

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

**AFASTAMENTOS DOS SERVIDORES DA SECRETARIA DE SAÚDE - SES/SC:
UMA ANÁLISE DAS PRINCIPAIS DOENÇAS OCUPACIONAIS**

Maria das Dores dos Santos Mattos

Florianópolis, 2007/02

MARIA DAS DORES DOS SANTOS MATTOS

**AFASTAMENTOS DOS SERVIDORES DA SECRETARIA DE SAÚDE - SES/SC:
UMA ANÁLISE DAS PRINCIPAIS DOENÇAS OCUPACIONAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social, Departamento de Serviço Social,
Centro Sócio Econômico, Universidade
Federal de Santa Catarina.**

Orientadora: Profª Tânia Regina Krüger

Florianópolis, 2007.

MARIA DAS DORES DOS SANTOS MATTOS

**AFASTAMENTOS DOS SERVIDORES DA SECRETARIA DE SAÚDE - SES/SC:
UMA ANÁLISE DAS PRINCIPAIS DOENÇAS OCUPACIONAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social,
Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina.**

Banca Examinadora

Presidente da Banca Orientadora
Tânia Regina Krügger
Assistente Social

1ª Examinadora
Rosana M. Sarmiento
Assistente Social

2ª Examinadora
Alete Simone Fábregas
Assistente Social

Florianópolis, 2007.02

“Pensar é o trabalho mais difícil que existe, e esta é provavelmente a razão por que tão poucos se dedicam a ele”.

Henry Ford

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer Deus, pela oportunidade que me deu e também a minha família pelo apoio e incentivo.

As minhas filhas, Camilla e Patrícia por entenderem a minha ausência no período de faculdade, amo vocês.

Ao meu namorado Júlio, pelo incentivo, apoio e cobranças em me fazer retornar aos estudos depois de 24 anos distantes, sem ele nada disso seria possível.

A dona Tomázia (in memoriam), pelo incentivo dado durante o período de faculdade.

As minhas colegas Milena, Shirley, Marielle e Jucemara, muito obrigado pela força, pelas angústias sofridas juntas a cada apresentação de trabalho, durante esses quatro anos de universidade.

As minhas amigas de trabalho, principalmente Vanessa e Simone por entenderem meu desespero e stress na finalização do curso, muito obrigado.

Aos funcionários da Perícia Médica do Estado e da Seccional de Pessoal do Hospital Nereu Ramos, em especial Hélia e Leco, pelas informações fornecidas na realização deste trabalho.

RESUMO

O trabalho no decorrer dos anos vem sofrendo alterações e com isso ocorreram várias mudanças na vida dos trabalhadores. Antigamente o trabalho era visto como uma atividade penosa e de tortura, isso porque o trabalho prioritariamente se desenvolveu na humanidade voltado para o lucro, sem considerar as outras necessidades do ser humano. Ao longo do tempo esse conceito de trabalho foi sendo transformado e essa transformação tem trazido para a vida dos trabalhadores as doenças ocupacionais, o que tem levado muitos trabalhadores ao afastamento por licença para tratamento de saúde.

Diante dessa problemática, focamos os servidores da Secretaria Estadual de Saúde/ SES e Hospital Nereu Ramos, onde há uma grande incidência de afastamento por licença para tratamento de saúde, principalmente os profissionais de enfermagem (técnicos e auxiliares), por serem estes, os profissionais que lidam diretamente com as situações críticas e de intervenções imediatas, acarretando no aumento das licenças para tratamento de saúde, o que se concretiza no estudo levantado e apresentado neste trabalho.

SUMÁRIO

1 TRABALHO E SAÚDE

1.1 O Trabalho a Saúde e sua história.....	13
1.2 A Saúde do Trabalhador.....	17
1.3 A Política de Saúde do Trabalhador no SUS.....	21
1.4 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador.....	25

2 AS ALTERAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO NA

CONTEMPORANEIDADE.....33

2.1 As Doenças do Trabalho na Sociedade Atual.....	39
--	----

3 AS DOENÇAS OCUPACIONAIS NOS TRABALHADORES DA

SAUDE.....53

3.1 Contextualizando a SES.....	56
3.2 Licença tratamento de saúde dos servidores da SES/SC.....	60
3.3 Licenças médicas dos servidores do Hospital Nereu Ramos	64

4 CONCLUSÃO.....78

5 REFERÊNCIAS.....81

6. ANEXO.....88

SUMÁRIO DE SIGLAS

CARS	Centros Administrativos Regionais de Saúde
CEDDRHUS	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
CEPON	Centro de Pesquisa Oncológicas
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
DAME	Posto de assistência Médica
DASP	Departamento Autônomo de Saúde Público
DOU	Diário Oficial da União
EFOS	Escola de Formação em Saúde
HEMOSC	Centro de Hematologia em Hematologia
H.G.C.R	Hospital Governador Celso Ramos
IAP	Instituto de Anatomia Patológica
MS	Ministério da Saúde
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SES	Secretaria Estadual de saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais e Comportamentais
CIASC	Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina
DPOC	Doença Progressiva Obstrutiva Crônica
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RASTs	Referência em Saúde do Trabalhador
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
CAPs	Caixa de Aposentadoria
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador em conjunto,

