas de industrialização, acarretando em um aumento da população urbana, fazendo com que se passasse a dar uma maior ênfase por parte do governo nas políticas destinadas aos centros urbanos e aos cuidados com a população que dele passou a fazer parte.

O período que compreende de 1900 a 1950, ficou marcado pelo centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública, e do lado de instituições de previdência, incluindo as de atenção médica, encontram-se o clientelismo, populismo e o paternalismo. Essa prática adotada há mais de 70 anos é ainda presenciada na atual conjuntura, pois, as políticas de saúde se encontram ainda com resquícios de autoridade, percebíveis em diversos setores que prestam atendimento aos usuários desse serviço, esses usuários acabam assim internalizando a idéia do Estado como o “grande pai”.

O período de 1950 a 1960 que se segue, de acordo com Luz (1991), ficou conhecido como Período do Desenvolvimento, foi marcado pela tentativa de implantar-se um projeto nacional de desenvolvimento econômico “moderno” e pela crise do regime populista e nacionalista dos anos de 1960. Neste contexto, as políticas de saúde exprimiam essa dupla

realidade de desenvolvimento e de crise. Todavia o modelo campanhista, ainda predominava largamente nos órgãos de saúde pública do então Ministério da Educação e Saúde.

Por outro lado, vários eram os movimentos sociais nos anos de 1960, que reivindicavam reformas de base, mais precisamente uma reforma sanitária consistente e conseqüente. Para Luz (1991), os vinte anos da ditadura militar, foram interrompidos por algumas conjunturas específicas, sobretudo no aspecto das políticas de saúde.

Já durante o período denominado “milagre brasileiro” que compreende os anos de 1968-1974, o Brasil estabeleceu uma política de saúde diferente dos dois modelos anteriores, sendo que esta reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista, e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária, não alterando sua base.

É perceptível que, a política de saúde do milagre se produziu coerente com a política econômica, que preconizava um crescimento acelerado com uma elevada taxa de produtividade, conjugada a baixos salários para a grande parte da população. Entretanto, esta política desfavoreceu a maioria das categorias, favorecendo apenas os trabalhadores especializados, que obtinham altos salários, possibilitando o aumento do consumo, sendo assim a saúde passou a ser vista como um bem de consumo.

Desta forma, esta política visava apenas os que podiam consumir, sendo que, a outra grande parte ficava a mercê dos precários serviços prestados. Apesar de, na atualidade terem surgido novas políticas públicas de saúde, a população ainda continua castigada, embora se tenha mudado o sistema, a tática continua, isto é para se ter maior qualidade nos serviços prestados no campo da saúde, é preciso estar dentro das condições estabelecidas para efetuar o pagamento dos custos médicos crescentes.

A política sanitária da conjuntura do milagre brasileiro obteve uma série de conseqüências institucionais e sociais, entre as quais a progressiva predominância de um

sistema de atenção médica de massa sobre uma proposta de uma medicina social e preventiva. Obviamente que todos os efeitos e conseqüências derivados desta política, acabariam assim por emergirem numa grande insatisfação popular, sendo que esta situação se tornou mais explosiva no fim da conjuntura do milagre, constituindo a sua derrota e prelúdio da morte das políticas de saúde desse período.

[...] Os serviços de saúde se tornaram o foco da crise do modelo de política social, e a sociedade civil ganhou as ruas para pedir novas políticas sociais que pudessem regulamentar seus direitos de cidadania e saúde, sendo este visto como um dever do Estado. Neste contexto a saúde pela primeira vez era vista como um direito universal e dever do Estado [...]. (LUZ, 1991, p. 206).

A reorganização do Brasil rumo a um Estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa. Na década de 1980 as políticas públicas desempenharam um papel muito importante na consolidação da ordem republicana.

Para Luz (1991), os interesses eram muito contraditórios nos anos de 1980 as políticas de saúde eram utilizadas como forma de manter a ordem. Foi um período marcado por interesses prioritários de uma oligarquia da saúde, opostos aos da clientela de trabalhadores. Esta oligarquia, era formada por proprietários de empresas, grandes hospitais, clínicas médicas privadas, indústria de equipamentos médicos e empresas de produtos farmacêuticos, que tinham interesses privatizantes e internacionalizantes opostos aos da massa de trabalhadores que defendia a estatização e a nacionalização do setor da saúde.

A autora faz assim um enfoque ao debate entre o privado e o estatal, ou entre o nacional e o internacional, um debate que já permeia a política de saúde desde 1950. Perpassam pelas discussões e conflitos, a gestão, a distribuição, o financiamento e a avaliação dos serviços de saúde. Sendo que, a sociedade civil, começa a tomar consciência do papel da

saúde e das instituições médicas na vida coletiva, pois são elas que financiam os serviços médicos e, portanto, deveriam ser atendidos.

Luz (1991), aponta que os segmentos da sociedade tinham o Estado como coordenador e o gestor dessas políticas, isto fez que houvesse uma dificuldade na própria estrutura privada de atenção médica construída nos anos de 1970, porém contida nos anos de 1980, onde o Estado passa a desenvolver novos programas e serviços públicos.

Na década de 1980 a concepção de saúde passou a ser vista como um direito civil, isto é, como um direito do cidadão e um dever do Estado. Esse direito só foi reconhecido na Constituição de 1988, no entanto essa visão da saúde continuou a ser vinculada ao trabalho. Aqui se enquadra uma característica das políticas de saúde que perpetuaram durante várias décadas, sendo incluídos somente aqueles que trabalhavam no processo de atendimento médico. A autora coloca ainda que essa visão é tradicional nas políticas de saúde do Brasil, e que assim aqueles que não faziam parte do mercado formal de trabalho ficavam destituídos desse direito.

Ainda que, somente alguns grupos partidários e movimentos sociais incorporem essa nova noção de saúde com a nova Constituição, como mencionado acima, expandiu essa nova conceituação de saúde para outros setores da sociedade, como também avançou as lutas dentro da política social, e mais abrangentemente a política social do país.

A seguir trazemos a trajetória da saúde do trabalhador e suas configurações no decorrer do tempo.

2.2 A preocupação com a saúde do trabalhador

Numa sociedade onde a organização do trabalho é voltada para assegurar o nível de produtividade em função do lucro, a relação entre trabalho e saúde está em frontal contradição, fato que se modifica em decorrência da relação do equilíbrio de forças entre a classe dominante e a classe operária. “[...] É sobre a base deste equilíbrio de forças que a sociedade exprime as normas legislativas e a organização dos serviços de saúde voltadas para atender o trabalhador [...]”. (COSTA F. et al. 1989, p.27).

As inter-relações entre trabalho e saúde são conhecidas desde a Antiguidade sendo possível detectar algumas referências desde os papiros egípcios e no mundo grego romano. Nesta época existia um desinteresse no assunto, já que os trabalhos mais pesados ou de maior risco eram destinados a escravos oriundos de nações subjugadas.

As primeiras preocupações ligadas à patologia do trabalho são as observações de Lucrécio, um século antes da Era Cristã. Na Idade Média pouco é conhecido sobre as relações entre trabalho e saúde. Mais adiante, as observações concentram-se nos problemas de saúde provocados pela atividade extrativa mineral, até porque a importância das nações do século XVI e, em parte dos seguintes, seria proporcional à quantidade de metais preciosos extraídos. (A PROBLEMÁTICA..., 2001, p.1)

Já os primeiros estudos que abordaram a relação entre trabalho e saúde são atribuídos a Ramazzini, que em 1633 estabeleceu alguns dos princípios básicos do conceito de medicina social como, a necessidade do estudo da ligação entre o estado de saúde de uma dada população e suas condições de vida.

A evolução Industrial ocorrida na Europa, na primeira metade do século XIX, foi um movimento que impôs grandes mudanças no modo de produção, passando da manufatura para a maquinofatura e em seguida, para a máquina, afetando a vida e a saúde dos trabalhadores.

No final do século XIX e início do século XX, é concebida a OIT - Organização Internacional do Trabalho a qual consolida-se no pós-guerra, em 1918, no Tratado de Versalhes, como o organismo regulador internacional nas relações entre o trabalho e o capital. Segundo Grott e Neto (2002, p. 30) a OIT foi instituída “[...] com o propósito de uniformizar o trato das questões trabalhistas, assegurando a paz mundial, a superação das condições subhumanas de trabalho e o desenvolvimento econômico [...]”.

Neste período surgiam as primeiras e significativas Resoluções, Recomendações e Acordos Internacionais do Trabalho, tornando os países signatários responsáveis por adotar em suas respectivas legislações, a proteção ao trabalho da mulher, a de impedir o trabalho infantil, a de proteger os operários em trabalhos considerados perigosos, insalubres e penosos.

[...] As condições de trabalho eram precárias, o ambiente inadequado, as jornadas muito longas, os salários baixos e cada empregadora tinha as suas próprias regras, não existindo nenhuma norma governamental que interferisse ou regulasse essa atividade. Dessa forma, toda a sorte de acidentes graves, mutilantes e fatais, atingiam os trabalhadores incluindo crianças e mulheres. [...]. (A PLOBLEMÁTICA... , 2001, p. 1)

Essas más condições e exploração de mão-de-obra resultaram em uma taxa de mortalidade que superava a de natalidade, colocando em risco a reprodução da força de trabalho. A situação foi sendo alterada quando do surgimento de um intenso movimento social

que levou a burguesia a introduzir medidas que modificassem o cenário criado pela industrialização, dando prioridade a atenção médica e os riscos relacionados ao trabalho.

Logo, surge o aumento das estatísticas de indivíduos portadores de doenças profissionais, criou-se a necessidade da realização de um fórum para a troca de experiências e harmonização de conceitos e critérios para uma medicina do trabalho, com a criação de eventos internacionais relacionados à patologia do trabalho, resulta na realização do I Congresso Internacional de Doenças do Trabalho, na cidade de Milão, em 1906. Este evento levou à criação de uma Comissão Permanente Internacional de Saúde Ocupacional, cuja tarefa principal seria organizar um congresso internacional a cada três anos. (A PROBLEMÁTICA..., 2001, p.1).

A preocupação com a saúde do trabalhador se mostra constante ao longo da história da humanidade. A ideia da melhoria de condições de vida e trabalho amplia-se com a criação da Organização Mundial de Saúde em 1948, que estabeleceu o conceito de que “[...] saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades [...]” e que o “[...] gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia, política ou condição econômica e social [...]”. (GROTT; NETO, 2002, p.31).

No início da vida republicana, a posição do Brasil na divisão internacional do trabalho é tipicamente a de economia agro-exportadora, fortemente baseada no café. Com os capitais gerados pela exportação do café, inicia-se o primeiro ciclo de industrialização do país, em particular na região sudeste. Surgindo então, a preocupação com a patologia do trabalho principalmente em relação a doenças como a cólera, a peste e a febre amarela.

No início do século XX no Brasil começa a ficar evidente que não bastam medidas de higiene, das boas intenções dos sanitaristas e as precárias medidas de intervenção nos locais de trabalho tomadas pela saúde pública. Assim, o movimento social volta-se às condições de trabalho e aos ambientes de trabalho, chamando a atenção para o impacto desta “revolução industrial” sobre a saúde e a vida dos trabalhadores.

Sob a influência direta das imigrações e como reflexo dos movimentos sindicais europeus, as lideranças ideológicas conseguem mobilizar a classe operária na grande questão social. Em consequência, seguem-se as famosas greves de 1907, 1912 e as grandes greves de 1917 a 1920, que expuseram as más condições e jornadas prolongadas impostas ao trabalhador, responsabilizando-as por doenças, acidentes e mortes prematuras, o que levou o setor privado a começar a pagar seguros de acidentes do trabalho.

Na seqüência uma conquista é citada por Silva M. (1995, p.33), “[...] no ano de 1919 ocorreu a regulamentação do Acidente de Trabalho, através do Decreto- Lei nº 3724 que responsabilizava o empregador pelos acidentes ocorridos no trabalho, cabendo as empresas privadas (seguradoras) cobrir os gastos [...]”.

Silva M. (1995), aponta que, no ano de 1923 é aprovada a lei Eloy Chaves, a primeira lei acidentária do país. Foram então instituídas as CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão, que tinham função de prestar benefícios e assistência médica a seus filiados e dependentes. As primeiras CAPs foram criadas nas empresas de estradas de ferro, seguidas pelas demais, sendo facultativa naquelas com menos de cinquenta funcionários.

Já o Estado instituiu através das CAPs um seguro social de caráter assistencialista e não universalizante com a forma tripartite de financiamento (empregados, empregadores e

Estado) dando acesso ao trabalhador e seus dependentes à assistência médica na condição de filiado. Para Silva M. (1995), a década de 1930 foi marcada por dois importantes acontecimentos: a criação dos Ministérios do Trabalho e da Indústria e Comércio e da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, que foi promulgada sob a forma de decreto-lei. O Estado define assim, sua atuação na higiene e segurança do trabalho, retirando da saúde pública esta função.

Em 1934 são nomeados os primeiros inspetores médicos do trabalho, tendo como função à inspeção higiênica dos locais de trabalho e estudo das doenças e acidentes profissionais. Neste período intensificaram-se as preocupações com a patologia do trabalho no país.

No período de 1933 a 1938, as CAPs vão sendo unificadas e absorvidas pelo IAPs, que se diferencia das primeiras pela presença direta do Estado na sua administração. Esse Instituto tem caráter nacional e congrega os trabalhadores por categoria profissional, segmentando-os por inserção nos diferentes setores de atividade.

Ainda no ano de 1934, foram agregados à constituição brasileira, que antes abrigava apenas direitos políticos e civis, os direitos inspirados na Encíclica do Papa Leão XIII.

[...] A Encíclica *Rerum Novarum*, publicada em 1894 foi o primeiro documento histórico que visava melhorar as condições sociais e econômicas dos trabalhadores. Na época, em decorrência da industrialização, aumentava o número de doenças, acidentes e mortes relacionadas ao trabalho, aliados as más condições de vida da população. Esse contexto influenciou a Igreja e motivou a elaboração da Encíclica pelo Papa Leão XIII, na tentativa de solucionar os grandes desentendimentos entre patrões e empregados e as denúncias por parte dos trabalhadores e de suas organizações político-intelectuais [...]. (A PROBLEMATICA...2001, p.3).

Na década de 1940, as mudanças ocorridas na atuação do Estado no que se refere à melhoria das condições sócio - econômicas da vida do trabalhador, à segurança e higiene no trabalho, e à preocupação com acidentes e doenças profissionais, levaram ao estudo de determinadas patologias do trabalho, relacionadas com o panorama econômico do país.

Após a II Guerra Mundial, os trabalhadores foram expostos a condições de trabalho extremamente adversas e extenuantes porque, terminado o conflito bélico, surgiu um intenso esforço industrial. O custo provocado pela perda de vidas em acidentes de trabalho ou mais especificamente por doenças do trabalho começou a ser sentido tanto pelos empregadores, ávidos de mão-de-obra produtiva, quanto pelas companhias de seguro, prejudicadas pelo pagamento de altas indenizações.

Surgia assim, a organização de uma nova divisão internacional do trabalho, simultaneamente a tecnologia industrial evoluía de forma acelerada, o que refletia no desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos e síntese de novos produtos químicos. Em consequência, a medicina do trabalho tornou-se incapaz de intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção. Nesse contexto, houve uma crescente insatisfação dos trabalhadores atingidos e questionamento dos empregadores onerados pelos custos dos agravos à saúde. (A PROBLEMÁTICA..., 2001, p.3).

Ampliou-se então, a atuação médica direcionada ao trabalhador, traduzida pelo desenvolvimento da saúde ocupacional, principalmente dentro das grandes empresas. Esse novo enfoque assumiu caráter multi e interdisciplinar, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais dando ênfase a “higiene industrial”, refletindo assim a

influência das escolas de saúde pública. O ritmo da industrialização é ainda mais acelerado durante a década de 1950 e o sistema previdenciário cresce em volume de recursos e clientela.

No ano de 1960 foi criada a LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social, promulgada sob forte pressão dos trabalhadores. A LOPS propõe uniformização dos benefícios prestados pelos institutos e responsabiliza a Previdência Social pela assistência médica de seus previdenciários.

Em 1964, com o golpe militar, o Estado implementa um projeto de 1945 unificando a Previdência Social. E em 1966 é criado o INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, o seguro de acidentes de trabalho passa a ser também responsabilidade da Previdência Social.

O FUNRURAL - Fundo do Trabalhador Rural é criado no ano de 1963 e a partir de 1971 com a criação do PRORURAL - Programa de Assistência ao Trabalhador Rural passa a receber fundos específicos para sua manutenção. Estes fatos representam a extensão da Previdência Social aos trabalhadores rurais, pois até então, era estritamente urbana.

No decorrer da década de 1970, com a instalação da indústria pesada ocorre piora das condições e ambientes de trabalho, acarretando o aumento considerável dos acidentes de trabalho. Paralelamente o Estado dificulta concessões e pagamentos de benefícios previdenciários.

Até 1976 a Previdência Social arcava com todas as despesas dos acidentados imediatamente após o evento, a partir desta data, passou a ser considerada sua responsabilidade no décimo sexto dia, sendo os anteriores pagos pela empresa, acarretando a diminuição do número de acidentes relatados.

Em 1977 é feita a reformulação do sistema previdenciário e cria-se o SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e é extinto o FUNRURAL. Acrescentam-se extensões na cobertura da previdência social, como concessão aos trabalhadores rurais acidentados no trabalho, salário maternidade (que era responsabilidade da empresa), benefícios às empregadas domésticas e trabalhadores autônomos desde que contribuintes do sistema, entre outros.

O SINPAS era composto pelo INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária, IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social, DATAPREV - Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social, LBA - Legião Brasileira de Assistência FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, CEME - Central de Medicamentos.

Em 1979 é instalada a CISAT - Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho e no ano seguinte o DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa em Saúde dos Ambientes e Trabalho que estimulam vários sindicatos a criarem estruturas para socialização dos conhecimentos e práticas voltadas para ação preventiva em saúde do trabalhador, que até então era responsabilizado pelos acidentes que sofria.