MPS

Ministério da Previdência Social

FAEC

Fundo de Ações Estratégias e Compensação

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Demonstrativo de servidores Ativos e Inativos	57
Tabela 2 - Número de afastamentos do trabalho por LTS dos servidores da SES/SC, no período de janeiro 2003 a dezembro 2007.....	61
Tabela 3 - Dias de afastamentos de dos servidores da SES/SC, no período de janeiro 2003 a dezembro 2007.....	63
Tabela 4 -Unidades de Internação do Hospital Nereu Ramo.....	65
Tabela 5- Servidores dos Hospital Nereu Ramos distribuídos por função.....	66
Tabela 6 -Números de afastamentos por LTS de janeiro 2003 a dezembro 2007.....	68
Tabela 7- Nível de escolaridade dos servidores afastados no período de março a julho 2007.....	70
Tabela 8 - Motivos dos afastamentos.....	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Número de afastamentos do trabalho por LTS dos servidores da SES/SC no período de janeiro 2003 a dezembro 2007.....	63
Gráfico 02. Percentual de afastamentos dos servidores do HNR de 2003 a 2007.....	68
Gráfico 03.. Distribuição por sexo	69
Gráfico 04. Distribuição por idade.....	71
Gráfico 05. Distribuição por setores.....	71
Gráfico 06. Renda dos servidores em salários mínimos.....	72
Gráfico 07. Situação que geram preocupação.....	73
Gráfico 08. Servidores que fazem uso de anti-depressivo.....	75
Gráfico 09. Percentual dos servidores que sofreram acidentes no trabalho.....	76
Gráfico 10. Percentual dos motivos dos afastamentos por LTS.....	76

INTRODUÇÃO

O Presente Trabalho de Conclusão de Curso, tem por objetivo, levantar e analisar as incidências de afastamentos por licença para tratamento de saúde dos servidores da Secretaria Estadual de Saúde, com enfoque especial nas licenças médicas dos servidores do Hospital Nereu Ramos, onde será realizado um levantamento das principais doenças ocupacionais responsável pelos afastamentos desses funcionários e também calculado os dias de trabalho perdidos, ocasionados por essas doenças.

A pesquisa foi desenvolvida utilizando uma metodologia de caráter qualitativo e quantitativo, analisando o levantamento disponibilizado pela Perícia Médica do Estado de Santa Catarina e também do Hospital Nereu Ramos, tendo como período janeiro de 2003 a dezembro de 2007. O levantamento incluía todos os servidores desta secretaria, porém não foi possível obter dados detalhados dos servidores licenciados como sexo, idade e grau de escolaridade.

Diante da impossibilidade de obter esses dados na Perícia Médica, focamos o Hospital Nereu Ramos, onde no decorrer dos cinco meses de estágio foi observado um índice relativamente alto de afastamentos dos servidores por licença para tratamento de saúde. Esta instituição hospitalar conta com um número de servidores reduzido em comparação às outras unidades hospitalares mantidas pelo governo do Estado, engrandecendo assim o entusiasmo pelo tema abordado.

A coleta de dados nesta unidade teve início durante o período do estágio, onde contou com o apoio do setor de Setor Social e a Seccional de Pessoal, desenvolvido por uma estagiária de Serviço Social que buscou prestar um atendimento individualizado nos servidores que se encontram licenciados. Foi realizado visitas domiciliares e entrevista onde através da aplicação de questionário junto aos funcionários afastados, verificou-se uma tendência maior nos afastamentos por stress, depressão, seguido das doenças do sistema osteomuscular, chamando especial atenção aos fatores levantados pelos próprios servidores, tornando-se desta forma, fácil de mensurar e analisar as causa que levaram esses funcionários ao afastamento.

O interesse por esse tema surgiu através do trabalho prestado no Hospital Nereu Ramos, onde desenvolvo meu trabalho no setor de Recursos Humanos, podendo assim observar as dificuldades enfrentadas por esses trabalhadores como a sobrecarga de trabalho, (há poucos funcionários para executar as tarefas), baixo salário, escassez de medicamentos, materiais, além dos servidores terem que lidar com usuários que chegam em situações de grande vulnerabilidade e na maioria das vezes estressados com seu quadro de saúde, sendo constatado essa observação durante o período de estágio, principalmente nos profissionais da enfermagem que representam a força maior de trabalho dentro de um hospital e cujas atividades são freqüentemente marcadas pela divisão fragmentadas de tarefas.

O stress nesses profissionais tem sido bastante observado e considerado como risco ocupacional na área de saúde, por lidarem constantemente com situações de sofrimento, dor, depressão, agravamentos da doença e mortes. Devido a tudo isso, a profissão de enfermagem vive uma realidade de trabalho cansativa e desgastante, por estarem diariamente vinculadas a estas situações.

Para melhor compreensão desta realidade, esse trabalho será dividido em três sessões.

Na primeira sessão será contextualizado saúde e trabalho ao longo de intervalos históricos. A preocupação com a saúde dos trabalhadores remonta antiguidade, ganha ênfase no período da Revolução Industrial e sobretudo na segunda metade do século XX. Será discutido também a temática da saúde do trabalhador no SUS e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Na segunda sessão deste trabalho, será enfatizado as mudanças ocorridas no mundo do trabalho decorrentes do processo de globalização e terceirização, o que tem trazido sérias conseqüências na vida dos trabalhadores, e o aparecimento das doenças ocupacionais do trabalho tem sido evidenciadas.