Assim, iniciam-se articulações em torno das organizações governamentais para modificar o perfil de órgãos e instituições. Este esforço ocorreu em dois níveis: ampliou-se os quadros técnicos no Ministério do Trabalho que teve como consequência a realização de concurso público para a contratação de médicos e engenheiros para as Divisões de Segurança e Medicina do Trabalho e trouxe a questão de saúde do trabalhador para o campo da saúde

pública, tendência que se reforçava internacionalmente com as propostas de Atenção Primária à Saúde da População Trabalhadora, discutidas pela OMS.

Os sindicatos dos trabalhadores, junto com o DIESAT como órgão de apoio, propuseram a criação de um fórum interinstitucional permanente para discutir as questões das inter-relações da saúde com o trabalho, que funcionaram de 1983 a 1985. Eles congregaram instituições públicas de ensino, pesquisa, prestação de serviços, entidades não governamentais, sindicatos e federações de trabalhadores e puderam identificar quais eram as atividades econômicas que apresentavam maior risco de acidentes e doenças, propondo políticas de caráter preventivo.

Segundo Silva M. (1995), no final da década de 1970 inaugurou-se um novo momento político no Brasil, quando houve uma reação contundente da sociedade. O movimento dos trabalhadores é rearticulado e por todos os lugares, explodem greves, manifestações e passeatas.

Já no início da década de 1980 houveram revoltas e inseguranças permanentes para os segurados da Previdência e demais brasileiros, pois fica em evidência a crise da Previdência Social, demonstrando a fragilidade da instituição. Uma crise que tornou-se evidente em vários aspectos.

[...] No aspecto financeiro altos valores dos déficits divulgados, nem sempre confiáveis, e sobretudo pelos baixos valores dos benefícios, atraso nos pagamentos, grande número de ações contestações na justiça, morosidade intensionais para concessão de novos benefícios. No aspecto administrativo observa-se a ineficácia na fiscalização e cobrança de débitos, falhas e caduquice da legislação, falta de auditorias, estrutura burocrática e desorganizada, gigantescas filas, poucos postos de atendimento, reduzido número de funcionários. Nos aspectos ético e político, as denúncias constantes de fraudes e corrupção

e o clientelismo, um sistema incapaz de atender com um mínimo de dignidade aos seus usuários [...]. (SILVA M., 1995 p. 50).

Segundo Costa F. (1989), em 1985 são implantados os PST - Programas de Saúde do Trabalhador . Logo após o PST de Salto (1984), surgiram os programas de Bauru, Baixada Santista e Campinas seguidos em 1986 pelos programas da Zona Norte e ABC que já começavam a se desenhar, na forma de Serviços de Saúde do Trabalhador, matriz para os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador criados posteriormente. Foram criados núcleos de saúde do trabalhador o que ampliou o espaço de atuação pública que passou a realizar efetivas intervenções sob fundamentação sanitária.

Esse período se caracterizou por uma tendência acentuadamente intervencionista e muitas vezes substitutiva da luta e da ação autônoma dos trabalhadores, antítese do que se buscava na época: a criação de serviços multidisciplinares capazes de dar apoio técnico às lutas dos trabalhadores em defesa de sua saúde nos locais de trabalho.

Em 1986 é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, em Brasília, depois da qual se desencadeou um processo de implantação dos PST por todo o país, muitos dos quais utilizaram como referência os PST em funcionamento em São Paulo acrescentando adequações regionais.

A Constituição de 1988 e as eleições municipais do mesmo ano abriram um leque de perspectivas para a saúde do trabalhador, regionais e locais, que se constituíram na proposta mais articulada de Serviços de Saúde do Trabalhador que agregava as ações de assistência à saúde e vigilância, com atividades ambulatoriais, de intervenção nos ambientes de trabalho e de atendimento, acompanhamento, registro e vigilância de acidentes e doenças do trabalho. A

proposta era para a participação dos trabalhadores em todos os níveis, inclusive na gestão do serviço e na escolha do coordenador. Infelizmente devido a fatores político-eleitorais poucos Centros de Referência foram implementados seguindo todos os itens propostos.

Na década de 1980 os trabalhadores ainda conquistaram a CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. Este processo culmina com a criação de estruturas nacionais das centrais sindicais como o INST - Instituto Nacional de Saúde no Trabalho, em 1990. Na Força Sindical foi criada a Coordenadoria Nacional de Saúde, Ambiente e Condições de Trabalho (1993), que entre outras ações, inseriu o debate sobre meio ambiente no movimento sindical . Em 1994 a CUT - Central Única dos Trabalhadores define em seu V Congresso Nacional a sua política de atuação na área, inserindo as questões de saúde do trabalhador e meio ambiente como parte de sua estratégia de intervenção.

A Constituição Federal apontada por Grott e Netto (2002, p.33-44), “[...] como divisor de águas no tocante à tutela do trabalhador constituindo-se como marco principal da introdução da etapa da saúde do trabalhador no ordenamento jurídico nacional [...]”.

Essa Constituição contempla a Saúde como um direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação do SUS - Sistema Único de Saúde , universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos.

Segundo o texto legal a organização do SUS deve obedecer as seguintes diretrizes: descentralização com a fixação das direções pelas esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e assistenciais, a participação da comunidade, difundida como controle social. O detalhamento dessas diretrizes e as modalidades operacionais previstas foram regulamentadas por leis

ordinárias, conhecidas como a LOS - Lei Orgânica do SUS. Assim, à esfera federal compete a formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normalização, a avaliação e o controle do Sistema de abrangência nacional; à esfera estadual compete a formulação da política estadual de saúde, e a coordenação e o planejamento do Sistema de abrangência estadual; e à esfera municipal compete a formulação da política municipal de saúde, a provisão das ações e serviços de saúde. Diante desta profusão de competências concorrentes entre as diferentes esferas, nota-se as falhas relativas à descentralização do SUS.

A constituição que rege a Legislação trabalhista atual é a Constituição Federal de 1998, no título VIII da Ordem Social, no artigo 200 item II.

[...] Com a constituição de 1988 houve um maior acesso aos direitos sociais, como a proteção social, até então praticamente restrita aos contribuintes do sistema previdenciário e que foi estendida à população em geral. Foi afirmada a universalização dos serviços de saúde e de assistência social, mas no entanto, ela também reafirmou alguns interesses já constituídos como é o caso das aposentadorias por tempo de serviço e as aposentadorias especiais, que beneficiam os trabalhadores qualificados. Foi também criado o salário desemprego que beneficia os trabalhadores do mercado formal. [...] A PROBLEMÁTICA.../Legislação 2001, p.1).

Assim sendo, em relação à proteção social, a constituição de 1988 obedece a lógica do direito individual em que o financiamento vem da contribuição dos assalariados e dos empregadores sobre a folha de pagamento, e a lógica do direito coletivo de acesso ao sistema na qual a base de financiamento são os lucros das contribuições patronais sobre o faturamento.

Nos anos de 1960 passamos a ter fatores econômicos e técnico-científicos determinando mudanças profundas e irreversíveis. As novas tecnologias e a reestruturação

produtiva, combinadas com a internacionalização da economia é feita seguindo o modelo neoliberal hegemônico de todo o mundo. A redução da atuação do Estado com a privatização e o rigoroso corte de gastos públicos, a restrição de créditos com juros altos e o controle da taxa de câmbio mudaram o perfil sócio-econômico do país. É no centro desse processo de mudanças, que a proposta de contrato coletivo assume cada vez mais importância e é nesta mudança que se impõe o papel tradicional das instituições e do relacionamento entre capital e trabalho.

Na atualidade o trabalho ocupa um espaço muito importante na vida dos homens, ou seja, quase todo mundo trabalha, e uma grande parte da vida é passada dentro de organizações. A relação com o trabalho parece, algo ainda bastante conflitivo, sendo muitas vezes percebido como indesejado, como um fardo pesado, que acaba nos impedindo de viver. Mas freqüentemente ele é também percebido como algo que dá sentido a vida, eleva status, define identidade pessoal e impulsiona o crescimento do ser humano.

Assim, no próximo item será abordado o trabalho e como foi se constituindo na história da humanidade.

2.3 O sentido do trabalho

Sabe-se que a vida do ser humano é composta de diversos fatores, como: a família, a alimentação, a atividade física, o transporte, o amor, a religião, a amizade, o lazer, e, dentre outros, o trabalho. Sabe-se, também que a relação do homem com o seu trabalho é bastante complexa e que o trabalho é vital para o mesmo.

Com o seu trabalho, o homem não somente pode usufruir os recursos da natureza como, também, é capaz de modificá-la ou recriá-la. Ao modificar a natureza com o seu trabalho, o homem cria a cultura, a linguagem, a história e a si mesmo. Assim, segue-se um breve histórico sobre o trabalho humano.

O ser humano trabalha desde os primórdios de sua existência quando, então, desenvolvia atividades a fim de garantir a sua sobrevivência. Trabalhando, o homem busca satisfazer necessidades vitais e melhorar o seu nível de vida.

Com o passar dos anos, porém não foi possível que o homem se mantivesse apenas do que encontrava e, com o trabalho, foi trocando a colheita pelo cultivo, a caça pela criação e construindo sua própria casa. “[...] Consigo, mudaram os métodos de trabalho, iniciados com o empirismo, seguidos das descobertas ao acaso, do bom senso e, posteriormente da reflexão, estudo e organização [...]”. (DELFINO, 2002, p.30).

Na Antigüidade o trabalho foi entendido como atividade daqueles que haviam perdido a liberdade; o seu significado confundia-se com o de sofrimento ou infortúnio.

Para Menegasso (2000), na tradição judaico-cristã o trabalho associa-se também a noção de punição, maldição, como está registrado no Antigo Testamento (punição do pecado original). Na Bíblia, o trabalho é apresentado como uma necessidade que leva a fadiga e que resulta de uma maldição. Decorre desse princípio bíblico o sentido de obrigação, dever e responsabilidade. A equiparação entre trabalho e sofrimento não é o de simples cansaço, representa também uma condição social.

Assim, o significado de sofrimento e punição perpassou a história da civilização se relacionando diretamente ao sentido do termo latino, que deu origem à palavra trabalho, que

vem do latim vulgar *tripalium*, que era um instrumento feito de três paus aguçados, com ponta de ferro, no qual os agricultores batiam os cereais para processá-los. Também associa-se a palavra trabalho ao verbo latim vulgar *tripaliare*, que significa torturar sobre o *trepalium*, mencionado como uma armação constituída por três troncos, suplício que substitui o da cruz, conhecida no mundo cristão como instrumento de tortura. Por muito tempo, a palavra trabalho significou experiência dolorosa, padecimento, cativoiro, castigo.

Para Menegasso (2000), os gregos utilizavam duas palavras para designar trabalho, a saber, *ponos* que faz referência a esforço e a penalidade, e *ergon*, que designa criação, obra de arte, estabelecendo a diferença entre trabalhar no sentido de penar, *ponein*, e trabalhar no sentido de criar, *ergazomai*. Pode-se observar que nas diferentes línguas, o termo trabalho tem sua raiz em dois significados: um de esforço, fardo, sofrimento e outro de criação, obra de arte, recriação.

É por meio do trabalho que o homem cria coisas a partir do que extrai da natureza, convertendo o mundo num espaço de objetos partilhados. É um processo de transformação da natureza, para responder aquilo que é um desejo do ser humano, emprestando-lhe certa permanência e durabilidade histórica.

[...] Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Ele transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante de seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. [...]. (MARX apud CATAPAN 1999, p.23).

Na sociedade grega, o trabalho era visto em função do produto, e este por sua vez, em função de sua utilidade ou capacidade de satisfazer a necessidade humana. Contava-se o valor de uso e não o valor de troca, ou seja, o valor da mercadoria em relação à outra.

Na tradição oriental, as religiões viam o trabalho como uma atividade que harmoniza os homens com a natureza e desenvolve seu caráter. Assim, no final da Idade Média, expressava-se o trabalho como o sentido positivo o qual passou a se incorporar; era encarado como uma ação autocriadora, e o homem, em seu trabalho como senhor de si e da natureza. “[...] Deu-se valorização positiva ao trabalho, considerado então como um espaço de aplicação das capacidades humanas. Acompanhava-o a noção de empenho, esforço para atingir determinado objetivo [...]”. (MENEGASSO, 2000, p.17).

O Calvinismo transformou o trabalho em instrumento para a aquisição de riquezas, meio de sucesso no mundo terreno, que permitia ao homem sentir-se escolhido por Deus. Todos os homens formalmente livres da Modernidade foram submetidos à forma menor de atividade, isto é, o trabalho, considerado pelos antigos como essência da servidão e por isso, como sofrimento.

Para Kurz (apud Menegasso, 2000), no século XVIII, com a ascensão da burguesia, o desenvolvimento das fontes produtivas, a transformação da natureza e a evolução técnica e da ciência, foi enfatizado a condenação do ócio, sacralizando-se o trabalho e a produtividade.

Ainda de acordo com Menegasso (2000) na Idade Moderna passou-se a fazer a diferenciação entre o trabalho qualificado e o não qualificado, entre o produtivo e o não-produtivo, aprofundando-se a distinção entre trabalho manual e intelectual.

Para o homem dos tempos modernos, o tempo livre inexistente ou é escasso. A lógica do trabalho perpassa a cultura, o esporte e até mesmo a intimidade. Todas as atividades humanas passam a ser foco de negócios ou oportunidade para alguém ganhar dinheiro.

De acordo com Marx (apud Menegasso, 2000), o trabalho revela o modo como o homem lida com a natureza, o processo de produção pelo qual ele sustenta a sua vida, e assim, põe a nu o modo de formação de suas relações sociais e das idéias que fluem destas. Assim,

[...] o trabalho é a categoria que funda o desenvolvimento do mundo dos homens como uma esfera distinta da natureza. O trabalho não é apenas a relação dos homens entre si no contexto da reprodução social, o seu desenvolvimento exige o desenvolvimento concomitante das relações sociais [...]. (MARX apud MENEGASSO, 2000 , p. 18).

Ao enfatizar a evolução do trabalho no decorrer dos tempos, Krawulski (1991) classifica-o cronologicamente em quatro seqüências. A primeira refere-se ao surgimento dos primeiros vestígios de trabalho e da agricultura, datados a pré-história. A segunda trata da diversificação das atividades e ocorrência da escravidão, compreendendo o período da antiguidade. A terceira diz respeito ao predomínio rural e as origens da riqueza, no período da Idade Média. E a quarta parte refere-se às bases da Revolução Industrial, com a instalação do capitalismo e a adoção do trabalho assalariado, marcando o período da Idade Moderna.

Segundo a autora ainda que muito lentamente o trabalho veio perdendo conotação penosa, pois permitiu ao trabalhador vantagens dificilmente substituíveis no tempo livre, como identidade e autoconsciência, status e reconhecimento, o trabalho possibilitou contato com

outras pessoas, satisfação das necessidades, responsabilidade pelo conteúdo de suas atividades e uso do seu tempo.

De forma geral, há de se concordar que o significado do trabalho será diferente para cada indivíduo, de acordo com sua natureza, do conteúdo, dos modos de organização, das condições de realização e da posição social que lhe confere. E são muitos autores que se encorajam a apresentar uma definição para o trabalho, sendo que alguns merecem destaque.

Para Berger (1983), trabalhar significa mudar o mundo, tal qual ele é encontrado. Somente pelas mudanças, o mundo poderá ser transformado numa arena para ação humana, significados humanos, sociedade humana ou, porque não, existência humana em qualquer sentido que esta palavra possa ter.

Para Kaufmann (2000, p.32),

[...] o trabalho não é apenas um modo de produzir bens de subsistência, mas é igualmente um modo de reconhecimento mútuo. Neste sentido, constitui-se num ingrediente essencial do cimento social. Trata-se de atividades, raramente executadas em completo isolamento, que preenchem a função de integração social, atividades realizadas em cooperação, em uma relação face a natureza, esta última mediada pela técnica. De tal modo, a forma que toma o trabalho depende, em boa parte, do estado de desenvolvimento da tecnologia [...].

Para Moraes (1992 apud Delfino, 2002), nos dias atuais a relação homem-trabalho é ainda bastante complexa. Em muitos casos, o trabalho é considerado como um estorvo na vida das pessoas; em outros é motivo de orgulho. Assim, diversos trabalhadores ainda consideram o trabalho uma relação utilitarista, mecanicista e unidirecional, considerando esta

situação conflituosa, a qual tem-se acentuado em decorrência das mudanças provenientes da organização do trabalho.

Segundo Antunes (2002), o mundo do trabalho viveu, como resultado das transformações e metamorfoses em curso nas últimas décadas, particularmente nos países capitalistas avançados, com repercussões significativas nos países de Terceiro Mundo dotados de uma industrialização intermediária, um processo múltiplo: verificou-se uma desproletarização do trabalho industrial, fabril, nos países de capitalismo avançado.

[...] Houve uma diminuição da classe operária industrial tradicional. Mas, paralelamente, efetivou-se uma significativa subproletarização do trabalho, decorrência das formas diversas de trabalho parcial, precário, terceirizado, subcontratado, vinculado à economia informal, ao setor de serviços, etc. Verificou-se a fragmentação do trabalho [...]. (ANTUNES, 2002, p. 209).

Para Catapan e Thomé (1999), o mundo do trabalho está em constante transformação pela natureza das relações em que se constitui. Os modelos de produção engendram a existência dos homens produzindo a cada momento níveis diferenciados de inserção dos sujeitos no seu contexto. A cada momento histórico, seja de pequenas ou grandes rupturas entre uma determinada situação e outra, os sujeitos constroem novos conhecimentos.

Além da evolução do trabalho no mundo, dos avanços tecnológicos e da competição de mercados, outros fatores interferiram na vida dos trabalhadores. Em ambos os casos, o trabalho teve seu significado variado segundo o contexto e o aspecto cultural do indivíduo.

De acordo com Delfino (2002), é necessário reconsiderar o significado e a situação de trabalho do indivíduo, tais como: os desajustes comportamentais, o estresse, e as

insatisfações. E, também as condições físicas e sociais do trabalho que vise humanização do ambiente de trabalho, sob diversas perspectivas.

Assim, a organização necessita criar condições para que o indivíduo satisfaça suas necessidades básicas e de *status* e proporcionar o desenvolvimento de sua criatividade. “[...] Melhores condições de domínio sobre o trabalho que executa, permite ao indivíduo melhor utilizar suas potencialidades, resultando no aumento da produtividade resultante da maior satisfação e do prazer no trabalho [...]”. (DELFINO, 2002, p. 34).