Na terceira sessão, será contextualizado a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, onde será apresentado o levantamento dos afastamentos por licença para tratamento de saúde dos servidores desta Secretaria, apresentando as principais doenças ocupacionais que levaram esses funcionários a solicitarem licença, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007.

Será contextualizado também o Hospital Nereu Ramos, onde foi realizado o estágio obrigatório e onde neste período foram levantados dados relacionados às licenças dos servidores desta unidade hospitalar.

O interesse da instituição no profissional de Serviço Social se deu através da qualificação do Assistente Social, o qual possui conhecimentos teórico-metodológicos que facilitam o desempenho de pesquisas observando a diversidade dos problemas enfrentados pelos servidores atendidos.

O assistente social dentro de empresas e instituições pode contribuir muito nos processos de trabalho por meio de sua participação em programas, projetos de qualidade de vida que se constituem como desafios para as organizações pela complexidade das variáveis envolvidas: saúde, segurança e o bem-estar das pessoas.

Esperamos que este trabalho venha contribuir para uma possível avaliação sobre a atual situação desses trabalhadores da saúde, buscando uma melhor qualidade nos serviços prestados por esses profissionais.

1 TRABALHO E SAÚDE

1.1 O trabalho a saúde e sua história

O trabalho é um dos elementos que mais interferem nas condições e na qualidade de vida do indivíduo e com isso na sua saúde. Ele é o principal responsável pela satisfação das necessidades humanas e qualidade pessoal, onde este tem um peso importantíssimo na vida de cada indivíduo.

Com o trabalho o indivíduo busca saciar suas necessidades físicas, mentais, realização pessoal, coletiva e como consequência busca seu reconhecimento enquanto trabalhador.

Para Rocha (2002), o trabalho ocupa um espaço importante na vida das pessoas. No entanto, muitas vezes, estabelece-se uma ligação paradoxal entre as pessoas e suas relações de trabalho, onde o trabalho pode ser muitas vezes penoso, um fardo, uma doença, sofrimento e também uma atividade prazerosa que dá sentido a vida, crescimento e desenvolvimento.

A saúde enquanto condição de vida e de exercício da cidadania é um fator importante nas relações sociais e do processo de produção, ela não surge através de um simples pensamento, tem origem em experiências concretas dos indivíduos com o mundo material onde estão inseridos, nas relações com a natureza e nas coisas que os cercam.

Sendo assim, a saúde enquanto condição de vida e de exercício da cidadania é um fator condicionante das relações sociais e do processo e produção. Com isso as ações de saúde, não surgem por um simples jogo de pensamento, mas elas têm origem na experiência concreta dos indivíduos com o mundo material objetivo, no processo histórico-cultural no qual estão inseridos e também nas relações com as coisas, na natureza que o cercam e nas relações das pessoas entre si.

A associação entre o trabalho e o desencadeamento de processo saúde-doença foi encontrada na civilização greco-romana onde as tarefas de mais elevado risco eram feitas por povos escravos das nações conquistadas.

Desta forma, a saúde do trabalhador não constitui uma preocupação recente. Desde a antiguidade, já havia uma preocupação com os diferentes aspectos dessa questão, que vem desde a identificação das patologias até as soluções curativas e preventivas para os diversos agravantes que afetam o trabalhador, principalmente os cavouqueiros das minas, onde a

principal atividade era extração mineral e a importância das nações estavam diretamente ligadas à quantidade de metais nobres extraídos.

Até a Revolução Industrial, o trabalho era realizado principalmente pelo homem, devido à necessidade da força bruta. Porém com o desenvolvimento das máquinas, a mão-de-obra feminina e infantil, foi amplamente utilizada, uma vez que a remuneração desta força de trabalho chegava a um terço da remuneração dos homens adultos. Isso trouxe uma situação de total desproteção à criança e ao adolescente.

Porém, no final do século XIX, com os impactos da Revolução Industrial que teve início na Europa (Inglaterra, França e Alemanha), no período de 1760 a 1850, foram realizados inúmeros estudos sobre a vida e a saúde das pessoas e também sobre os acidentes graves, mutilantes e fatais, que acometeram os trabalhadores, não poupando sequer mulheres e criança a partir de seis anos.

No entanto, a Revolução tornou os métodos de produção mais eficientes. Os produtos passaram a ser produzidos mais rapidamente, barateando o preço e estimulando o consumo. As máquinas foram substituindo, aos poucos, a mão-de-obra humana. A poluição ambiental, o aumento da poluição sonora, o êxodo rural e o crescimento desordenado das cidades também foram consequências nocivas para a sociedade.

Esse momento revolucionário, de passagem da energia humana para motriz, é o ponto culminante de uma evolução tecnológica, social, e econômica, que vinha se processando na Europa desde a Baixa Idade Média.

A partir da máquina, fala-se numa primeira, numa segunda e até numa terceira e quarta Revolução Industrial. Porém, se concebermos a industrialização, como um processo, seria mais coerente falar-se num primeiro momento (energia a vapor no século XVIII), num segundo momento (energia elétrica no século XIX) e num terceiro e quarto momentos, representados respectivamente pela energia nuclear e pelo avanço da informática, da robótica e do setor de comunicações ao longo dos séculos XX e XXI, porém aspectos ainda discutíveis.

Desta forma, o trabalho é hoje um dos elementos que mais interferem nas condições e qualidade de vida do homem e com isso, na sua saúde. Muitas das lutas travadas por direitos trabalhistas que ocorreram no último século estão ligadas às demandas dos trabalhadores por um ambiente de trabalho saudável e a existência das doenças

profissionais, ou seja, de enfermidades ligadas à atividade produtiva já era reconhecida pela Organização Internacional do Trabalho desde o início do século XX.

Esta revolução é caracterizada pela passagem da manufatura à indústria mecânica, onde com a introdução de máquinas fabris o rendimento do trabalho multiplicou e aumentou a produção global. Desta forma, a Inglaterra adianta sua industrialização em 50 anos em relação ao continente europeu e sai na frente na expansão colonial.

No início da Revolução Industrial as fábricas não apresentavam o melhor dos ambientes de trabalho. As condições das fábricas eram precárias, os ambientes tinham péssima iluminação, abafados e sujos e os salários recebidos pelos trabalhadores eram muito baixos e chegava-se a empregar o trabalho infantil e feminino.

E segundo Rocha & Freitas, (2004, p. 1), a Revolução Industrial inglesa com o passar do tempo tornou-se totalmente dependente do trabalho infantil e adolescente, que passou a competir com o emprego adulto. Isso levou ao surgimento de propostas concretas de proteção ao trabalho da criança e do adolescente. Então, em 1802 a Inglaterra editou o *Moral and Health Act* que foi, a primeira manifestação concreta correspondente à idéia contemporânea de Direito do Trabalho, onde a principal conquista foi à redução da carga horária da criança para no máximo 12 horas diárias. Os empregados chegavam a trabalhar até 18 horas por dia e estavam sujeitos a castigos físicos dos patrões. Não havia direitos trabalhistas como, por exemplo, férias, décimo terceiro salário, auxílio doença, descanso semanal remunerado ou qualquer outro benefício. Quando desempregados, ficavam sem nenhum tipo de auxílio e passavam por situações de precariedade.

A invenção de máquinas e mecanismos como a lançadeira móvel, a produção de ferro com carvão de coque, a máquina a vapor, a fiandeira mecânica e o tear mecânico causam uma revolução produtiva. Com a aplicação da força motriz às máquinas fabris, a mecanização se difunde na indústria têxtil e na mineração. As fábricas passam a produzir em série e surge a indústria pesada (aço e máquinas). A invenção dos navios e locomotivas a vapor acelera a circulação das mercadorias.

Em 1833, o Factory Act- Lei das Fábricas, ampliaria as medidas de proteção aos trabalhadores. As empresas começariam a contratar médicos para o controle de saúde, no local de trabalho.

São descritos também, desde aquela época, uma gama de efeitos mal definidos, como a fadiga, o envelhecimento precoce, o desgaste e alterações comportamentais, e com isso, em 1902, a *Dangerous Trades Magazines* passou a descrever que na indústria de vulcanização de borracha, haviam sido colocadas grades nas janelas do prédio, para evitar que os trabalhadores nos surtos maníacos se jogassem pelas janelas.

Este período foi caracterizado pelas grandes descobertas no campo da bacteriologia e as pesquisas com uso de microscópio. É valorizado o método científico na investigação sobre o processo saúde-doença.

Ao final do século XIX e início do século XX, começaram a ocorrer as primeiras e significativas Resoluções, Recomendações e Acordos Internacionais do Trabalho, que tornariam os países responsáveis por adotar em suas respectivas legislações, a proteção ao trabalho da mulher, a de impedir o trabalho infantil e a de proteger os operários em trabalhos considerados perigosos, insalubres e penosos.

Mas com o advento da Revolução Industrial, o trabalhador *livre* para vender sua força de trabalho tornou-se presa da máquina, de seus ritmos, dos ditames da produção que atendiam à necessidade de acumulação rápida de capital e de máximo aproveitamento dos equipamentos, antes de se tornarem obsoletos.

As jornadas extenuantes, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais se submetiam também mulheres e crianças, eram freqüentemente incompatíveis com a vida. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes (MACHADO & MINAYO-GOMEZ, 1991.77).

A segunda fase da revolução (de 1860 a 1900) é caracterizada pela difusão dos princípios de industrialização na França, Alemanha, Itália, Bélgica, Holanda, Estados Unidos e Japão. Cresce a concorrência e a indústria de bens de produção. Nessa fase as principais mudanças no processo produtivo são a utilização de novas formas de energia (elétrica e derivada de petróleo).

No Brasil, nas primeiras décadas deste século, houve também um grande crescimento econômico, no entanto foi um período de crise sócio-econômica e sanitária, porque a febre amarela, entre outras epidemias, ameaçavam a economia agro-exportadora brasileira, prejudicando principalmente a exportação de café, pois os navios estrangeiros se recusavam

a atracar nos portos brasileiros, isso é o que também reduzia a imigração de mão-de-obra, e para reverter esta situação, o governo criou medidas que garantissem a saúde da população trabalhadora através de campanhas sanitárias de caráter autoritário (SCLIAR, 1987).

O governo central, preocupado com a insatisfação do operariado urbano, iniciou a regulamentação do trabalho, a partir da década de 1910. As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), foram criadas através da Lei proposta pelo paulista Eloy Chaves em 1923, considerada a semente do sistema previdenciário atual (SILVA, 1996). É a primeira vez que o Estado interfere para criar um mecanismo destinado a garantir ao trabalhador algum tipo de assistência.