Na atual sociedade com muita freqüência o trabalho se configura de uma forma fragmentada e sem sentido, burocratizado, cheio de normas e rotinas, ou então cheio de exigências e conflitivo com a vida social e familiar. Inúmeras medidas e leis foram criadas no sentido de otimizar a relação entre saúde e trabalho, mas o desenvolvimento dos modos de produção não contribuíram da mesma maneira para minimizar acidentes ou enfermidades relacionadas ao trabalho.

Se por um lado às mudanças nos padrões de consumo causaram reduções salariais, aumento da jornada de trabalho, redução dos quadros de pessoal, aumento do estresse, ritmo acelerado de trabalho e maior riscos de acidentes, por outro lado à industrialização acelerada causou uma deterioração da qualidade de vida devido ao empobrecimento das relações humanas, poluição e degradação ambiental, desenvolvimento dos meios de comunicação em massa e substituição do trabalho humano por tecnologia.

Segundo Costa T. (1997), os males do mundo do trabalho já não são mais causados por ambientes tóxicos, desconfortáveis ou ruidosos. As novas doenças do trabalhador, são o que os psicólogos chamam de sofrimento psíquico, como a depressão, o

alcoolismo, a histeria, a hipocondria e até paranóia. Assim, Costa T. (1997), coloca que o Ministério da Saúde estima que 18,9% dos brasileiros têm algum problema psicológico (excluído os psicóticos).

Para tanto no próximo item trazemos uma abordagem referente à temática da depressão.

2.4 Falando da depressão para além da aparência

A depressão é um tema muito atual e de enorme incidência. Há muito tempo tem-se estudado a temática, havendo uma série de conceitos, compreensões e mesmo forma de tratamento que são sugeridas pelas diversas abordagens terapêuticas.

Segundo Franco (2003), a depressão já atinge cerca de 340 milhões de pessoas em todo o mundo, é atualmente apontada pela OMS como a quinta maior questão de saúde pública e até 2020 deverá ocupar o segundo lugar.

Essa não é uma doença exclusiva do nosso tempo, durante toda a história a doença foi vista e tratada de várias maneiras, no entanto sempre foi reconhecida pela mesma sintomatologia. Hipócrates a declarava como uma doença essencialmente cerebral, que estava ligada a questão humoral do cérebro e deveria ser tratada com remédios orais.

Na Idade Média, a depressão foi vista como uma punição divina, assim a doença foi estigmatizada. Os depressivos eram tratados como infieis, por serem indivíduos que estavam apartados de tudo o que era sagrado.

No Renascimento a depressão foi romantizada, exaltando-se o temperamento melancólico como um sinal de profundidade. Nessa época a noção de doença sobrepujou a idéia de possessão demoníaca. Sendo estabelecidos sistemas de asilos para o cuidado dos mais variados problemas mentais.

Na Idade Moderna as teorias de Karl Abraham e Sigmund Freud, cujas idéias sobre inconsciente substituíram a noção de alma, estruturando uma nova etiologia para a concepção de melancolia.

Franco (2003), coloca que atualmente há duas vertentes opostas que possibilitam compreender a depressão. A psiquiatria tradicional a encara como uma parte integrante da personalidade do depressivo, tentando proporcionar mudanças nessa estrutura. A psicofarmacologia a vê com um desequilíbrio dos neurotransmissores, substâncias químicas presentes no cérebro, que pode ser corrigido independente da estrutura da personalidade.

O estado depressivo, se caracteriza por um abatimento de humor, fadiga psíquica e física e inibição da atividade motora, sintomas que se associam a diversas doenças somáticas, como problemas digestivos, enxaquecas, etc.

“[...] A depressão é causada pela supressão da emoção, ou seja, da perda de força interna do organismo, do fluxo constante dos impulsos e sentimentos[...]”. (FREUD apud FRANCO, 2003, p.34).

Para Mendels (1972), vive-se diante de um contraste social: pobreza, fome e privação a uma riqueza sem precedentes e aos ambíguos valores da moderna tecnologia. Vive-se em meio da injustiça e da corrupção, da decadência e da angústia que os modernos meios de

comunicação levam até dentro das casas. As pessoas são forçadas a refletir sobre as questões da responsabilidade de engajamento individual numa sociedade cujos padrões e preceitos contradizem suas próprias premissas. Não há razão humana que, frente a estes fatos, não se sinta deprimida. As contradições e opções são reais, afetam as pessoas e a resposta saudável e racional é a depressão.

Ainda segundo o autor a depressão é tão velha quanto o homem. É uma palavra usada de diversas maneiras como: para descrever um estado de humor, um sintoma, uma síndrome (ou um grupo de sinais) assim como um grupo específico de doenças. Aqui procura tratar a depressão como uma doença. As manifestações da depressão clínica, o sentimento de inutilidade, a certeza da inadequação pessoal, o medo e a incapacidade até mesmo nos níveis mais triviais das atividades são apenas em parte produzidos pelo fato de se encarar a realidade e não gostar do que se vê. São freqüentemente contrapostos a impressões de irrealidade, juízos errôneos e medos infundados e se centralizam em geral não sobre os fatos importantes da vida social, mas sobre os problemas da vida diária e sobre a comunicação e anseios pessoais.

A depressão pode ser reativa a algum problema real, mas com o tempo vai se tornando física. Assim, a doença não vem mais sendo vista como algo simplesmente corporal e biológico, mas sim como um processo, como um sistema complexo e interrelacionado, que é determinado pelo contexto cultural, social e econômico no qual está inserido.¹

Desta forma, depressão é uma palavra freqüentemente usada para descrever nossos sentimentos. Todos se sentem "para baixo" de vez em quando, ou de alto astral às vezes e tais sentimentos são normais; enquanto evento psiquiátrico é algo bastante diferente: a depressão

¹ Informações extraídas do site <<http://boasaude.uol.com.br/>>. Acesso em 13/10/2003 as 15:00 horas.

é uma doença como outra qualquer que exige tratamento². Segundo Mendes M. (2003)³, de forma global, a depressão se caracteriza por sintomas tais como: sentimento profundo de tristeza e abandono, uma baixa auto-estima, fechamento afetivo, isolamento, falta de apetite, insônia, dentre outros. Diferencia-se um estado mais grave de um mais leve pelo controle que o trabalhador tem do seu estado emocional.

Para se fazer o diagnóstico é necessário um grupo de sintomas centrais: perda de energia ou interesse, humor deprimido, dificuldade de concentração, alterações do apetite e do sono, lentificação das atividades físicas e mentais, sentimento de pesar ou fracasso.

Além disso, acontece a sintomatologia corporal entre as mais comuns estão, a sensação de desconforto no batimento cardíaco, dores de cabeça, dificuldades digestivas. Períodos de melhoria e piora são comuns, o que cria a falsa impressão de que se está melhorando sozinho quando durante alguns dias o paciente sente-se bem. Geralmente tudo se passa gradualmente, não necessariamente com todos os sintomas simultâneos, aliás, é difícil ver todos os sintomas juntos.

Outros sintomas que podem vir associados aos sintomas centrais são: pessimismo, dificuldade de tomar decisões, dificuldade para começar a fazer suas tarefas, irritabilidade ou impaciência, inquietação, achar que não vale a pena viver; desejo de morrer, chorar à-toa, dificuldade para chorar, sensação de que nunca vai melhorar, desesperança, dificuldade de terminar as coisas que começou, sentimento de pena de si mesmo, persistência de

² Depressão: Transtornos relacionados por semelhança ou classificação (Atualizado em 28/06/2003). Para maiores informações consultar www.psiosite.com.br. Acesso em 05/02/2004 as 24:30 horas.

³ Mendes, Ana Magnólia Bezerra*. Trabalho, estresse e depressão. 2003. Informações extraídas do site www.psicologiaonline.com.br/colunistas. Acesso em 29/01/2004 as 24: 15 horas. *Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, Professora do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho da UNB.

pensamentos negativos, queixas freqüentes, sentimentos de culpa injustificáveis, boca ressecada, constipação, perda de peso e apetite, insônia, perda do desejo sexual.

Sabe-se que as transformações no mundo do trabalho, articuladas ao processo de reestruturação produtiva, vêm assumindo papel contraditório, implicando impacto tanto positivo quanto negativo na saúde dos trabalhadores. De um lado, a reestruturação tem melhorado a qualidade dos processos de trabalho e favorecido o desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e habilidades. Essas possibilidades de crescimento podem levar a realização e fortalecimento da identidade, que são elementos importantes para a saúde. De outro, as mudanças têm exigido dos trabalhadores elevada produtividade e máxima excelência.

Estas contradições que podem trazer sérios prejuízos para saúde ao se transformarem em fonte de sofrimento para muitos trabalhadores, que se mobilizam para buscar a sua integridade, desenvolvendo estratégias para resistir, evitar e/ou superar esse sofrimento. Na maior parte das vezes essas estratégias são bem sucedidas, especialmente quando encontram ressonância na flexibilidade da organização do trabalho, na adequação das condições de trabalho e na qualidade das relações socioprofissionais. Quando fracassam dão lugar ao adoecimento, que pode se manifestar pelo estresse e esgotamento profissional, avançando, se não cuidado, para doenças graves como DORT – Doença Osteomuscular Relacionadas ao Trabalho e LER - Lesão por Esforço Repetitivo e depressão, demandam um trabalho político do profissional no qual deve ser garantido o compromisso da instituição para implantar mudanças e transformar as situações de trabalho que impactam no processo saúde-doença. Na seqüência deste trabalho apresenta-se a EPAGRI e o Serviço Social na Empresa.

Capítulo II

3 APRESENTANDO A EPAGRI E A TEMÁTICA ESTUDADA

3.1 A EPAGRI

A EPAGRI está situada na Rodovia Admar Gonzaga, 1347, no Bairro: Itacorubi C. P. 502, CEP: 88034-901 Florianópolis, S.C. Tendo como responsável pela Instituição o Sr. Athos Almeida Lopes (Presidente).

Segundo o Regimento Interno da empresa (1999), a EPAGRI é uma sociedade de economia mista, com personalidade jurídica de direito privado, que foi constituída em 18/03/1991.

Segundo Faleiros (1991, p. 41),

[...] à forma de combinação de instituições capitalistas e pré-capitalistas articulam-se as formas pública e privada. Com o desenvolvimento das forças produtivas, exigindo um comando mais complexo, sobretudo para prevenir crises econômicas e sociais, a intervenção do Estado se faz cada vez mais constante, em simbiose com as formas privadas [...].

A EPAGRI é resultado da fusão de cinco empresas estatais⁴, quando o governo do Estado de Santa Catarina decidiu mudar a estrutura do trabalho dirigido no meio rural. Da fusão surgiu a EPAGRI inicialmente denominada Empresa de Pesquisa Agropecuária e Difusão de Tecnologia de Santa Catarina, destinada a unificar as ações das cinco empresas, que se apresentavam dissociadas.

Tendo como missão: “Conhecimento, tecnologia e extensão para o desenvolvimento sustentável do meio rural em benefício da sociedade.” A EPAGRI tem como objetivos:

- Promover a melhoria da qualidade de vida do meio rural e pesqueiro;
- Buscar a competitividade da agricultura catarinense frente a mercados globalizados, adequando os produtos às exigências dos consumidores;
- Promover a preservação, a recuperação, conservação e utilização sustentável dos recursos naturais;

A empresa é vinculada à Secretaria de Estado da Agricultura e Política Rural.

A Empresa tem abrangência estadual, e se encontra distribuída no Estado da seguinte forma:

⁴ A EMPASC – Empresa Catarinense de Pesquisa Agropecuária, ACARESC – Associação de Crédito e Assistência Rural de Santa Catarina, EMATER-SC – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural de Santa Catarina, ACARPESC – Associação de Crédito e Assistência Pesqueira de Santa Catarina e IASC – Instituto de Apicultura de Santa Catarina.

Uma sede administrativa localizada em Florianópolis e 20 gerências regionais⁵ estrategicamente distribuídas no Estado que administram 243 escritórios municipais de forma direta.

Possui 11 Centros de Treinamento, 10 estações experimentais, 01 Centro de Pesquisa para a Agricultura Familiar – CEPAF, 01 Centro Integrado de Informações de Recursos Ambientais – CIRAM, 01 Centro de Referência em Pesquisa e Extensão Apícola – CEPEA, 40 laboratórios localizados nas unidades de pesquisa, 03 unidades de beneficiamento de sementes

A sede da Empresa, em Florianópolis, concentra as atividades administrativas, de coordenação dos projetos e programas das 20 regionais, sendo constituídas pelos segundos órgãos⁶, conforme o art. 6º do Regimento Interno (EPAGRI, 1999, p. 4): “[...] Assembléia Geral; Conselho Fiscal; Conselho de Administração; Diretoria Executiva; Presidência; Assessoria Jurídica ; Assessoria de Imprensa; Auditoria Interna; Gabinete da Presidência; Gerência Técnica e de Planejamento; Gerência de Administração e Finanças ; Gerência de Marketing e Comunicação; Gerência de Informações; Gerência de Recursos Humanos – GRH [...]”.

Atualmente, o quadro funcional da empresa conta com 1971⁷ empregados distribuídos da seguinte forma: 231 na sede Administrativa, 84 na Regional de Caçador, 87 na Regional de Campos Novos, 59 na Regional de Canoinhas, 229 na Regional de Chapecó, 100

⁵ As regionais da empresa localizam-se em: Araranguá, Blumenau, Caçador, Campos Novos, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Criciúma, Florianópolis, Itajaí, Joaçaba, Joinville, Lages, Rio do Sul, São Joaquim, São Lourenço do Oeste, São Miguel d’ Oeste, Tubarão, Videira e Xanxerê.

⁶ Anexo A: Estrutura Organizacional Matricial da EPAGRI.

⁷ Dados extraídos do Relatório Quantitativo dos Empregados da EPAGRI, com data de 26/11/2002 fornecido pela Gerência de Recursos Humanos. O Relatório em relação ao ano de 2003 está em processo de elaboração.

na Regional de Concórdia, 141 na Regional de Criciúma, 133 na Regional de Florianópolis, 172 na Regional de Itajaí, 44 na Regional de Joinville, 202 na Regional de Lages, 132 na Regional de Rio do Sul, 73 na Regional de São Miguel d' Oeste, 72 na Regional de Tubarão, 84 na Regional de Videira, 128 outros (29 cursando pós-graduação, 84 a disposição de outros órgãos e 15 em licença sem remuneração).

Segundo informativo da empresa (2003), através da pesquisa agropecuária e da extensão rural, a EPAGRI se projeta como um dos mais importantes recursos que a sociedade catarinense tem a disposição para alcançar seus objetivos econômicos, sociais e ambientais. A empresa está presente em todos os municípios de Santa Catarina.

Além do apoio técnico, profissionalização e novas tecnologias, a EPAGRI leva qualidade de vida aos pequenos agricultores e aos pescadores artesanais. Ao mesmo tempo que geram trabalho e renda no campo, estas atividades têm um impacto socioeconômico muito positivo: agregam valores aos produtos, evitam o êxodo rural e semeiam novas perspectivas a milhares de pessoas que vivem e trabalham no campo e no mar.

Após ter conhecido um pouco sobre a EPAGRI, será exposto à inserção do Serviço Social na empresa.

3.2 O Serviço Social na EPAGRI

A partir de 1995 iniciou a busca pela implantação do Serviço Social na empresa através de uma intervenção da FAPER – Federação das Associações de Funcionários da

Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina, que representava seus associados, encaminhando assim para a Gerência de Recursos Humanos uma proposta para inserir um profissional de Serviço Social na EPAGRI com o objetivo de “[...] promover o bem estar físico, emocional e social dos seus empregados [...]”. (FAPER, 1995, n.p.).

Na época em que a proposta foi feita, os empregados contavam com o Fundo de Saúde CASACARESC – Caixa Assistencial e Beneficente dos Funcionários da Associação de Crédito e Assistência Rural⁸ evidenciando a necessidade de uma ação mais humanizadora no atendimento das questões relacionadas à saúde.

Após a análise da proposta, a Gerência de Recursos Humanos realizou a solicitação um assistente social para a empresa e, em 1997, o Serviço Social foi implantado na EPAGRI.

O objetivo geral do Serviço Social na empresa é “[...] contribuir no processo de reflexão e análise dos problemas e dificuldades dos empregados e familiares, sejam de ordem pessoal, social ou profissional [...]”. (MACHADO, 1997, n.p.).

O setor de Serviço Social se localiza na Sede Administrativa da EPAGRI, lotado na Gerência de Recursos Humanos, o atual quadro funcional é composto por uma assistente social, um motorista e uma estagiária para auxiliar em assuntos administrativos.

A formação dos Recursos Humanos na EPAGRI foi constituída ao longo da existência das empresas que a antecederam. Atualmente, a Gerência de Recursos Humanos

⁸ Para maiores esclarecimentos consultar: HULLER, Cátia Maria V. O Serviço Social e a saúde do trabalhador na Empresa de Pesquisa e Extensão Agropecuária de Santa Catarina – EPAGRI. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. p. 111-117.

está diretamente subordinada a Diretoria Executiva, e de acordo com o Regimento Interno (1999), art. 28, tendo como competência:

I – Propor, coordenar e executar a Política de Recursos Humanos na empresa;

II – Planejar, coordenar, executar, acompanhar e avaliar as atividades de Recursos Humanos no que se refere a:

- Desenvolvimento de Recursos Humanos
 - Recrutamento, seleção, incorporação e integração;
 - Movimentação, desligamento de pessoas e preparação para a aposentadoria;
 - Acompanhamento e avaliação do desempenho pessoal;
 - Atualização profissional dos recursos humanos, por meio de Programas de Capacitação Contínua e de Pós-Graduação;
 - Programa de estágio e bolsa de trabalho para estudantes;
- Administração de Recursos Humanos
 - Administração do banco de dados de recursos humanos, disponibilizando informações para toda a empresa;
 - Organização, manutenção e atualização do cadastro, da documentação funcional e dos registros em carteira de trabalho dos empregados da empresa;
 - Controle e organização do arquivo de documentos sujeitos a fiscalização;

- Concessão de férias, licença especial e outros benefícios aos empregados da empresa a aos colocados a sua disposição;
 - Execução da folha de pagamento e recolhimento de encargos sociais;
 - Administração do Plano de Cargos e Salários;
- Bem-estar social
- Coordenar programas de saúde, previdência complementar, prevenção de riscos ambientais, controle médico de saúde ocupacional e assistência social.