Todavia, o direito às CAPs é desigual, pois elas são organizadas somente nas empresas que estão ligadas à exportação e ao comércio (ferroviárias, marítimas e bancárias), atividades que na época eram fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil (LUZ, 1991).

As caixas de aposentadoria e pensões eram constituídas por um fundo nas empresas e financiado pela contribuição dos empregados, empregadores e do Estado, com objetivo de garantir parte do fluxo de renda normalmente obtida pelo empregado, no momento em que ele se desligasse da produção por velhice, invalidez, por tempo de serviço ou para custear despesas com assistência médica.

A partir de 1930, o Estado recebe fortes pressões por parte de intelectuais e militares para a criação de novos serviços na área de Saúde Pública, culminando em 1931 com a criação do Ministério de Educação e Saúde. Nesta fase a Saúde Pública definiu seu papel, e os burocratas e as classes que apoiavam a Revolução Constitucionalista, obtiveram grandes privilégios políticos (IYDA, 1997). Em 1933 é criado os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), os quais, diferentemente das antigas Caixas, são organizados por categorias profissionais, não mais por empresas (SILVA, 1974).

Em 1966 o governo unifica todos os IAPs num sistema único, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), passando a concentrar todas as contribuições previdenciárias, incluindo a dos trabalhadores do comércio, da indústria e dos serviços. Com isso, ele vai gerir todas as aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores do país.

1.2 A Saúde do trabalhador

O estudo mais completo sobre a trajetória do movimento que, no Brasil, contribuiu para a construção do conjunto de saberes e práticas da saúde do trabalhador foi realizado por Lacaz (1994), utilizando do modelo criado por Foucault para recuperar a história arqueológica das organizações e das idéias, interpreta as práticas discursivas sobre a relação trabalho-saúde na produção acadêmica, nos serviços e no movimento sindical. Desta forma, é avaliado, entre outros aspectos, as repercussões que esse novo campo de conhecimento trouxe para o ensino e a pesquisa da saúde pública e da medicina preventiva e social.

Enquanto questão vinculada às políticas mais gerais, de caráter econômico e social, a Saúde do Trabalhador, implica desafios das mais diversas ordens. Nesse universo multifacetado, estão presentes as resultantes das políticas atuais de emprego, salário, habitação, transporte, educação, entre outras, que refletem o descompromisso do Estado com os segmentos da população marginalizada dos bolsões de riqueza e suas cercanias.

Segundo Donnangelo (1983, p.32), a Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas, sociais, humanas, interdisciplinares-técnicas, sociais, humanas e, interinstitucionais e que são desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum.

Para Mendes & Dias (1991), o objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa também um esforço para compreender este processo e também porque e como ocorre o desenvolvimento de alternativas de intervenção que levam à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica.

Minayo-Gomez & Thedim-Costa (2003) colocam que, a saúde dos trabalhadores se torna questão na medida em que outras questões são colocadas no País. Isto se manifesta no âmago da construção de uma sociedade democrática, da conquista de seus direitos elementares de cidadania, da consolidação do direito à livre organização dos trabalhadores. Envolve, o empenho tanto de setores sindicais atuantes frente a determinadas situações mais problemáticas das suas categorias, quanto ações institucionais em instâncias diversas conduzidas por profissionais seriamente comprometidos em sua opção pelo pólo trabalho.

Sendo assim, a Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção nas relações entre o trabalho e a saúde, e tem como objetivos a promoção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores.

Nesse contexto de preocupação com a saúde do trabalhador e da limitação dos modelos vigentes, foram criados os alicerces para o surgimento dessa nova forma de aprender a relação trabalho-saúde e intervir nos ambientes de trabalhos e introduzir na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde do trabalhador.

Para Ortiz (1983:136), enquanto campo de conhecimento, Saúde do Trabalhador é, uma construção que combina um alinhamento de interesses, em um determinado momento histórico, onde as questões, politicamente colocadas, adquirem relevância e há condições intelectuais para discuti-las e enfrentá-las sob os pontos de vista científico e epistemológico. E, como todo campo científico vem mediado por relações sociais, *é sempre um lugar de luta, mais ou menos desigual entre agentes dotados de capital específico e, portanto, desigualmente capazes de se apropriarem do trabalho científico.*

Ainda segundo Ortiz, (1983:148), nele estão presentes, as contradições que marcam as relações entre capital e trabalho e que permeiam as concepções, as relações de força, monopólios, as estratégias e práticas dos profissionais com atribuições e compromissos diferenciados na área.

Desta forma, entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais como: físicos, químicos, biológicos, mecânicos.

Um aspecto importante deste fato é que a preocupação com a saúde do trabalhador tem permitido discutir, na área de saúde, a ação dos distintos grupos e classes na definição das políticas sociais.

Especificamente no que diz respeito às políticas governamentais existe, inclusive, certo consenso a respeito da questão administrativa e começam a considerar, o papel que demandas coletivas exercem na definição da utilidade e amplitude das políticas sociais.

Desta forma, o principal sujeito da mudança não mais poderia ser a classe trabalhadora, cujos interesses, no Brasil dos anos de 1960 e 1970, seriam vistos como restritos e corporativos das dificuldades de medir os limites e impacto transformador dos movimentos sociais em relação às políticas públicas setoriais.

Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

A preocupação com a saúde do trabalhador sempre existiu e enfrentar os principais problemas, executando as ações para prevenir os acidentes e doenças do trabalho especialmente os de maior gravidade é um cuidado que vem procurando melhorar cada vez mais.

Assim, em âmbito nacional, começam a se realizar acordos tripartites referentes ao uso do amianto, à abolição do benzeno nas indústrias do setor alcooleiro e à implantação de programas de prevenção nas demais empresas que o utilizam apesar dos previsíveis empecilhos na concretização de decisões desse porte (Freitas, 1995).

A nível estadual, cabe ressaltar, entre outros, a convenção coletiva da indústria plástica de São Paulo onde houve a adequação das máquinas injetoras, que foram responsáveis pelos maiores números de acidentes nessa categoria, visando a redução de acidentes; a proibição do jateamento de areia na indústria naval, e também do mercúrio na indústria de cloro-soda no Rio de Janeiro (MINAYO-GOMEZ, COSTA, 1991).

Minayo coloca que:

Na opinião de Minayo, (1991, p.71), a Saúde do Trabalhador é, um campo interdisciplinar e multiprofissional. As análises dos processos de trabalho, pela sua complexidade, tornam a interdisciplinaridade uma exigência intrínseca que necessita "ao mesmo tempo, preservar a autonomia e a profundidade da pesquisa em cada área envolvida e de articular os fragmentos de conhecimento, ultrapassando e ampliando a compreensão pluridimensional dos objetos".

A Saúde do Trabalhador passou a ganhar um novo enfoque nos anos de 1970, pois emergiu em um contexto marcado pelo crescimento dos movimentos pela redemocratização do país (final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980). "O olhar conferido pela Medicina Social atento à estrutura social e do trabalho e mais próximo das instituições públicas de saúde ganha nova dimensão: o ser humano, sua inserção no processo

produtivo como um todo, na organização e na divisão do trabalho e as características específicas de cada extrato social. (...) De caráter interdisciplinar e intersetorial, a Saúde do Trabalhador, sem deixar de se valer do acúmulo do conhecimento da Medicina do Trabalho e da Saúde ocupacional, considera que o trabalhador e por extensão todo o conjunto da população, além de objeto de seus benefícios, deve ser também sujeito das ações de transformação dos fatores determinantes do seu processo de adoecimento" (NAVARRO, 2006, p. 44).

A abordagem da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana permitiu ampliar a compreensão teórica e prática, em vários níveis de complexidade, das relações entre o trabalho e a saúde com a incorporação do conceito nucleador *processo de trabalho*, extraído da economia política, na sua acepção marxista. Esse conceito passou a ser o marco definidor do que denominamos Campo de Estudos da Saúde do Trabalhador (LAURELL & NORIEGA, 1989).

É nesta década que a Medicina do Trabalho ganha força no Brasil e a Saúde Ocupacional começa a se expressar, e na década de 80 a idéia de Saúde do Trabalhador é ampliada com a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Os trabalhos de Selligmann-Silva (1994), nos mostram quando evidencia, qualitativa e empiricamente, as repercussões psicossociais e psicopatológicas da subtração do emprego que se apresentam sob a forma de degradação da saúde mental, percorrendo várias fases que vão do retraimento, ao afastamento e ao isolamento social e afetando a vida material, a sociabilidade e a subjetividade.

1.3 A Política de Saúde do Trabalhador no SUS

Na primeira metade do século 20, ocorreram mudanças nos processos produtivos decorrentes das duas grandes guerras mundiais e os esforços de reconstrução pós-guerra deram forma a novos problemas e necessidades de saúde relacionadas ao trabalho. Desta forma, outros profissionais se juntaram à equipe médica, enfocando aspectos da higiene, da ergonomia e da segurança do trabalho, conformando assim a prática da Saúde Ocupacional.

A partir dos anos de 1950 do século passado, a melhoria das condições de vida das pessoas, permitiram a emergência de novos questionamentos sobre as condições de trabalho

e reivindicações de mudanças capazes de garantir saúde e melhorar o ambiente e a qualidade de vida das pessoas.

Na Itália, o movimento pela Reforma Sanitária, onde envolveu os trabalhadores organizados, técnicos de serviços de saúde e das instituições de ensino e pesquisa, trouxe à cena política as condições de trabalho geradoras de doença e assim a necessidade de modificá-las. Os trabalhadores assumiram a condução da luta por melhores condições de trabalho e de vida, sob o princípio da "não delegação" (BERLINGUER, 1983).

Ecos desse movimento chegaram ao Brasil em meados dos anos de 1970, no momento histórico onde foi marcado pelo processo de reorganização social, o fim da ditadura militar e redemocratização no país. Juntamente com o apoio dos trabalhadores, em particular dos sindicatos sintonizados com as premissas do novo *sindicalismo*, a agenda da Reforma Sanitária Brasileira incluiu as questões de Saúde do Trabalhador.

Então em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde e neste sentido, um acontecimento exemplar, pois reuniu quase 5.000 pessoas em Brasília, num processo que, começando nos municípios, envolveu quase 50 mil pessoas, foi um coroamento de alguns anos de debate da Reforma Sanitária.

Segundo Gallo, Edmundo et. al., (1988), a questão da Reforma Sanitária foi gerada no interior da tecnoburocracia e se estendeu no máximo ao conjunto dos profissionais do setor, chegando aos movimentos sociais de forma acabada, verticalmente, a partir do Estado, onde seu processo de formulação priorizou a condução dentro dos limites das instituições governamentais.