O Serviço Social desenvolve alguns programas para atender as necessidades físicas, psicológicas e sociais que interferem nas relações sociais entre empregados, familiares e a empresa, visando o desenvolvimento integral do ser humano. Os programas desenvolvidos são: Atendimento Individualizado, Dependência Química, Programa de Preparação para a Aposentadoria, Saúde Preventiva.

Programa de Apoio e Preparação para a Aposentadoria: objetiva possibilitar aos aposentados uma reflexão no sentido de resgatar a qualidade de vida, fortalecer a auto-estima e os sentimentos de realização, para que estes tenham uma resposta ao envelhecimento encarando a aposentadoria como um fato natural e social.

[...] A aposentadoria no Brasil passa a ser foco das atenções políticas nos anos 90, em decorrência do aumento significativo de profissionais autônomos e da flexibilização do trabalho, que geraram a crise num sistema previdenciário que depende da contribuição dos trabalhadores para manter-se. Outro fator que está colaborando para a deficiência dos serviços previdenciários é o aumento expressivo da população idosa, ocasionando a insuficiência na arrecadação para custear os seguros sociais da população inativa, mantida pelos trabalhadores ativos. Este programa se insere no que se denomina tripé da Seguridade Social, que seria a saúde mencionada anteriormente, da previdência e da assistência social. A Constituição Federal

de 1988 em seu art. 6º explica que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados [...]”. (TOMAZ, 2001, p.32).

Uma das questões pertinentes a aposentadoria é o direito a uma velhice tranqüila e digna. O significado de aposentadoria tomou novas proporções, deixando de ser um momento de descanso e recolhimento para tornar-se um período de atividade, lazer e realização pessoal.

Na empresa objetiva-se trabalhar de modo que os empregados aposentados sintam-se ainda vinculados a ela, pois passaram a maior parte do tempo de suas vidas prestando seus serviços a EPAGRI. Assim sempre que há algum evento (palestras mensais, campanha de vacinação, comemorações em datas comemorativas) principalmente aqueles promovidos pelo Serviço Social esses são convidados a participar.

Atendimento Individualizado: que procura abranger diversas demandas, como as questões ligadas à saúde. A atuação da assistente social consiste em prestar assistência aos empregados e/ou familiares, que apresentem dificuldades referentes a problemas físicos, psicológicos, sociais, econômicos, estruturais e de relacionamentos interpessoal. Os procedimentos utilizados no atendimento do usuário na EPAGRI são: a entrevista (individual/ou com familiares), a visita domiciliar e hospitalar, a reunião com familiares e/ou chefias.

Programa de dependência química: tem objetivo gerar condições de tratamento para os empregados, familiares e dependentes visando promover ações educativas no sentido de prevenir o uso de drogas.

É importante salientar que droga é toda substância psicoativa de abuso que interfere no comportamento humano causando prejuízos nas áreas individual, familiar, social e de trabalho, porque expõe a diferentes situações de risco quem dela se utiliza.

A Dependência Química⁹ é o estado de desejo irreprimível e compulsivo de fazer uso de droga, de forma contínua ou periódica, buscando sentir seus efeitos no âmbito psicológico e/ou fisiológico.

A OMS reconhece as dependências químicas como doenças. Uma doença é uma alteração da estrutura e funcionamento normal da pessoa, que lhe seja prejudicial. A doença da dependência não é culpa do dependente; o paciente somente pode ser responsabilizado por não querer o tratamento, se for o caso.

Assim, o programa que a EPAGRI desenvolve vem a dar auxílio aqueles empregados que possuem essa doença, percebe-se que o Programa de Dependência Química e o Programa de Saúde Preventiva se encontram ligados.

Na seqüência será exposto o Programa de Saúde Preventiva, no qual as atividades do estágio curricular obrigatório se concentraram.

⁹ O que é dependência química? Informações extraídas do site <<http://members.tripod.com/anovavida/dq.htm>>
Acesso em: 27/04/2003 as 15:40 horas.

3.3 O Programa de Saúde Preventiva

Após a 2^o Guerra Mundial surgiu um intenso esforço industrial, expondo os trabalhadores a condições de trabalho extremamente adversas e extenuantes. No pós-Guerra a sociedade se voltou a uma nova ordem baseada na preocupação com a preservação, o progresso social e melhores condições de vida para as gerações futuras.

Segundo Huller (2003), foi partir daí que ocorreu uma rápida evolução da tecnologia industrial, surgindo a organização de uma nova divisão internacional do trabalho, fazendo com que a medicina do trabalho se tornasse capaz de intervir nos problemas de saúde causados pelos processos de produção. “[...] Surgiu o desenvolvimento da saúde ocupacional, principalmente dentro das grandes empresas, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, com o objetivo de criar métodos de intervenção nas causas e não só nos efeitos das doenças e acidentes [...]”. (HULLER, 2003, p. 41).

No Brasil houve uma influência das transformações que ocorrem a nível internacional no sentido de humanização do trabalho.

Na Constituição Federal de 1988 ficou garantida a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. Nesta Constituição amplia-se o conceito de saúde, no Título VIII, Capital II, da seguinte maneira

[...] A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação [...]. (BRASIL, 2001, p.118).

Na Constituição Federal de 1988 há artigos de interesse para a saúde dos trabalhadores, dentre eles estão:

- Título II, Capítulo II, art. 7º - “São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visam a melhoria de sua condição social”

XXII – “redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança”.

XXVI – “seguro contra acidentes do trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa.

- Título VIII, Capítulo II, Seção II, art 200 – “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

II – Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

Posterior à Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, a saúde constitui-se como um direito fundamental do ser humano, atribuindo-se ao Estado o dever de prover condições indispensáveis ao seu exercício. Colocando como co-responsáveis desse processo às pessoas, a família, as empresas e a sociedade. Nesse momento, é pertinente citarmos dessa lei,

[...] Art 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros a 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 [...]. (CRESS, 2001, p.177).

Essa lei, no Título II, Capítulo II, parágrafo 3, traz que a saúde do trabalhador “[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos das condições de trabalho [...]” .(CRESS, 200, p.179).

No âmbito da Legislação do Ministério do Trabalho e Emprego, existem as Normas Regulamentadoras, que se referem à segurança e medicina do trabalho, e que tem observância obrigatória por todos os órgãos que possuam empregados regidos pela CLT.

[...] A CLT, vigente desde novembro de 1943, disciplina as questões de segurança e saúde no trabalho (Título II, Capítulo V) e trata da ergonomia nos arts. 198 e 199, sob o título genérico “Da Prevenção e da fadiga”. Atualmente, as normas ergonômicas, assim como todo capítulo de segurança e saúde do trabalho, da CLT, estão regulamentados na Portaria nº 3.214/78 do Ministério do Trabalho [...]. (NIERO, 2000, p.54 apud HULLER, 2003, p.46).

Após a promulgação da Constituição Federal Brasileira, tem-se, como já mencionado anteriormente em 1990, a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90 e as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego. No caso de Santa Catarina em 01 de maio de 1993, através da Portaria SES/DIAA, nº 001/93, foi criado o Programa de Saúde do Trabalhador, e em Florianópolis, em 1996, o Decreto nº 1097/96 regulamente o artigo 16, parágrafo 2º, da Lei Municipal nº 4.565/94 e cria, no município, o Sistema de Vigilância e Fiscalização a Saúde dos Trabalhadores.

[...] Além dessa legislação, ressalta-se a importância da NOB - Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96), que define como um de seus grandes campos de atenção “o das intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho”; a NOST - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, aprovada

em 30 de outubro de 1998, através da portaria MS nº 3908, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, aprovada pela portaria MS nº 3.120, de 01 de julho de 1998 e, em 09 de novembro de 1993, a Portaria Interministerial Mtb/MS/MPS institui o GEISAT - Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, com o objetivo de promover ações integradoras, harmonizadoras, estabelecer normas sistematização da descentralização da assistência médica, farmacêutica e odontológica ao acidentado do trabalho [...]. (HULLER, 2003, p 47).

Cabe mencionar que há na empresa a CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes em Caçador, Itajaí, Lages e responsáveis pela Segurança no Trabalho nas regionais que não tem CIPA, médico do trabalho e um profissional de Serviço Social.

Na EPAGRI o Serviço Social tem atua voltado para a saúde do trabalhador. Expressando-se no Programa de Saúde Preventiva, que busca o desenvolvimento integral do ser humano nos aspectos emocionais, físicos e sociais.

Assim, o Programa de Saúde Preventiva tem como objetivo gerar a informação, identificando as carências e as expectativas dos empregados. O processo de trabalho neste constitui-se na promoção de palestras mensais e campanhas preventivas.

No Programa de Saúde Preventiva, o qual se teve maior intervenção auxiliamos na organização das palestras mensais.

[...] Palestra é o ato de reunir pessoas objetivando a transmissão de informações que contribuam para a reflexão de algum tema de interesse dessas pessoas, para aclarar situações dúbias, ou ajudar a decidir sobre novas formas de ação relativas à vida social e de trabalho [...]. (SOUZA, 1993, p. 191).

No início do estágio a Assistente Social e a estagiária como já citado anteriormente, elaboramos um questionário¹⁰, com o intuito de obter informações a respeito do interesse dos empregados em relação aos temas abordados nas palestras. Após a tabulação dos dados e análise foi possível enumerar os 16 temas de maior interesse: Depressão; Alimentação; Ansiedade; Atividade Física e Saúde; Colesterol e Risco Vascular; estresse e Qualidade de Vida; Harmonia interior e ambiente de trabalho; Cultura e Personalidade; Qualidade de Vida; Desenvolvimento Humano – Desafios e Riscos; Hábitos de vida e prevenção do câncer; Coluna vertebral; Alergias; Meia idade: menopausa, envelhecimento; Cardiologia preventiva; Geriatria preventiva e Sexualidade humana;

Assim, realizamos uma reunião com alguns empregados a fim de organizar as palestras daquele ano. Para SOUZA “[...] a reunião é um instrumento coletivo de reflexão sobre as necessidades, preocupações e interesses comunitários, assim como de organização e ação [...]”. (SOUZA, 1993, p. 188).

Em todas as palestras organizadas durante o estágio¹¹ os procedimentos foram os mesmos. Primeiramente agendávamos com o palestrante a data da palestra e o tema a ser trabalhado, em seguida elaborávamos um convite para os aposentados e aqueles que se encontram afastados e enviamos uma semana antes da palestra via Correio. Depois enviávamos um convite via fax, dois dias antes da palestra aos órgãos: ICEPA - Instituto de Planejamento e Economia Agrícola de Santa Catarina, CIDASC - Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina, CETRE - Centro de Treinamento Aquicultura, SAR – Secretaria da Agricultura e Desenvolvimento Rural, CEPEA - Centro de Pesquisa Agropecuária e Gerência Regional de Florianópolis.

¹⁰ Apêndice A: Questionário aplicado em março de 2003 durante a realização do Estágio Curricular Obrigatório

¹¹ Durante o período de estágio foram realizadas 04 palestras nas primeiras sextas-feiras do mês.

Um dia anterior à palestra a prática desenvolvida era de visitarmos todos os setores da empresa para fazer a entrega de convites individuais, mobilizando-os a participarem da palestra. Também neste dia solicitamos os colaboradores do lanche, ou seja para que houvesse voluntários que ajudassem na composição do lanche que era realizado após a palestra.

Além disso, no dia da palestra enviávamos pela intranet um recado para lembrar os empregados do evento. No decorrer da palestra passávamos uma lista de presença para podermos saber o número de participantes. Desta forma, procurou-se estabelecer uma metodologia de trabalho que privilegia-se o contato pessoal daqueles diretamente envolvidos nas atividades de palestras.

Apresenta-se a seguir a metodologia da pesquisa realizada junto aos trabalhadores da Sede Administrativa da EPAGRI.

3.4 Aproximação com o objeto de estudo

O interesse pela temática surgiu a partir do estágio curricular obrigatório realizado na EPAGRI.

Durante a realização do mesmo foram desenvolvidas algumas atividades: de observação, entrevistas, visitas domiciliares, hospitalares, intervenção psicossocial, ciclo de palestras e também houve participação na elaboração de um questionário que foi utilizado como um instrumento de coleta de dados.

Esse questionário visava elucidar o interesse dos funcionários em relação a temas que seriam abordados nas palestras mensais que são realizadas na empresa, dentro do

Programa de Saúde Preventiva. Após a tabulação dos dados percebeu-se que as temáticas mais abordadas pelos trabalhadores foram relacionadas a aspectos emocionais, no caso a depressão.

De acordo com os dados coletados nos questionários realizados, distribuídos para os empregados, cerca de 240, obtivemos resposta de 119 questionários. Dentre 114 temas sugeridos para a realização das palestras, os mais apontados foram: **Depressão 57,1%**, Alimentação 51,1%, Ansiedade 49,9%, Atividade física e saúde: 39%, Colesterol e Risco Vascular: 39%, estresse e qualidade de vida: 39%, Harmonia interior e ambiente de trabalho: 38%, Cultura e Personalidade: 36,8, Qualidade de Vida: 35,7%, Desenvolvimento humano: 34,5%, Hábitos de vida e prevenção do câncer: 32,13%, Coluna vertebral: 32,13%, Alergias: 29,75%, Menopausa, meia-idade e envelhecimento: 29,75%, Cardiologia preventiva: 28,5%, Geriatria Preventiva: 28,5%, Sexualidade Humana: 28,5%.

Dado ao diagnóstico frente a grande porcentagem de interessados na temática depressão optamos em abordar o Serviço Social frente a uma demanda cada vez mais freqüente nas empresas, a depressão do trabalhador. Durante o estágio deparou-se com alguns casos da doença e as alternativas que o Serviço Social vem propondo para trabalhar com a questão, que julgo ser um condicionante de suma importância para o bom desenvolvimento do trabalho e da vida social.

Já coloca Silva E. (1992), que os estudos referentes à qualidade de vida no trabalho cada vez mais vêm exigindo uma importância a temática de inter-relação entre trabalho e saúde mental.

Tendo em vista os dados obtidos por ocasião da referida pesquisa, neste trabalho tem-se como objetivo identificar o interesse dos trabalhadores pela temática depressão e o Serviço Social frente à doença na EPAGRI, conhecer as possibilidades de intervenção desses

junto aos trabalhadores com depressão dentro do Programa de Saúde Preventiva da Sede Administrativa.

Também pretende-se relatar as ações profissionais desenvolvidas pelo Serviço Social voltadas à saúde do trabalhador; bem como propor ao Serviço Social ações complementares ligados a saúde para melhoria dos serviços prestados na empresa.

3.5 Metodologia da Pesquisa

Segundo Minayo (1994), a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador, porém, não há construção do método sem teoria crítica.

Para Faleiros (1985), o processo metodológico é dinâmico. A metodologia é um processo constante de construção. Não se decide uma metodologia de uma vez por todas, e nas pesquisas concretas há revisão do projeto e retomada do caminho. O uso de técnicas também é um processo que podemos construir, na combinação do qualitativo e do quantitativo.

Para a elaboração do referencial teórico que foi apresentado no presente Trabalho de Conclusão de Curso -TCC utilizou-se pesquisa bibliográfica, que para GIL (1991) é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Foram realizadas coleta de dados em livros, revistas, jornais, informativos, documentos que especifiquem a evolução da preocupação com a depressão.

Utilizamos também a pesquisa documental que é muito semelhante à pesquisa bibliográfica, se diferenciam na natureza das fontes, pois enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com objeto da pesquisa. Foram realizadas pesquisas na documentação do setor de Serviço Social da EPAGRI¹² e no relatório de estágio.

Além disso, haja visto estarmos vinculados a instituição e projeto pesquisado durante quatro meses foi possível realizar a observação participante que segundo GIL (1991) é a participação do pesquisador com o meio pesquisado, facilitando a coleta de informações pela integração com o grupo.

Para coleta de dados aplicou-se junto aos funcionários da empresa um questionário¹³ constituído de perguntas abertas e fechadas para verificar qual o efetivo interesse pela temática depressão. Para Lakatos e Marconi (1982, p.74), “[...] o questionário é um instrumento de coletas de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. A elaboração de um questionário requer a observância de normas precisas, a fim de aumentar sua eficácia e validade [...]”.

Para as autoras as perguntas abertas permitem ao informante responder livremente, usando linguagem própria, e emitir opiniões. Elas possibilitam investigações mais profundas e precisas; no entanto apresentam alguns inconvenientes: dificulta a resposta ao próprio informante, que deverá redigi-la, o processo de tabulação, o tratamento estatístico e a interpretação. A análise é difícil, complexa, cansativa e demorada. Já as perguntas fechadas

¹² A digitação deste relatório está sendo providenciado pela estagiária administrativa.

¹³ Apêndice B: Questionário realizado em dezembro de 2003 para fins de pesquisa para o TCC.

são aquelas que o informante escolhe sua resposta entre duas opções. Embora restrinja a liberdade das respostas, facilita o trabalho do pesquisador e também a tabulação, pois as respostas são mais objetivas.

Neste trabalho buscou-se fazer uma pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1994, p.25),

[...] a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde há um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [...].

Esta pesquisa foi realizada junto a EPAGRI, Sede Administrativa, diante de informações globais, pelo fato de que este tema está inserido no contexto nacional, procurando assim interligar a empresa com a realidade e também através de informativos da própria empresa. Visava-se com esta pesquisa realizar análises comparativas diante de bibliografias atuais existentes sobre o assunto aqui tratado. Os questionários foram enviados no dia 01 de dezembro de 2003, junto com uma carta de apresentação da pesquisadora. Nesta correspondência solicitou-se aos pesquisados a devolução dos questionários até o dia 04 de dezembro de 2003.

A análise da pesquisa foi realizada com a tabulação dos dados, verificando-se a frequência com que determinadas informações foram apresentadas. Para a análise da pesquisa foram utilizados categorias de análise como saúde e trabalho.