Porém, a VIII Conferência Nacional de Saúde definiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e lançou as bases políticas e técnicas para o debate sobre saúde na Constituinte. O resultado disto foi um texto constitucional sobre saúde, um dos mais avançados do mundo, na Constituição Brasileira de 1988.

A principal conquista foi à elaboração de um projeto de Reforma Sanitária defendendo a criação de um sistema único de saúde que centralizasse as políticas governamentais para o setor, desvinculadas da Previdência social e, ao mesmo tempo, regionalizasse o gerenciamento da prestação de serviços, privilegiando o setor público e universalizando o atendimento.

Sendo assim, o movimento pela Saúde do Trabalhador, no Brasil, toma forma no final dos anos de 1970, tendo como eixos: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável; a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde. Desde então, a implementação de ações de assistência e de vigilância da saúde para os trabalhadores, pela rede pública de serviços de saúde, vem contribuindo para a instituição da Saúde do Trabalhador no país (DIAS, 1994).

Para Dias & Hoefel (2005), um árduo caminho se desenhava à frente para fazer cumprir a lei e inserir as ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Porém, no Brasil, a atenção à saúde dos trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho, a regulação e inspeção das condições de trabalho e a assistência médica, era atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social.

Desta forma no Brasil, a Constituição Federal de 1988 retirou o assunto Saúde do Trabalhador do campo do Direito do Trabalho e o inseriu no campo do Direito Sanitário, isto porque existe um entendimento de que a saúde é um direito que não pode ser negociado e deve ser garantido integralmente.

A Saúde do Trabalhador também foi formalmente incorporada no organograma e práticas do Ministério da Saúde (MS), nos níveis estaduais e municipais do SUS. Mas, desde o início, a compartimentalização das estruturas vem dificultando a implementação de uma atenção integral e integrada aos trabalhadores. Ao longo desses 15 anos, a Saúde do Trabalhador tem sido colocada ora no âmbito da estrutura da Vigilância, ora na Assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS, dependendo do formato institucional vigente.

Porém, as dificuldades encontradas não impediram que houvesse avanços na inserção de ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Então em 1991, o Ministério da Saúde apresentou à sociedade, a primeira proposta de um Plano de Trabalho em Saúde do Trabalhador no SUS.

O SUS vem assumindo as questões relacionadas à saúde do trabalhador por meio das Secretarias de Saúde, que são responsáveis tanto pelos programas preventivos quanto pelo atendimento de pacientes com danos decorrentes da atividade produtiva. Nesses danos à saúde do trabalhador estão incluídos os acidentes de trabalho, as doenças e agravos que o

trabalhador sofra, adquira ou desenvolva no local de trabalho, trajeto entre a residência e o local de trabalho, independente de ter ou não carteira assinada e do local onde o dano ocorreu.

A estratégia definida à época privilegiava a organização das ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), como alternativa para potencializar os escassos recursos disponíveis, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais para desenvolver as ações propostas.

Então segundo Dias & Hoefel (2005), nos anos de 1990, a área técnica de saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT) concentrou os esforços em um amplo processo de capacitação técnica, concentrado para as ações de Vigilância e na Atenção Básica da Saúde; na elaboração de protocolos, normas e diretrizes, entre as quais, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST); a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e o Manual de Procedimentos para orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001; o desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador para os Sistemas de Informação em Saúde, em especial a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e uma proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, colocada em consulta na sociedade, em 2001.

Então a partir de 1983, a sociedade civil organizada reivindicou junto com o Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar os direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto também como dever do Estado. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como um direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania (LUZ, 1991).

Porém, a Saúde do trabalhador passa a ter nova definição e novo delineamento institucional a partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), onde várias ações foram realizadas no âmbito da atenção à saúde dos trabalhadores, embora não de forma universal e orgânica. A implantação dos serviços de Saúde do Trabalhador no SUS pode ser compreendida em diferentes momentos, considerando-se a prevalência do protagonismo dos atores sociais envolvidos.

O primeiro deles se inicia em 1978 e termina em 1986, sendo parte do movimento pela Reforma Sanitária (LACAZ, 1994) e inclui a realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde e é

marcado pela incorporação da atenção à saúde dos trabalhadores como uma prática de Saúde Pública, na rede básica, os então chamados Programas de Saúde do Trabalhador (PST) (FREITAS, LACAZ e ROCHA, 1985).

Esse modelo de atenção adotou princípios e diretrizes que posteriormente foram incorporados ao SUS: a participação e o controle social, a partir da atuação dos sindicatos de trabalhadores na gestão dos PST; a *integralidade*, mediante a articulação entre assistência e vigilância e a universalidade, pois todo trabalhador tem direito ao atendimento, independentemente de ser ou não segurado da Previdência Social.

O SUS, por sua vez, vem assumindo as questões relacionadas à saúde do trabalhador por meio das Secretarias de Saúde que são responsáveis tanto por programas preventivos, quanto pelo atendimento de pacientes com danos decorrente da atividade produtiva.