Neste estudo toma-se como base a denominação de saúde da OMS em 1948 que no entanto permanece atual, vista como: “A saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades”.

Também resgata neste momento a categoria trabalho que veio perdendo conotação penosa, pois permitiu ao trabalhador vantagens dificilmente substituíveis no tempo livre, como identidade e autoconsciência, status e reconhecimento, o trabalho possibilitou contato com outras pessoas, satisfação das necessidades, responsabilidade pelo conteúdo de suas atividades e uso do seu tempo.

Torna-se pertinente enfatizar que a depressão neste trabalho é tratada como um desequilíbrio de neurotransmissores, substâncias químicas presentes no cérebro, que pode ser corrigido independente da estrutura da personalidade da pessoa.

A partir de então, iniciou-se a compreensão destas, aliadas ao referencial teórico deste trabalho.

3.6 Perfil dos trabalhadores da EPAGRI– Sede Administrativa

Do total de 250 questionários enviados, 84 foram respondidos. Sendo recebido 70 questionários no dia 17 de dezembro de 2003 e 14 questionários recebidos em 19 de dezembro de 2003. Sendo que, 40 (quarenta) do sexo masculino e 36 (trinta e seis) do sexo feminino, 08 (oito) não se identificaram.

O perfil dos trabalhadores foi construído com base em questões relativa à idade, função, tempo em que exerce a função, grau de escolaridade, renda, unidade familiar. Os dados a seguir revelam o perfil dos entrevistados.

Considerando-se inicialmente os entrevistados que responderam o questionário 47,62% são homens, 42,86% são mulheres e 9,52% não se identificaram.

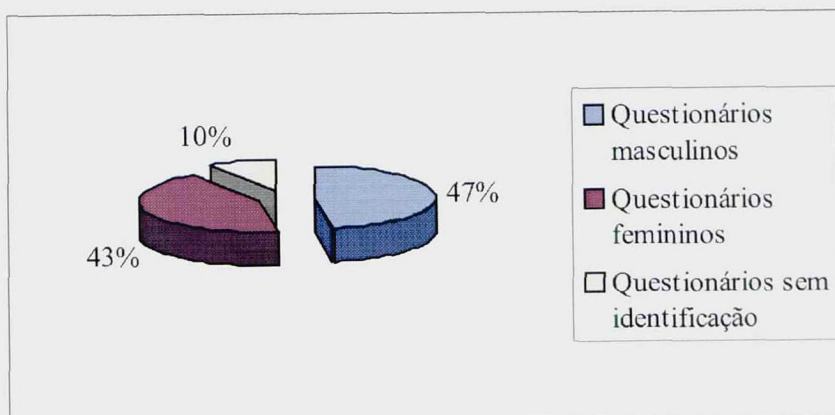


Figura 1: Entrevistados

A média de idade do sexo masculino é de 43,15 anos, enquanto que entre o sexo feminino estabeleceu-se a média de 40,29 anos.

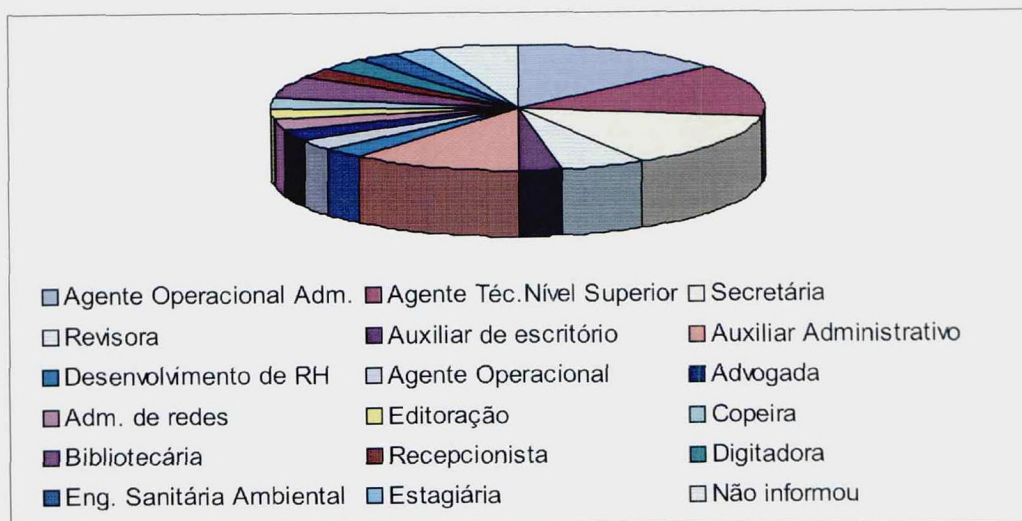


Figura 2: Função/ Feminino

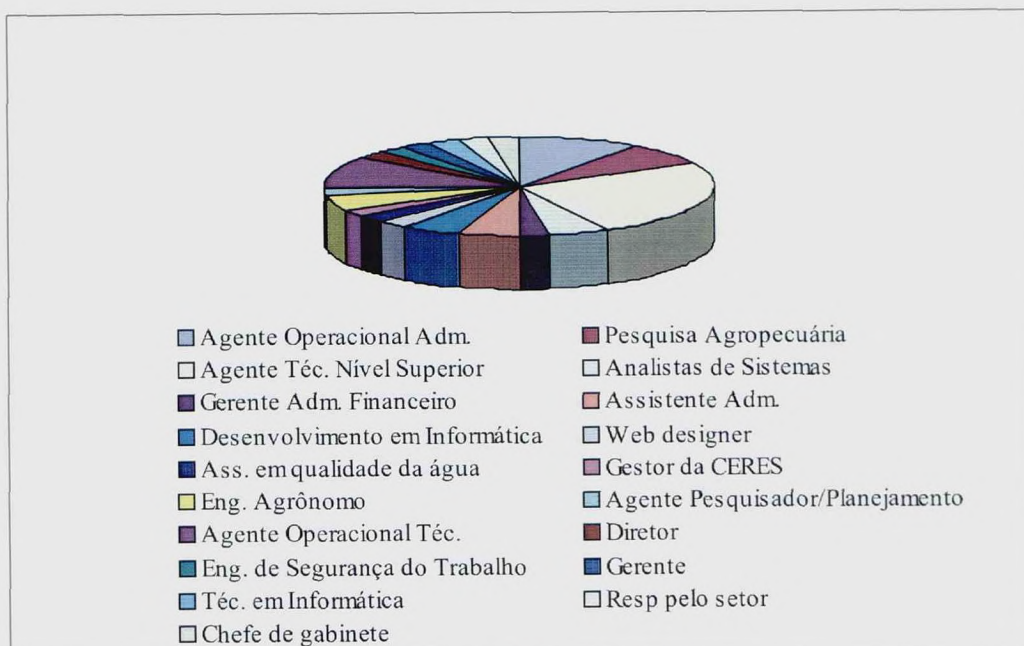


Figura 3: Função/ Masculino

Em relação à função pode-se observar, através dos gráficos acima, uma diversidade acentuada, foi possível atingir um contingente de entrevistados que exerciam funções diversificadas. Isto nos dá uma margem bastante importante, pois a pesquisa conseguiu atingir vários níveis hierárquicos dentro da empresa.

De acordo com os entrevistados do sexo masculino em relação ao tempo em que exercem a função a média é de 15,49 anos . E do sexo feminino a média é de 10,78 anos.

A média de filhos do sexo masculino é de 1,82 enquanto que sexo feminino é de 0,96.

Segundo respostas dos questionários o grau de escolaridade apresentado entre as mulheres foi de 22,22% 2º Grau, 52,78% Superior, 13,89% Superior incompleto e 13,89% não informaram a escolaridade.

Nas informações obtidas do sexo masculino relativo a escolaridade 20% apresentam 2º Grau, 5% Superior incompleto, 52,5% Superior e 22,5% não informaram.

Com estes dados ficou perceptível que tanto homens como mulheres, possuem um bom nível de escolaridade.

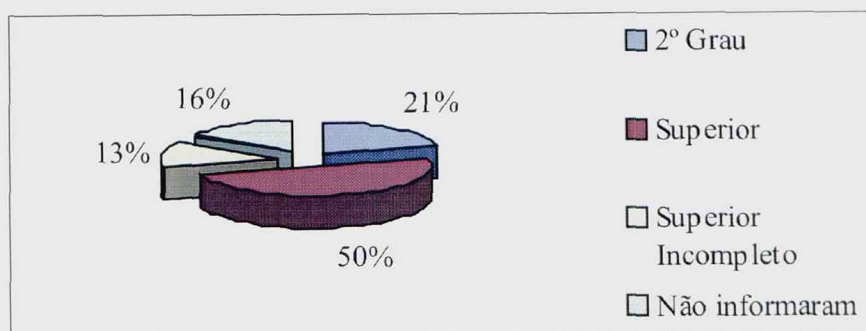


Figura 4: Escolaridade/ Feminino

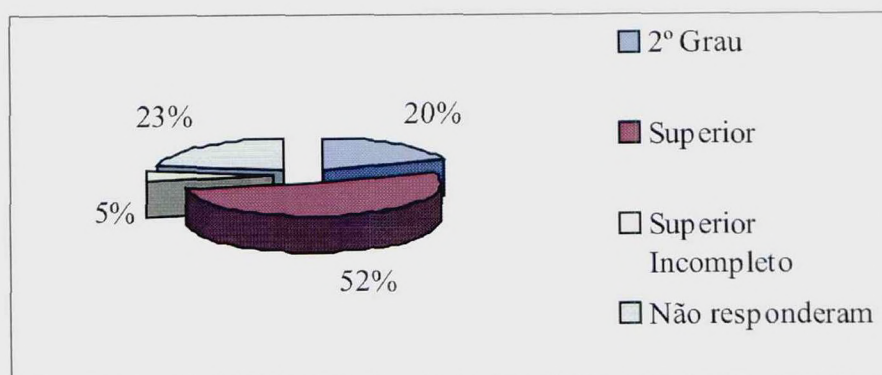


Figura 5: Escolaridade/ Masculino

Quanto a renda dos trabalhadores, entre o sexo masculino 15% recebem de 01 a 05 salários mínimos¹⁴, 22,5% 05 a 10 salários mínimos, 20% 10 a 15 salários mínimos, 42,5% 15 a 20 salários mínimos. Entre o sexo feminino 27,78% recebem de 01 a 05 salários mínimos, 41,67% de 05 a 10 salários mínimos, 22,22% de 10 a 15 salários mínimos, 2,78% de 15 a 20 salários mínimos e 5,56% não responderam.

¹⁴ Valor do salário mínimo de referência R\$ 240,00

Dos questionários não identificados nenhum entrevistado recebe 01 a 05 salários mínimos, 37,5% responderam de 05 a 10 salários mínimos, 25% de 10 a 15 salários mínimos, 37,5% de 15 a 20 salários mínimos.

De acordo com os dados expostos nota-se que a remuneração entre o sexo masculino atinge um percentual maior que do sexo feminino.

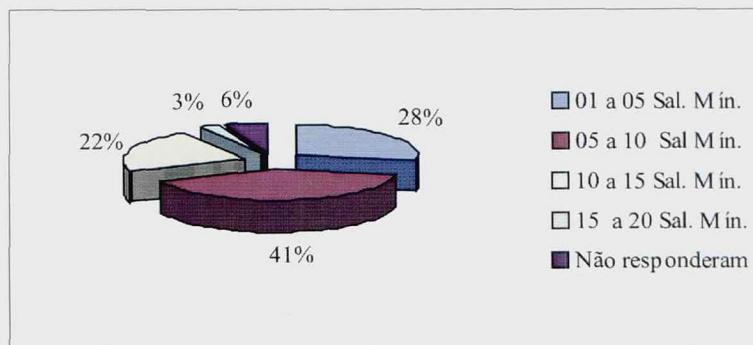


Figura 6: Renda/Feminino

Figura 7: Renda/ Masculino

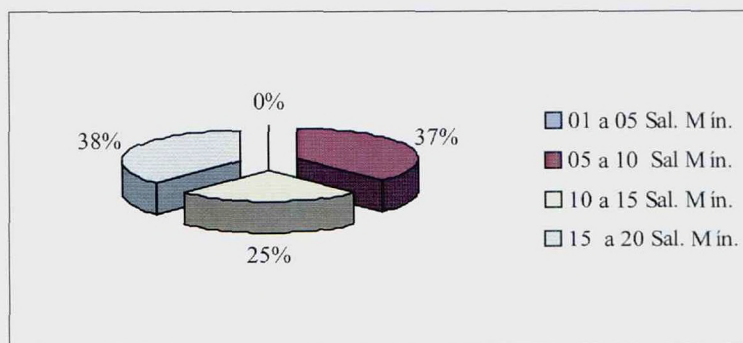


Figura 8: Renda/Questionários Não Identificados

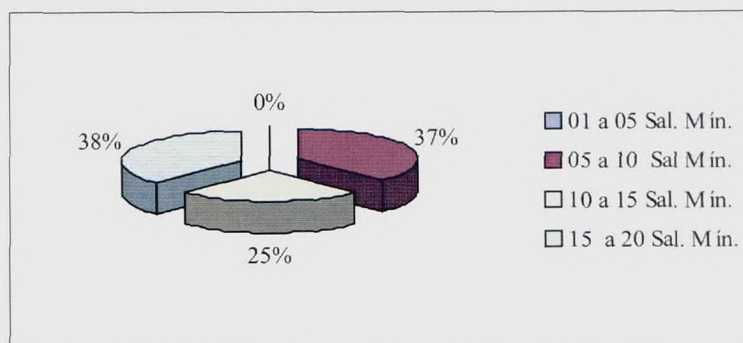


Figura 8: Renda/Questionários Não Identificados

Os dados relativos à escolaridade e a renda entre sexo masculino e feminino nos revelam algo não muito diferente do contexto nacional.

Embora tenha ocorrido um crescimento notável da participação feminina no mercado de trabalho, a sua presença continua concentrada nos setores tradicionalmente ocupado pelas mulheres: o maior contingente, 29,8%, ou cerca de 8 milhões, estão na prestação de serviço. Outros 6 milhões de mulheres trabalham na agricultura, 4,5 milhões nas atividades sociais e 3,5 milhões no comércio, segundo o IBGE. As atividades industriais agregadas ocupam 2,5 milhões de mulheres.

No que se refere à ocupação, as mulheres estão basicamente na condição de assalariadas no setor público e privado (59,1% das mulheres ocupadas, em 1995).¹⁵

A inserção da mulher no mundo do trabalho vem sendo acompanhada, ao longo desses anos, por elevado grau de discriminação, não só no que no que tange à qualidade das ocupações que têm sido criadas tanto no setor formal como no informal do mercado de

¹⁵O Trabalho da Mulher no Brasil. Para maiores informações consultar o site <www.sindpd.com.br/artmulher.html>. Acesso em 28/01/2004 as 19:15 horas.

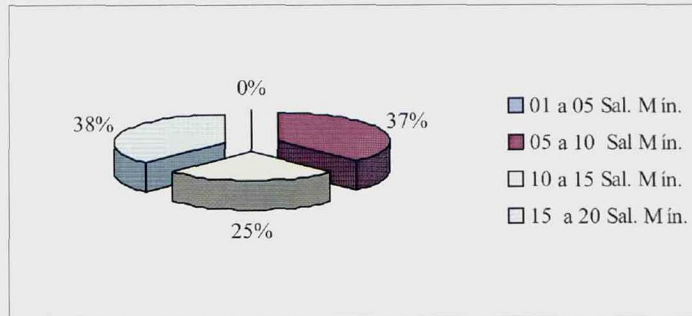


Figura 11: Unidade Familiar/Questionários Não Identificados

1. Em relação à depressão qual o seu interesse pela temática? Porque?

Com as respostas coletadas ficou perceptível que grande parte dos entrevistados já possuem algum conhecimento em relação a temática, cerca de 47,06%, e um bom número de entrevistados gostariam de receber mais informações acerca do assunto, 25,88%. Sendo que, 17,65% responderam ter curiosidade em relação a temática e 9,41% responderam não apresentar nenhum interesse pelo assunto.

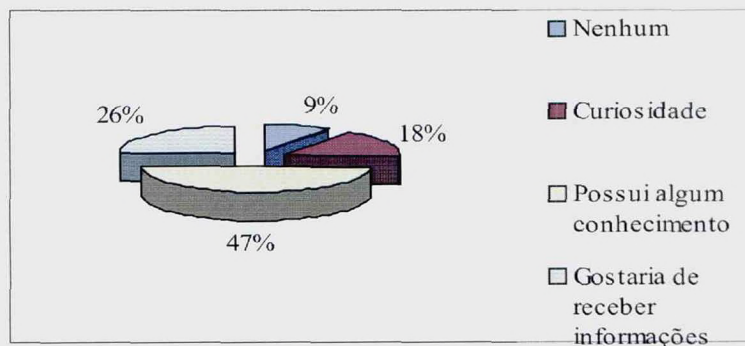


Figura 12: Interesse

1. *Em relação à depressão qual o seu interesse pela temática? Porque?*

Com as respostas coletadas ficou perceptível que grande parte dos entrevistados já possuem algum conhecimento em relação a temática, cerca de 47,06%, e um bom número de entrevistados gostariam de receber mais informações acerca do assunto, 25,88%. Sendo que, 17,65% responderam ter curiosidade em relação a temática e 9,41% responderam não apresentar nenhum interesse pelo assunto.

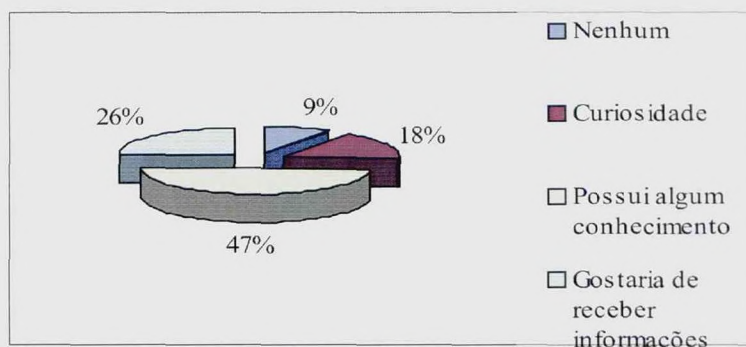


Figura 12: Interesse

Haja visto que este era o principal foco deste estudo, de acordo com os dados e também com a observação no período de estágio o interesse em se trabalhar com a depressão é bastante presente na empresa¹⁸.

Desta forma, ficam evidenciado que o interesse pela temática são referenciados a partir do fato que possuem casos na família, de amigos e de colegas de trabalho. Conforme podemos constar através dos seguintes relatos:

1. R.M.G.: *“Pelo fato de conviver com familiares que tem depressão. É um tema que me interessa para compreender melhor esta doença”.*

¹⁸ Ressalta-se que, na Gerência de Recursos Humanos possui dados referentes aos empregados com depressão na empresa, no entanto não tomamos conhecimento em tempo hábil..

2. A.: *“Tenho uma pessoa na família que sofre depressão”*.
3. J. V. F.: *“Problemas familiares”*.
4. F. S. J.: *“Por ter casos na família e por ser uma doença que está atingindo cada vez mais as pessoas indistintamente”*.
5. S. M. S.: *“Porque tenho pessoas na família com este problema”*.
6. F.Q.G.: *“Tenho casos na família”*.
7. J. C. L.: *“Tenho colegas de trabalho com este problema”*.
8. V.: *“Já tive amigos com depressão”*.
9. A O. N.: *“Há momentos em que passo de baixo astral, onde vejo tudo errado comigo. Vejo coisas erradas que não consigo resolver e aí acho-me culpado pelas coisas que não deram certo”*.
10. R. V. R.: *“Procurei informações por já ter passado por depressões”*.

Segundo Silva E. (1992), ao lado dos elementos e aspectos identificados como adoecedores, há que buscar, a compreensão das resistências individuais e coletivas, suporte ou estruturas de apoio informal.

O ambiente familiar pode ser o único lugar para onde o depressivo pode dar evasão às manifestações de ansiedade. O deslocamento da expressão de raiva, do local onde essa revolta é suscitada para sua casa. A família pode ajudar a suportar as tensões decorrentes do trabalho, na medida em que lhe dá apoio afetivo.

No caso da EPAGRI o que se observa é que os trabalhadores demonstram preocupação com os familiares, colegas de trabalho, amigos que apresentam a doença. Assim,

da mesma forma que a família apresenta-se como suporte ao trabalhador com depressão, este também tem importância no tratamento de pessoas próximas.

A preocupação do trabalhador pode refletir na produtividade da empresa, pois não há como ter um desligamento dos problemas pessoais, pois o trabalhador sente a necessidade de estar mais presente no cotidiano do depressivo.

Para além destes casos, fica evidenciado a preocupação pelo fato de que cada vez mais a depressão vem se tornando comum entre as pessoas. Como segue abaixo:

1. M. L. M.: *“Para adquirir subsídios para lidar com as pessoas que estão com essa doença, tanto na família como no trabalho”*.
2. M. E. P.: *“Porque a depressão é muito mais comum do que se imagina”*.
3. M. : *“Doença bastante comum”*.
4. V. J. S. : *“Porque é um “mal” que pode afetar qualquer pessoa independente de posição social, de cultura e os sintomas as vezes não são claros”*.
5. J. C. V. D.: *“Está se tornando comum entre as pessoas”*.

Assim, como a OMS prevê que até 2020 a depressão atingirá o segundo lugar em se tratando de questão de saúde pública, as pessoas também vêm percebendo que a depressão vem tomando um grande espaço no cotidiano.

Surgiu também a preocupação das pessoas em conhecer a doença para poder ajudar a quem sofre com a mesma. E que a prevenção seria melhor forma de combatê-la.

I.Z. M. A: *“Para poder ajudar as pessoas que sofrem com este problema e como é prevenção da mesma”*.

2.L. T.S.: *“Para poder entender melhor as pessoas que sofrem com a depressão e saber principalmente como evitar”*.

3.C. A T. M.: *“Para poder evitar, auxiliar caso necessário ou mesmo poder ser auxiliado”*.

4. P.S.: *“É uma realidade que nos atinge em maior ou menor grau e estar bem informado é uma forma de combatê-la”*.

5. D. F.: *“Prevenção e saber identificar as causas, sintomas e opções de cura”*.

6. A F.Z.: *“É uma doença silenciosa, tem-se que antecipá-la e se faz isso conhecendo”*.

7. A R. S. O.: *“Acho o tema atual e muito preocupante quanto aos efeitos relativos a parte psíquica e física”*.

8. M.S.R.E.: *“É importante poder ajudar no apoio psicológico que essas pessoas precisam”*.

9. C.T.M.: *“Não sei como se chega a depressão e o que sentimos quando estamos deprimidos”*.

10. R.C.P.: *“Porque quanto mais se sabe sobre o assunto melhor se pode lidar com ele”*.

11. Y.M.C.: *“Quanto mais informações se obtiver a cerca de qualquer assunto, melhor”*.

12. I.T.P.: *“Pela dimensão que está tomando. Todos os dias novos casos. Devemos estar preparados para agir corretamente”*.

13. M.A B.: *“Por não conhecer os sintomas da depressão”*.

14. Y.: *“É uma doença atualmente, qualquer informação é sempre útil venha da maneira que vier”*.

15. P.M.M.: *“Acho importante termos informações sobre as doenças”*.

Segundo Mendes M. (2003)¹⁹, vale salientar o cuidado para que não ocorra uma banalização ou exarcebação da depressão no nosso cotidiano. A existência da depressão implica presença freqüente e intensa de um conjunto de indicadores, e não de sintomas isolados, sendo por essa razão, fundamental a realização do diagnóstico clínico, o mais precoce possível, para assegurar a eficácia do tratamento e a implantação de ações preventivas nos contextos do trabalho, que resgatem os núcleos saudáveis e não patológicos dos trabalhadores.

2. A) *Conhece alguém do seu entorno que venha apresentando sintomas de depressão?*

Quanto a conhecer alguém do seu meio que apresenta a doença depressão 71,43% responderam sim, 23,81% responderam que não conhecem ninguém com a doença e 4,76% responderam outros, mas não especificaram.

Em relação ao vínculo o maior número foi de outros com 62,26% quando os entrevistados especificaram que conhecem amigos, amigas, colegas de trabalho, colegas de aula, sogra, entre outros que apresentam a doença. Irmãos (as) apresentaram 20,75%, filhos (as) 9,43% e 7,55% cônjuge.

¹⁹ Idem Nota 3

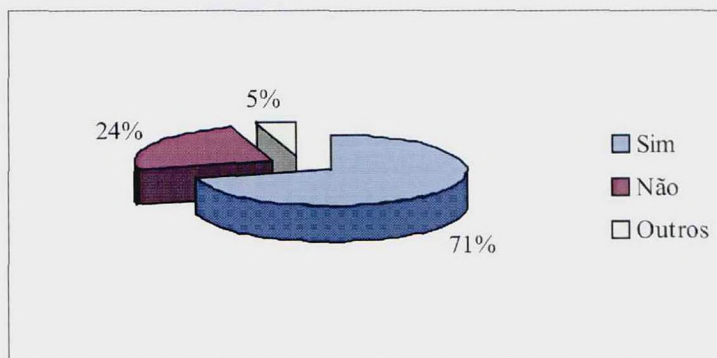


Figura 13: Conhecimento de alguém do meio com depressão

B) Em caso afirmativo, qual seu vínculo com esta pessoa?

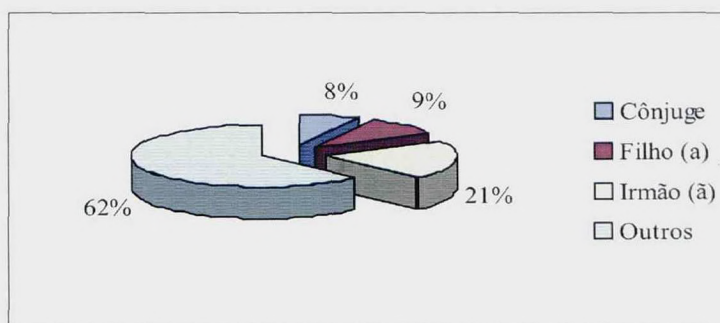


Gráfico 14: Vínculo

Observando os dados dos gráficos acima nota-se que um número acentuado de entrevistados conhecem alguém do seu entorno com depressão, quando questionados em relação ao vínculo a alternativa outros ficou em evidência. No caso, outros, seriam colegas, colegas de trabalho, familiares, assim esse número remete a grande incidência que a depressão vem apresentando na atualidade.

Como ficou explicito em alguns depoimentos acima os entrevistados vêem a depressão como uma doença que está se tornando comum entre as pessoas. E de uma forma ou de outra é preciso evitá-la.

3. *Como a depressão, nas suas variadas facetas pode ser abordada dentro do Programa de Saúde Preventiva?*

De acordo com os dados coletados em relação a abordagem da depressão no âmbito da empresa a melhor forma seria o tratamento médico que atingiu 36,99% seguido de palestras preventivas com 26,03%. A terapia grupal apareceu em terceiro lugar com 19,18%, individual com 12,33% e outros com 5,48%.

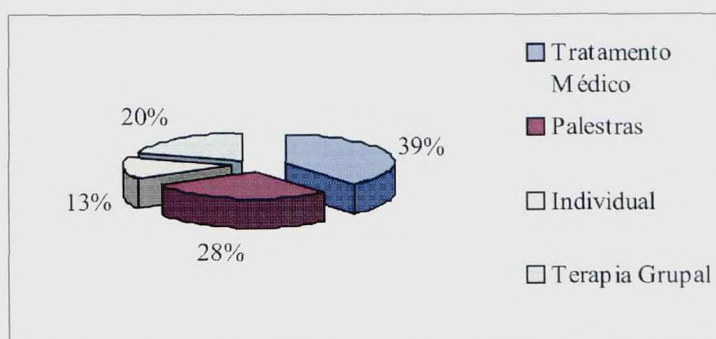


Figura 15: Abordagem

Em relação a melhor forma de abordagem ficou perceptível que todas as alternativas tiveram aceitabilidade em maior ou menor escala, conforme o gráfico acima, visto que diversos entrevistados assinalaram mais de uma opção, comprovando assim que a melhor forma de tratamento ou prevenção seria acoplar tanto tratamento médico, palestras, individual e a terapia grupal.

O tratamento médico sempre se faz necessário, sendo o tipo de tratamento relacionado à intensidade dos problemas que a doença traz. Pode haver depressões leves, com poucos aspectos dos problemas mostrados anteriormente, ou pode haver depressões bem mais graves, prejudicando de forma importante a vida do indivíduo. De qualquer forma, depressões leves ou mais graves necessitam de tratamento médico, geralmente medicamentoso (com

medicações antidepressivas), ou psicoterápico, ou a combinação de ambos, de acordo com a intensidade da doença e a disponibilidade dos tratamentos.²⁰

De acordo com a psiquiatra Silzá Tramontina²¹, o tratamento mais adequado para a depressão é o do modelo biopsicossocial, que inclui psicoterapia individual ou familiar, uso de medicação, orientação educacional e manejo social. A escolha do tratamento tem de ser orientada de acordo com a gravidade dos sintomas e o prejuízo já causado pela doença. O trabalho em grupo também é importante para o tratamento da depressão.

Para Gahagan (1980 apud Nilsson, 2004), somente consideramos que uma coleção de pessoas é um grupo quando atividades se relacionam mutuamente, de forma sistêmica, para um determinado fim. Para esta autora, um grupo deve ser concebido como um sistema cujas partes se inter-relacionam.

Segundo Zimermann (1977 apud Nilsson, 2004), os grupos podem ser classificados em dois grandes ramos genéricos: operativos e psicoterápicos. Os grupos operativos cobrem quatro campos, que são: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos. Cabe nesse momento, apontar os grupos institucionais que as empresas tem adotado com objetivo de aumentar a produtividade, investindo no pessoal já existente nela. Se encontram nesses grupos pessoas com uma ideologia comum e formação humanística.

Cabe salientar no momento que o tratamento/prevenção da depressão necessita de uma equipe interdisciplinar, pois sob uma visão exclusiva de cada profissão, se fragmenta o processo de intervenção, assim a prática interdisciplinar é vista como uma vontade e um

²⁰ ABRICHAIM, Claudio M., ABRICHAIM, Ana Luiza Gabão. Depressão 2001. Para maiores informações acessar <http://www.abcdocorposalutar.com.br>. Acesso em 04/02/2004.

²¹ SOUZA, Tereza Melo. O tratamento médico começa com a quebra de preconceito. Para maiores informações acessar <http://www.saude.terra.com.br/interna>.

compromisso de interação entre metodologias para que ocorra uma busca permanente e coletiva.

Para Japiassu (1976, p.75 apud Eleguida, 2003, p.46),

[...] como nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterôgeneos de uma mesma ciência conduz a interações propriamente ditas, isto é a uma certa reciprocidade de intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida (...) a interdisciplinaridade é uma tarefa: ela se realiza entre disciplinas “operantes” ou “cooperantes”, quer dizer, entre as ciências que se constroem ao mesmo tempo que constroem o mundo [...].

Assim, a interdisciplinaridade se apresenta como um importante instrumento, sendo que “[...] é entendida como estrutural havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo com tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados [...]”. (VASCONCELOS, 1997, p.141).

[...] O Serviço Social, por suas bases teórico-metodológicas e auxiliado por seu instrumental técnico-operativo, é nesta experiência, captador e detentor de grande número de informações. A posse destes dados fez com que ocupasse o papel de sistematizador e organizador das análises e decisões do grupo. Nessa equipe interdisciplinar, o Serviço Social conviveu com constantes discussões a respeito das suas especificidades (objeto, objetivos e natureza da sua profissão) que oportunizaram a socialização de suas particularidades, a delimitação de seu espaço e a interação com os demais integrantes da equipe [...]. (ELY, 2003, p.36).

Como aponta Rodrigues (2000, p. 128), “a interdisciplinaridade não pretende a unidade de conhecimentos, mas a parceria e a mediação dos conhecimentos parcelares na criação de saberes”.

A magnitude do desafio passa pela complexidade da dinâmica organizadora dos distúrbios e, portanto, obrigatoriamente, pela organização do trabalho. Segundo Silva E.

(1992), com base em Dejours a diversidade das situações de trabalho e as rápidas mudanças tecnológicas e organizacionais dos processos em que se insere a atividade laboral, exigem que a identificação das circunstâncias tensiógenas seja realizada de forma continuada, com participação dos que trabalham nos setores da empresa. Assim, essa participação será necessária para definir e implementar medidas preventivas integradas às transformações do trabalho que terão esse caráter.

O objetivo preventivo pode ser confrontado por objeções associadas ao temor de incremento de custos. Nestas discussões, convirá lembrar sempre, ao lado dos argumentos de ordem ética, que também do ponto de vista econômico, o interesse em investir no capital humano exige ser considerado seriamente pelas empresas.

[...] A informação em Saúde Mental do Trabalho, desse modo passa a ser instrumento importante, tanto para representantes da empresa quanto para representantes dos empregados, por ocasião das negociações que buscam harmonizar os objetivos econômicos e a humanização do trabalho [...]. (SILVA, E. 1992, p.90).

A EPAGRI nesse sentido deveria voltar-se mais para investimentos em atividades que visem a melhoria de qualidade de vida no trabalho.

4. *Caso haja necessidades de apoio, informações e/ou tratamento acerca da depressão, quem você procuraria na empresa?*

Dentre os questionários analisados, em relação ao apoio caso houvesse necessidades de informações ou tratamento 15,96% responderam que procurariam a CASACARESC, 54,26% procurariam o Serviço Social, apenas 3,19% procurariam a Gerência, 10,64% responderam nenhuma das alternativas e 15,96 responderam outras.

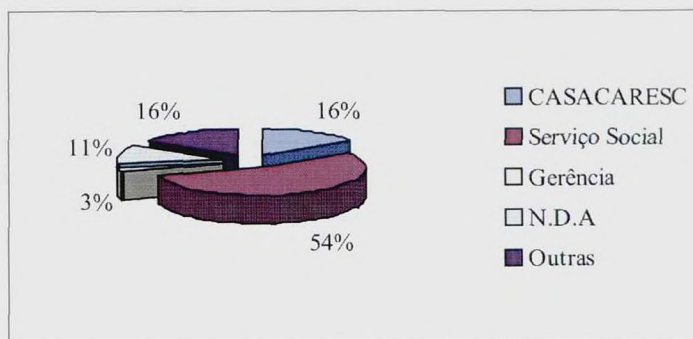


Figura 16: Serviço de Apoio

Com relação a um serviço de apoio o Serviço Social aparece como a alternativa mais viável. Assim, percebe-se que o trabalho que o Serviço Social vem apresentando aos funcionários é visto com credibilidade e que consegue trazer resultados favoráveis nos atendimentos prestados. Pois, com seus conhecimentos específicos e instrumental técnico-operativo, procede orientações e encaminhamentos necessários para assegurar ao usuários o acesso aos seus direitos. Viabilizar o acesso aos direitos é uma das atribuições do assistente social na contribuição para o exercício da cidadania.

Foi a partir de 1960 que se desenvolveu mais rapidamente o Serviço Social de empresa no Brasil. Era um momento em que se discutiam as tradicionais formas de intervenção.

A empresa exerce muita influência nas relações estabelecidas com o trabalhador no sistema de produção, nas condições de trabalho, entre outras, e é nesses relacionamentos entre empresa e empregado que surgem situações em que o profissional é chamado a intervir.

O Serviço Social é chamado para executar as políticas sociais, na empresa, e com o mesmo investimento através destas políticas, consegue-se a reprodução da força de trabalho e ao mesmo tempo uma ação humanitária.

As novas demandas sociais são provenientes da ordem econômica, política, social cultural que alteram ou produzem novas demandas. A partir de então, começam a surgir novas requisições dos profissionais. Para César (1999), o mundo empresarial se abriu para o Serviço Social criando um espaço sócio-institucional expressivo. O assistente social, por meio de sua ação técnico-política, passou a ser requisitado para responder às necessidades vinculadas à reprodução material da força de trabalho e ao controle das formas de convivência entre empregado e empresa, contribuindo para o aumento da produtividade no trabalho.

Temos um exemplo no setor empresarial, que com a implantação da reestruturação produtiva, exige do profissional algo além da prestação ou gerência de benefícios, mas também ações voltadas para programas de formação e qualificação da mão-de-obra ou de qualidade total.

Para César (1999, p.173),

[...] o envolvimento dos trabalhadores nas empresas é estimulado, negociado e/ou controlado, por meio de um arsenal de recursos humanos, em que estão enumerados ganhos como estabilidade, benefícios e incentivos. A luta por melhoria salarial é, gradativamente, substituída pela negociação cooperativa, numa dinâmica corporativa que move-se de acordo com metas e resultados [...].

Fala ainda a autora que a partir dos anos de 1990, as empresas vêm redefinindo as políticas de recursos humanos. Instituem, por meio destas políticas, uma série de contrapartidas materiais e simbólicas que visam reintegrar os trabalhadores aos requisitos da qualidade e produtividade e comprometê-los com as metas e os objetivos corporativos, cristalizando uma renovada relação de dependência e subordinação.

Segundo Freire (2000), com as transformações que vem ocorrendo no mundo do trabalho assistente social está se inserindo e dissolvendo-se em equipes multidisciplinares, nas mais diversas áreas como de saúde, Recursos Humanos, Qualidade, Treinamento,

Comunicação Social, Planejamento Estratégico, pois a sua formação permite que o seu trabalho seja efetuado.

Para Mota (2000), as empresas continuam contratando o assistente social para desenvolver um trabalho de cunho assistencial e educativo junto ao empregado e sua família. Busca-se, através desse trabalho, responder aos problemas sociais dos trabalhadores, que afetam a produtividade no trabalho, associados ora às carências materiais que enfrentam, ora aos comportamentos inadequados ao processo de produção, ou seja, problemas relacionados às condições de vida, ao relacionamento familiar, à disciplina familiar, à disciplina fabril e à inadaptação ao trabalho.

Segundo Freire (2000), o Serviço Social foi requisitado pelas empresas, sobretudo, para responder aos problemas que interferiam no processo de produção – absenteísmo, insubordinação, acidentes, alcoolismo, entre outros a atuar nas questões relacionadas à vida privada do trabalhador, que afetavam seu desempenho no trabalho, conflitos familiares, dificuldades financeiras, doenças – e a executar serviços sociais assegurados da manutenção da força de trabalho.

[...] A saúde do trabalhador e o Serviço Social possuem alguns traços comuns. Entre eles, destacam-se o da sua amplitude e penetração em todas as esferas das necessidades humanas: material, bio-psíquica, psicossocial, sócio-política, educacional, cultural, por esta razão as suas políticas e estratégias passam a constituir cada vez mais objetos transdisciplinares [...]. (FREIRE, 200 p. 168).

Iamamoto (1997), coloca que o assistente social dispõe de relativa autonomia no exercício de suas funções institucionais, o que fica claro na sua relação singular de contato direto com o usuário, em que não ocorre total controle institucional, possibilitando ao profissional redefinir os rumos da ação, da maneira que melhor convier. Também coloca a

autora que as novas exigências para acesso aos postos de trabalho exigem profissionais mais qualificados trazendo alterações para o Serviço Social.

De acordo com Freire (2002), as políticas e programas de saúde da força de trabalho mantêm seu espaço, assim como a participação do assistente social neles, ainda que inserido na área de saúde, em função das fusões conseqüentes a reestruturação nas grandes empresas.

5. *Caso queira acrescentar alguma sugestão e/ou dúvidas não contempladas neste questionário, faça-o na seqüência:*

Como as perguntas realizadas não se tratavam de questões fechadas, mais de uma resposta eram dadas. Assim, solicitamos que os entrevistados que tivessem interesse em acrescentar algo para a pesquisa o fizesse neste momento.

Tendo em vista o objetivo deste trabalho, considera-se oportuno relatar a seguir alguns depoimentos que auxiliaram na pesquisa.

1. V. J. S.: *“Penso que o tema é bem interessante e acho que todo trabalho que puder ser feito em função desse “mal moderno” é válido e bem vindo”.*
2. R. V. R.: *“Apoio qualquer iniciativa para melhorar o atendimento e suporte aos depressivos”.*
3. A R. S. O.: *“A CASACARESC deve investir nesta área num programa de saúde mental preventiva juntando ações com o Serviço Social para o benefício dos empregados”.*
4. T.: *“A empresa deveria ter um programa preventivo para a depressão de forma mais regular e consistente”.*

Com esses depoimentos é possível perceber que os entrevistados julgam necessário trabalhar com a doença depressão na empresa e que se mostram receptivos a iniciativas que venham a ser tomadas para a prevenção da doença.

5. D.L.S.: *“Sugiro aos palestrantes enfatizar a importância dos colegas de trabalho no auxílio aos depressivos. A compreensão, paciência e carinho com estas pessoas é fundamental. A crítica não tem espaço, é preferível o silêncio. Um dia todos nós poderemos passar por isso”*.

As declarações enfatizam a importância de na empresa acontecer um trato mais atento e preventivo relativo a temática depressão de uma forma em que não haja nenhum tipo de discriminação, isolamento do paciente. Este deve ter o apoio de colegas de trabalho para que sintam forte para tratamento.

6. A O Q.: *“O quadro e/ou número de pessoas que apresentam depressão na empresa é grande. Este número não é detectado por falta de mais profissionais que possam fazer um acompanhamento e encaminhá-las a profissionais competentes. Torna-se necessário um trabalho de base, para atingir este tipo de objetivo diminuir o quadro de funcionários que apresentam depressão...”*
7. A.: *“Elogiar nossa Assistente Social Lindomar pela competência e paciência; Contratar outra profissional para ajudá-la dentro da empresa e na própria GRH”*.
8. M. L. M.: *“A EPAGRI deveria ter os serviços de psicologia, além de mais uma profissional habilitada em Assistência Social para que os funcionários fossem bem atendidos e tivessem suas necessidades acompanhadas e orientadas de forma mais*

abrangente. A Lindomar não tem tempo suficiente para se dedicar como gostaria e é impossível um pessoa sozinha estar, ao mesmo tempo, atendendo as mais diferentes necessidades apresentadas pelos funcionários e familiares”.

As citações acima evidenciam que o trabalho exercido pelo Serviço Social da empresa é muito importante, no entanto como apresenta um número de funcionários elevado, tanto na Sede Administrativa como distribuída por todo o Estado seria necessário aumentar o quadro de funcionários que trabalhassem junto ao setor de Serviço Social, que então, houvesse contratações de mais profissionais.

Pode se evidenciar com o dados obtidos na pesquisa que os funcionários da EPAGRI, apresentam interesse pela temática depressão, por possuírem tanto familiares, como amigos com a doença. Apenas alguns funcionários responderam já ter depressão ou que estão enfrentando a doença. Necessitando no nosso entender de um diagnóstico mais focalizado nesses casos a partir dos dados evidenciados por ocasião de nossa pesquisa. No entanto, gostariam que a questão fosse trabalhada na empresa de uma forma que tratasse os casos evidentes e que houvesse a prevenção da doença com profilaxia para a não incidência de novos casos.

Assim, é oportuno que o Serviço Social da empresa se volte para a organização de um programa que trabalhe efetivamente a prevenção da depressão e que este programa não se restrinja somente a sede administrativa, mas nas 20 regionais distribuídas pelo estado.

Como aponta Mendes M. (2003), por meio de práticas profissionais pode-se buscar a criação de oportunidades para a vivência de prazer, para a satisfação e bem-estar dos trabalhadores e a superação do sofrimento, minimização e/ou evitação do estresse, depressão

e outras perturbações psíquicas, contribuindo assim, para as formações de compromissos necessários à manutenção da integridade física, psíquica e social.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pudemos perceber durante a realização deste trabalho à preocupação com a saúde do trabalhador teve um aumento considerável após a Revolução Industrial, embora já há alguns séculos a temática vinha sendo abordada. Veio assim, se mostrando constante ao longo da história da humanidade.

Foi após a II Guerra Mundial, que os trabalhadores passaram a ser expostos a condições de trabalho extremamente adversas e extenuantes porque, terminado o conflito bélico, surgiu um intenso esforço industrial. Surgia assim, a organização de uma nova divisão internacional do trabalho, simultaneamente a tecnologia industrial evoluía de forma acelerada, o que refletia no desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos e síntese de novos produtos químicos.

A saúde do trabalhador na história vem tomando proporções cada vez maiores com a Constituição de 1988 houve um maior acesso aos direitos sociais, como a proteção social, até então praticamente restrita aos contribuintes do sistema previdenciário e que foi estendida à população em geral. Foi afirmada a universalização dos serviços de saúde e de assistência social, no entanto, ela também reafirmou alguns interesses já constituídos como é o caso das aposentadorias por tempo de serviço e as aposentadorias especiais, que beneficiam os trabalhadores qualificados.

Na atualidade o trabalho ocupa um espaço muito importante na vida dos homens, ou seja, quase todo mundo trabalha, e uma grande parte da vida é passada dentro de organizações. A relação com o trabalho parece, algo ainda bastante conflitivo, sendo muitas vezes percebido como indesejado, como um fardo pesado, que acaba nos impedindo de viver.

Mas freqüentemente ele é também percebido como algo que dá sentido a vida, eleva status, define identidade pessoal e impulsiona o crescimento do ser humano.

A industrialização acelerada causou uma deterioração da qualidade de vida devido ao empobrecimento das relações humanas, poluição e degradação ambiental, desenvolvimento dos meios de comunicação em massa e substituição do trabalho humano por tecnologia sendo que as novas doenças do trabalhador, são o que os psicólogos chamam de sofrimento psíquico, como a depressão, o alcoolismo, a histeria, a hipocondria e até paranóia.

As transformações no mundo do trabalho, articuladas ao processo de reestruturação produtiva, assumem um papel contraditório, implicando impacto tanto positivo quanto negativo na saúde dos trabalhadores, pois a reestruturação tem melhorado a qualidade dos processos de trabalho e favorecido o desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e habilidades. No entanto, as mudanças têm exigido dos trabalhadores elevada produtividade e máxima excelência.

Estas contradições que podem trazer sérios prejuízos para saúde ao se transformarem em fonte de sofrimento para muitos trabalhadores, que se mobilizam para buscar a sua integridade, desenvolvendo estratégias para resistir, evitar e/ou superar esse sofrimento.

Em relação à depressão, tema abordado durante este trabalho, ficou perceptível que é uma doença que cada vez mais vem adentrando a vida das pessoas e de muitos trabalhadores. Torna-se pertinente enfatizar que a depressão neste trabalho é tratada como um desequilíbrio de neurotransmissores, substâncias químicas presentes no cérebro, que pode ser corrigido independente da estrutura da personalidade da pessoa. E que depressão pode ser

reativa a algum problema real, mas com o tempo vai se tornando física. Assim, a doença não vem mais sendo vista como algo simplesmente corporal e biológico, mas sim como um processo, como um sistema complexo e interrelacionado, que é determinado pelo contexto cultural, social e econômico no qual está inserido

No caso específico da EPAGRI observa-se que ainda é pouco conhecido o trabalho que vem sendo desenvolvido pelo Serviço Social no que se refere a funcionários ou familiares com depressão; talvez porque as atividades se resumem a encaminhamentos médicos e acompanhamento durante o mesmo, e algumas palestras realizadas na empresa e não é realizado um trabalho mais consistente em relação à depressão.

Em relação ao objetivo principal deste estudo que era de identificar a causa do grande interesse dos trabalhadores em se trabalhar a depressão dentro da empresa, foi possível identificar que o interesse deriva do fato de as pessoas terem conhecidos com a doença, como familiares, amigos, entre outros e possuírem a vontade de estar ajudando as pessoas com o problema.

De acordo com a pesquisa seria importante que fosse realizado um trabalho que englobasse tratamento médico, atendimento individual, atendimento em grupos, palestras para que a prevenção da doença. Fica evidenciado que a melhor forma de tratamento é aquela em que família, colegas de trabalho, médico dêem suporte ao portador da doença, pois o apoio destes põem levar a recuperação mais rapidamente.

Notou-se também que o Serviço Social é o setor mais indicado, segundo os entrevistados, para desenvolver trabalhos relativos a depressão, pois este atende a todos os

funcionários ficando mais acessível para a abordagem de uma doença que ainda é pouco conhecida pelas pessoas.

É importante também elucidar que o quadro de funcionários do setor de Serviço Social deveria ser ampliado para que houvesse mais disponibilidade de um profissional que desse conta de atender a todas as demandas que chegam, seja na área da saúde como de outras áreas. Pois, como a empresa está distribuída em todo o Estado seria necessário que fosse incorporado ao quadro de funcionários das regionais um profissional de Serviço Social para que haja um acompanhamento mais próximo dos funcionários que não estão lotadas na Sede Administrativa.

Também sugere-se que houvesse um mapeamento nas 20 Regionais para identificar pessoas que possam compor uma equipe de apoio ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social. E que fossem utilizados membros da CIPA de Caçador, Florianópolis, Itajaí e Lages, e os responsáveis pela Segurança do Trabalho das Regionais que não possuem CIPA.

Outra sugestão seria em relação ao Departamento de Serviço Social para que incorporasse ao currículo do Curso disciplinas que tratassem de uma forma mais completa o Serviço Social na empresa, pois durante a graduação notou-se a falta de uma disciplina que trabalhasse a questão, apesar de o currículo incorporar a disciplina Administração em Serviço Social não é o suficiente para dar subsídios para entender o Serviço Social na empresa.

Em última análise, o sentimento resultante no final desta pesquisa é a de que ela possa contribuir para a organização onde foi realizado o presente estudo. Mais especificadamente que este motive a adoção de um Programa de Prevenção a depressão a fim de melhorar as condições de vida dos funcionários e dos seus familiares. Fica a sugestão de

que a Ginástica Laboral que era realizada na empresa e que foi extinta no ano de 2003 volte a fazer parte das atividades dos funcionários.

É importante ressaltar que, a EPAGRI é uma empresa que se destaca na obtenção de recursos na sociedade catarinense e que leva qualidade de vida aos pequenos agricultores e aos pescadores artesanais, gerando trabalho e renda no campo. Além de respeitar o meio ambiente, faz com que a agricultura catarinense se torne destaque mundial devido aos investimentos da empresa.

Desta forma, é interessante que a empresa também se volte para o investimento da qualidade de vida dos seus funcionários, investindo em programas que possibilitem a melhoria nas condições de trabalho e de vida dos trabalhadores. Assim, em uma via ou outra, os resultados obtidos, cujos dados aqui descritos poderão, ainda, servir de base para a tomada de decisão das chefias para a adoção de novas estratégias, como de realizar um diagnóstico mais focalizado em relação a existência ou não da depressão na empresa. Como também que na empresa fossem oferecidos espaços de troca, Ginástica Laboral, entre outros serviços que tem se mostrado fundamentais para a prevenção e manutenção da saúde do trabalhador. Além do que, tais melhorias contribuiriam para aumentar a motivação do funcionário no desempenho de suas tarefas, resultando em produtividade para a organização.

Aos profissionais de Serviço Social cabe o desafio de ampliar cada vez mais competências, criatividade, inovação para romper com práticas rotineiras, tarefas. O desafio consiste em levar o acesso aos serviços de saúde preventiva a cada membro da empresa, de forma à transformar este ambiente num ambiente de sinergia, trabalho e acesso, este, voltado

também no zelo pela qualidade dos serviços, defesa da universalidade e atualização dos compromissos ético-políticos reeditados no nosso cotidiano profissional.

REFERÊNCIAS

A PROBLEMÁTICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR. Disponível em: <http://www.estudmed.com/sapo.pt> . Acesso em: 30 nov. 2003.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho.** 6.ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

BERGER, P. Algumas observações gerais sobre o problema do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 13-22, jan/fev. 1983.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** 27. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2001.

CATAPAN, A. H.; TOMÉ, Zeira R. C. **Trabalho e consumo:** para além dos parâmetros curriculares. Florianópolis: Insular, 1999.

CÉSAR, Mônica de Jesus. **A experiência do Serviço Social em empresas.** In Capacitação em Serviço Social e política social: Módulo 2: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social: CEAD, 1999.

COSTA, Terezinha. **Especial para Ciência hoje**/Rio de Janeiro, v.23, n.133, 1997.

COSTA, F.D et al. **Programa de Saúde dos Trabalhadores:** a experiência da Zona Norte: uma alternativa em saúde pública. Editora Hucitec. São Paulo, 1989.

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social – Coletânea de Leis, 2 ed. Gestão 1999/2002. Santa Catarina, 2001.

DELFINO, Juliane. **Qualidade de vida no trabalho e ergonomia: um estudo de multicasos no conjunto de bibliotecas públicas municipais Farol do Saber em Curitiba – PR.** 2002. Dissertação (Mestrado em Administração) – Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ELEGUIDA, Samara Andréa. **A importância das relações humanas no trabalho hospitalar.** 2003. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

ELY, Fabiana Regina. **O Serviço Social e a Interdisciplinariedade no DER/SC**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

EPAGRI Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina. **Regimento Interno**. Florianópolis, 1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber Profissional e Poder Institucional**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1993.

FAPER – **Proposta para Implantação do Serviço Social na EPAGRI**. 1995. Não paginado.

FRANCO, Vera Lúcia. As Origens da Depressão. **Revista Planeta**, n.10. São Paulo. Editora Três Outubro, 2003.

FREIRE, Lúcia Maria de Barros. **O Serviço Social e a saúde do trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas**. In: A nova fábrica de consensos.2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GROTT, João Manoel e LIMA NETO, Arnor . Meio Ambiente de Trabalho e Tutela da Saúde dos trabalhadores sob a perspectiva Tributária. **Revista CIPA**, São Paulo, ano XXIII, n.269, p.27-53, 2002.

HULLER, Cátia Maria Veloso. **A saúde do trabalhador e o Serviço Social na empresa de pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina S.A**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1997.

Informativo da empresa. EPAGRI/GMC. Florianópolis, 2003.

KAUFMANN, Josef Nicolas. Turbulências no mundo do trabalho. Quais são as perspectivas? **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.69. São Paulo: Cortez, 2002.

KRAWULSKI, Edite. **Evolução do conceito de trabalho através da história e sua percepção pelo trabalhador hoje**. 1991. Dissertação (Mestrado em Administração) – Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LUZ, Madel T. **Notas sobre as políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática”-anos 80.** In: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do Distrito Sanitário. Projeto Geral. Brasília, 1995.

MACHADO, Lindomar Oscar. **O Serviço Social.** Florianópolis: EPAGRI, 1997.

MARCONI, Marina de Andrade, Lakatos Eva Maria. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: 1982.

MENDELS, Joseph. **Conceitos de depressão.** Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora LTDA, 1972.

MENEGASSO, Maria Éster. O trabalho, a Ocupação e o Emprego: uma perspectiva histórica. *Revista de Negócios.* Blumenau: FURB, mar/abr, 2000.

MINAYO, M. C. (org.) **Pesquisa Social.** Petrópolis: Vozes, 1994.

NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DE ‘TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA – anos 80. Physis, *Revista de Saúde Coletiva*, v. 1 n. 1, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1991.

MOTA, Ana Elisabete da. **A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000

NILSSON, Vera Gauer. **Grupos Formas e Conceito. Material elaborado para fins didáticos.** Florianópolis, 2004.

RODRIGUES, Maria Lucia. Caminhos da transdisciplinaridade: fugindo às injunções lineares. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo n. 64, ano XX, nov., 2000.

SILVA, Mara Lúcia Lopes da. **Previdência Social um Direito conquistado.** Sintsprev – MA. CUT, 1995.

SILVA, Edith Seligmann. A Inter-Relação Trabalho-Saúde Mental: um estudo de caso. **Revista de Administração de Empresas,** São Paulo, set/out.1992, p.70-90.

SOUZA, Maria Neuza de. **Desenvolvimento de comunidade e Participação.** 4.ed. São Paulo, Cortez, 1993.

TOMAZ, Daiane Hugen. **O Serviço Social na EPAGRI: a experiência do programa de preparação para a aposentadoria, 2002.** Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.54, ano XVIII, jul., 1997.

LISTA DE NOTAS

- ¹ Informações extraídas do site <<http://boasaude.uol.com.br/>>. Acesso em 13/10/2003 as 15:00 horas.
- ² Depressão: Transtornos relacionados por semelhança ou classificação (Atualizado em 28/06/2003). Para maiores informações consultar www.psiosite.com.br. Acesso em 05/02/2004 as 24:30 horas.
- ³ Mendes, Ana Magnólia Bezerra*. Trabalho, estresse e depressão. 2003. Informações extraídas do site www.psicologiaonline.com.br/colunistas . Acesso em 29/01/2004 as 24: 15 horas. *Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, Professora do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho da UNB.
- ⁴ A EMPASC – Empresa Catarinense de Pesquisa Agropecuária, ACARESC – Associação de Crédito e Assistência Rural de Santa Catarina, EMATER-SC – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural de Santa Catarina, ACARPESC – Associação de Crédito e Assistência Pesqueira de Santa Catarina e IASC – Instituto de Apicultura de Santa Catarina.
- ⁵ As regionais da empresa localizam-se em: Araranguá, Blumenau, Caçador, Campos Novos, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Criciúma, Florianópolis, Itajaí, Joaçaba, Joinville, Lages, Rio do Sul, São Joaquim, São Lourenço do Oeste, São Miguel d’ Oeste, Tubarão, Videira e Xanxerê.
- ⁶ Anexo A: Estrutura Organizacional Matricial da EPAGRI.
- ⁷ Dados extraídos do Relatório Quantitativo dos Empregados da EPAGRI, com data de 26/11/2002 fornecido pela Gerência de Recursos Humanos. O Relatório em relação ao ano de 2003 está em processo de elaboração.
- ⁸ Para maiores esclarecimentos consultar: HULLER, Cátia Maria V. O Serviço Social e a saúde do trabalhador na Empresa de Pesquisa e Extensão Agropecuária de Santa Catarina – EPAGRI. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. p. 111-117.
- ⁹ O que é dependência química? Informações extraídas do site <<http://members.tripod.com/anovavida/dq.htm>> Acesso em: 27/04/2003 as 15:40 horas.
- ¹⁰ Apêndice A: Questionário aplicado em março de 2003 durante a realização do Estágio Curricular Obrigatório
- ¹¹ Durante o período de estágio foram realizadas 04 palestras nas primeiras sextas-feiras do mês.
- ¹² A digitação deste relatório está sendo providenciado pela estagiária administrativa.
- ¹³ Apêndice B: Questionário realizado em dezembro de 2003 para fins de pesquisa para o TCC.
- ¹⁴ Valor do salário mínimo de referência R\$ 240,00
- ¹⁵ O Trabalho da Mulher no Brasil. Para maiores informações consultar o site <www.sindpd.com.br/artmulher.html>. Acesso em 28/01/2004 as 19:15 horas.
- ¹⁶ Maia, Katy*, Lira, Sachiko A.* A Mulher no Mercado de Trabalho. Informações extraídas do site www.economia.ufpr.br/textos . Acesso em 28/01/2004 as 19: 24 horas.
*Economista da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Professora da Fundação de Estudos Sociais do Paraná (FESP). Doutora em Economia pela Universidade de Brasília (UnB).
*Estatística e Pesquisadora do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico (IPARDES). Mestranda em Programação Matemática pela UFPR.

¹⁷ Idem nota 13.

¹⁸ Idem Nota 3

¹⁹ Ressalta-se que, na Gerência de Recursos Humanos possui dados referentes aos empregados com depressão na empresa, no entanto não tomamos conhecimento em tempo hábil.

²⁰ ABRICHAIM, Claudio M., ABRICHAIM, Ana Luiza Gabão. Depressão 2001. Para maiores informações acessar <http://www.abcdocorposalutar.com.br>. Acesso em 04/02/2004.

²¹ SOUZA, Tereza Melo. O tratamento médico começa com a quebra de preconceito. Para maiores informações acessar [http:// www.saude.terra.com.br/interna](http://www.saude.terra.com.br/interna) .

APÊNDICES

APÊNCIDE A
QUESTIONÁRIO: SAÚDE PREVENTIVA – SERVIÇO SOCIAL

Para que possamos dar continuidade ao trabalho iniciado em abril de 2000, através de palestras mensais, estamos buscando a sua participação através deste questionário.

1. Você já participou de alguma palestra mensal?

() Sim () Não

2. Você julga importante a continuidade da realização de palestras?

() () Não

3. Qual o melhor dia da semana e o horário para a realização das palestras?

4. O lanche comunitário deve continuar? O que você sugere para melhorá-lo?

5. Você acha que a continuidade do trabalho deve ser realizado em forma de palestras?

Teria algum outro tipo que você gostaria que realizássemos além deste, dentro do Programa de Saúde Preventiva?

6. Que tema você sugere para a realização das palestras? Segue algumas alternativa:

OBS.: A data de entrega do questionário está estipulada para o dia 02/04/2003 quando passaremos nos setores para recolhimento.

RELAÇÃO DE TEMAS:

1. A doença e a saúde em nossas mãos;
2. Acupuntura;
3. Adolescência;
4. AIDS;
5. Alcoolismo;
6. Aleitamento materno;
7. Alergias;
8. Alimentação;
9. Análise ergonômica do trabalho;
10. Aneurisma de orta;
11. Ansiedade;
12. Atividade física e saúde;
13. Biologia geriátrica;
14. Cardiologia preventiva;
15. Catarata;
16. Cefaléas, enxaqueca;
17. Cirurgia pediátrica;
18. Cirurgia plástica;
19. Climatério;
20. Colesterol e risco vascular;
21. Coluna vertebral;
22. Como lidar com pessoas deficientes;
23. Crescimento e desenvolvimento da criança;
24. Cuidados com medicamentos de ação na pele;
25. Cultura e personalidade;
26. Dependência química;
27. Depressão;
28. Desenvolvimento humano – desafios e riscos;
29. Desenvolvimento infantil e comportamento;
30. Diabetes;
31. Diarréia e re-hidratação;
32. Distúrbios digestivos;
33. Distúrbios do comportamento infantil;
34. Distúrbios do sono (apnéia, insônia) e seu impacto na produtividade/acidentes de trabalho/acidentes de transito;
35. Doenças do aparelho respiratório: asma, bronquite e enfisema pulmonar;
36. Doenças heematológicas;
37. Doenças hemotransmissíveis;
38. Doenças infecto contagiosas;
39. Doenças sexualmente transmissíveis;
40. Drogas;
41. É simples evitar doenças;
42. Educação para a saúde;
43. Educação, saúde e ecologia;

44. Emergências médicas;
45. Epilepsias;
46. Ergonomia;
47. Esterilidade conjugal;
48. Fitoterapia;
49. Formação de valores;
50. Fotoproteção – cuidados com o sol;
51. Genética e saúde;
52. Geriatria preventiva;
53. Gestação e trabalho;
54. Glaucoma, retinopatia diabética;
55. Hábitos de vida e câncer;
56. Hanseníase;
57. Harmonia interior e ambiente de trabalho;
58. Hipertensão arterial;
59. Hepatites;
60. Importância da correção visual para o trabalho;
61. Infarto do miocárdio e seu reconhecimento;
62. Infecções de repetição na infância;
63. Insalubridade;
64. Insuficiência renal;
65. Intervenções não farmacológicas para prevenir e gerenciar o estresse;
66. LER/DORT;
67. Mastologia: doenças benignas e malignas, diagnóstico precoce;
68. Maternidade;
69. Medicina do exercício;
70. Meia idade: menopausa, envelhecimento
71. Métodos anticoncepcionais;
72. Nascimento, Neomatologia;
73. O ruído no ambiente de trabalho;
74. Obesidade;
75. Orientação postural;
76. Osteoporose, artrose, lombalgia;
77. Pediatria;
78. Perícias médicas;
79. Planejamento familiar;
80. Posturas no trabalho;
81. Pré-natal;
82. Prevenção à violência doméstica, identificação da violência contra crianças e adolescentes;
83. Prevenção da cegueira;
84. Prevenção de acidentes de trânsito, uso do cinto de segurança, álcool e direção, como transportar crianças no carro, código de trânsito brasileiro, direção defensiva;
85. Prevenção de acidente vascular cerebral/fatores de risco;
86. Prevenção de deficiências infantis, papel da intervenção precoce, efeitos da estimulação precoce, desenvolvimento infantil;
87. Prevenção de doenças: crônico degenerativas, infantis, parasitoses intestinais, próstata;

88. Prevenção de problemas oftalmológicos na infância;
89. Prevenção de problemas oftalmológicos no trabalho;
90. Prevenção de traumas e lesões esportivas;
91. Prevenção de câncer;
92. Prevenção e tratamento do tabagismo;
93. Primeiros socorros;
94. Programa de conservação auditiva;
95. Programa de controle médico e saúde ocupacional;
96. Programa de prevenção de riscos ambientais;
97. Promoção de saúde;
98. Puericultura;
99. Qualidade de vida;
100. Saúde do trabalhador no contexto sócio-econômico;
101. Saúde ocupacional;
102. Sexualidade humana;
103. É simples evitar doenças;
104. Sonolência excessiva diurna;
105. Estresse e qualidade de vida;
106. Tabagismo;
107. Terapia e reposição hormonal;
108. Tensão Pré-Menstrual;
109. Tratamento manipulativo da coluna;
110. Vacinas;
111. Varizes;
112. Vídeo cirurgia ginecológica;
113. Violência;
114. Voz;

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA



De: Francieli Lopes
Para: Funcionários da Sede Administrativa da EPAGRI
Assunto: Questionário

Tendo em vista que no período de 10 de março de 2003 a 17 de julho de 2003 realizei o Estágio Obrigatório Curricular na Empresa de Pesquisa e Extensão Agropecuária de Santa Catarina – EPAGRI, quando foi realizado pelo Setor de Serviço Social uma pesquisa objetivando identificar temas que os trabalhadores gostariam que fossem abordados nas palestras mensais dentro do Programa Saúde Preventiva.

Assim sendo, a análise dos dados demonstrou um número bastante significativo, cerca de 57% dos trabalhadores que responderam a pesquisa demonstraram interesse pela temática depressão.

Logo, a partir destes dados, vimos através deste desenvolver nova pesquisa com o objetivo de identificar as causas de interesse pela temática junto aos trabalhadores da empresa.

Para tanto segue anexado o questionário que está sendo entregue em mãos no dia 27/11/2003 e no dia 04/12/2003 estarei passando nos setores para recolhimento do mesmo.

Cabe acrescentar que os dados desta pesquisa constarão no Trabalho de Conclusão de Curso que esta sendo elaborado e será apresentado em Fevereiro de 2004 para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Atenciosamente

Lindomar Oscar Machado
Assistente Social

Francieli Lopes
Estudante de Serviço Social

Nome:

Idade:

Sexo:

Função:

Quanto tempo exerce a função:

Grau de Escolaridade:

Renda: () 01 a 05 salários mínimos

() 05 a 10 salários mínimos

() 10 a 15 salários mínimos

() 15 a 20 salários mínimos

Unidade Familiar: () Solteiro

() Casado

() Divorciado

() Outros

Filhos:

() Sim

() Não

Quantos:

1. Em relação à depressão qual o seu interesse pela temática?

() Nenhum

() Curiosidade

() Possui algum conhecimento/ informações iniciais

() Gostaria de receber informações

Por que ?

2. A) *Conhece alguém do seu entorno que venha apresentando sintomas de depressão?*

- () Sim
- () Não
- () Outros

B) *Em caso afirmativo, qual seu vínculo com esta pessoa?*

- () Cônjuge
- () Filho (a)
- () Irmão (a)
- () Outros Qual? _____

3. *Em relação à forma de atendimento do Programa de Saúde Preventiva, como você avalia a condução do processo de tratamento da depressão?*

- () Desconheço
- () Eficiente
- () Outros

4. *Como a depressão, nas suas variadas facetas pode ser abordada dentro do Programa de Saúde Preventiva?*

- () Tratamento médico, psicológico e social
- () Palestras
- () Individual
- () Terapia grupal
- () Outras

Quais?

5. *Caso haja necessidades de apoio, informações e/ou tratamento acerca da depressão, quem você procuraria na empresa?*

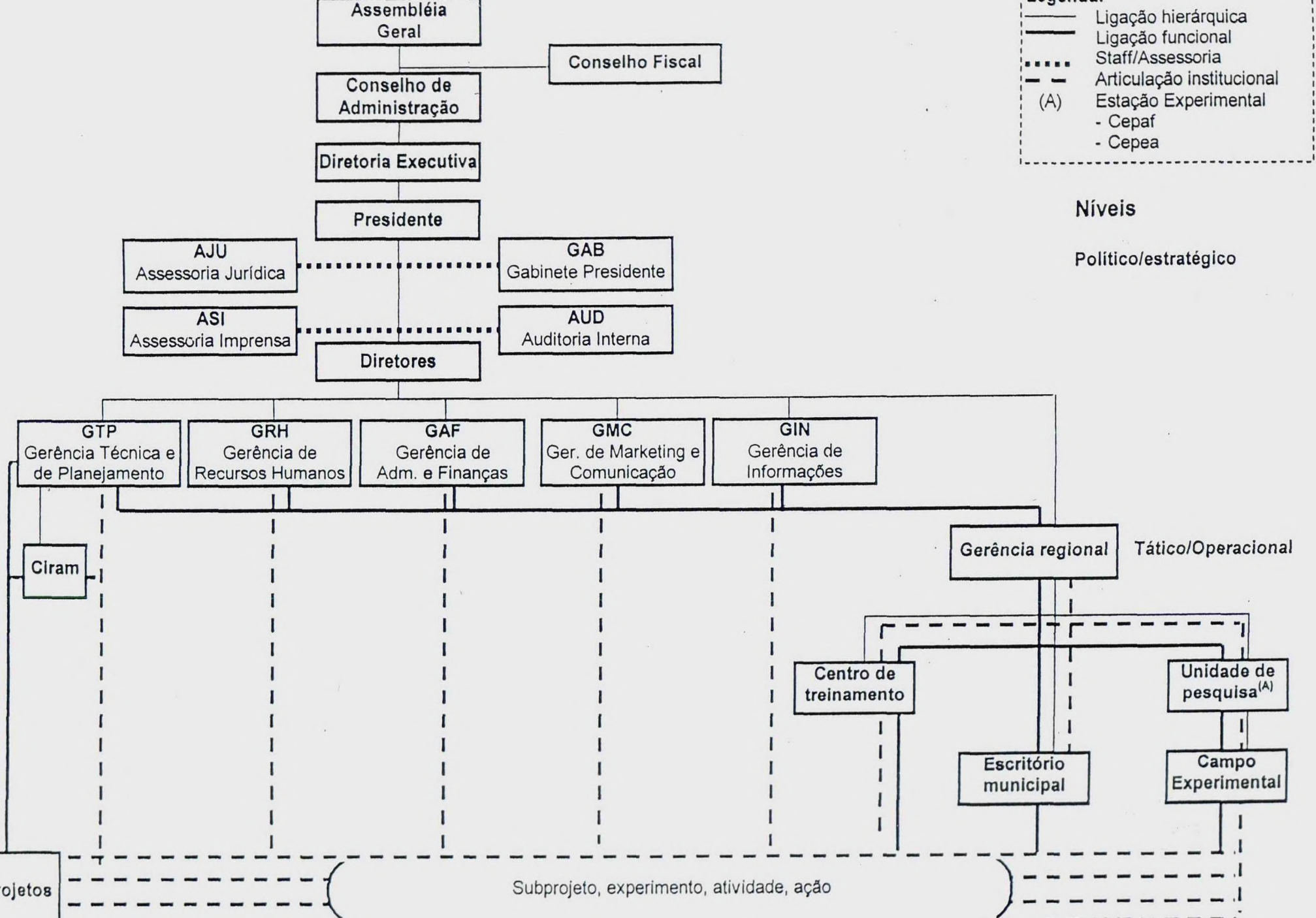
- () CASACARESC
() Serviço Social
() Gerência
() Nenhuma das alternativas anteriores
() Outras

Qual?

6. *Caso queira acrescentar alguma sugestão e/ou dúvidas não contempladas neste questionário, faça-o na seqüência:*

ANEXOS

**ANEXO A – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL MATRICIAL DA
EPAGRI**



**ANEXO B - PROPOSTA DE ORGANOGRAMA DA GERENCIA
DE RECURSOS HUMANOS**