Antes da Constituição de 1988, o direito à Saúde não era um princípio Universal. No que diz respeito à saúde dos trabalhadores, os autores lembram que não foi uma luta fácil e que foi decisiva a participação dos constituintes de esquerda nas votações específicas sobre a Saúde: havia diferenças entre dois grandes blocos. O primeiro, dos setores mais progressistas, defendia que as ações em Saúde do Trabalhador fossem, sem restrições, objeto da ação do SUS. O segundo bloco, de grupos corporativistas, formados por técnicos da área e setores do empresariado, alegava que a exclusividade da fiscalização dos ambientes de trabalho deveria permanecer com o Ministério do Trabalho (NAVARRO, 2006 p. 101).

Mas, o SUS reconhece a vinculação da saúde às condições econômicas e sociais e defende que o direito à saúde implica na garantia, pelo estado, não apenas dos serviços de saúde, mas também de políticas econômicas e sociais que propiciem melhores condições de vida, e baseado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e também nas diretrizes de descentralização, regionalização e participação da comunidade, o SUS busca reafirmar a saúde como um valor e um direito humano fundamental.

Apesar da conquista alcançada com a criação do SUS e a garantia da saúde enquanto um direito de cidadania e um dever do Estado, a sua implementação vem sendo marcada pelo enfrentamento de uma série de constrangimentos impostos principalmente pelo modelo econômico adotado no País na década de 1990, fortemente influenciado pelo receituário neoliberal.

Desde então, passaram vinte anos sem que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador fosse implementada, não estamos afirmando que nada foi feito no país em relação aos planos traçados. Por exemplo, várias ações foram realizadas no âmbito da atenção à saúde dos trabalhadores, embora não de forma universal e orgânica. Historicamente, a implantação dos serviços de Saúde do Trabalhador no SUS pode ser compreendida em momentos diferenciados, considerando a predominância do protagonismo dos sujeitos sociais envolvidos.

1.4 A Política Nacional de Saúde do trabalhador

As mudanças ocorridas nos processos produtivos e nas relações sociais de produção nos últimos 20 anos constituem uma verdadeira crise que vem atingindo trabalhadores, seus órgãos de representação, as políticas públicas trabalhistas, as propostas formuladas pela ST e sua produção científica. Apesar de todas essas constatações, não se pode dispensar o Ministério da Saúde (MS) que, ao longo dos sucessivos governos, foi banindo a construção de um corpo técnico capaz de formular e apoiar a efetivação de ações programáticas para consolidar o campo da Saúde do trabalhador, além de não ter estabelecido articulação efetiva e necessária com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e o Ministério da Previdência Social (MPS).

Há quase 20 anos da realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (I CNST), até hoje não se conseguiu implantar uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (ST) no país. Essa dificuldade de implementação é resultante de muitos fatores: deficiências históricas na efetivação das políticas públicas e sociais no país; baixa cobertura do sistema de proteção social; fragmentação do sistema de seguridade social concebido na Constituição de 1988 para funcionar integradamente; situação que foi agravada, nos últimos anos, pela implacável reestruturação produtiva que vem transformando profundamente o mundo do trabalho e o modelo de atenção com o qual se habituaram a atuar os que militam no setor.

Ao constatar a ausência dessa política, não se pode ignorar que houve algumas tentativas ministeriais de formulação de propostas para a efetivação da mesma. A penúltima aconteceu em 1999, quando o Ministério da Saúde fez uma convocação ampliada dos

profissionais da área nos três níveis de gestão, de pesquisadores e de parceiros do setor de trabalho, previdência e também de representantes dos trabalhadores, onde foi realizado uma ampla discussão para elaboração de um documento básico.

Desde 2004, um novo texto vem sendo apresentado com o sugestivo título de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), tendo sido redigido em conjunto pelo MS, MTE e MPS, divulgado para consulta pública. Esse documento acrescenta a convocação da III CNST, feita também em conjunto por esses ministérios.

Com relação aos acidentes de trabalho não temos informações esses acidentes e mortes de trabalhadores do mercado informal, que, no país, chega a quase metade da população economicamente ativa de 83 milhões de pessoas. Estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que para cada dez acidentes, apenas um é conhecido.

A Constituição prevê que a saúde é um direito de todos, um dever do Estado, bem como a saúde do trabalhador. Então, cabe ao Estado garantir esse direito. As bases desta política já estão reguladas por diversas leis como Constituição Federal, Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) e Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Essa política tem como objetivo dar garantir ao cidadão brasileiro ao direito universal, ou seja, à saúde e também nos aspectos relacionados a saúde do trabalhador, para que o mesmo tenha condições de não se acidentar e nem adquirir doenças relacionadas ao trabalho. A Constituição prevê que a saúde é um direito de todos, um dever do Estado. Também a saúde do trabalhador é um direito. Então, o propósito é o Estado garantir esse direito.

Segundo Dias (1994), foi no período compreendido entre os anos de 1987 e 1997, ocorreram à implantação e a implementação de planos de ação em importantes municípios brasileiros, visando incorporar a atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços, sob a perspectiva de municipalização da saúde.

Nesse momento de transição, foram implantados os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CRST), que atuavam por meio de equipes multiprofissionais e com a participação sindical nos Conselhos Gestores (LACAZ,1996). A proposta dos CRTS acabou por constituir-se num fim em si mesma, trabalhando com uma demanda aberta e muito pouca interada com a da básica, inclusive no sentido de subsidiar e alimentar tal demanda.

Para entender a transição dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) para os Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) é necessário resgatar aspectos históricos, onde o primeiro deles se configurada na posição chamada de "sanitarista" por Lacaz (2000), que defendia a implantação e o desenvolvimento de ações de Saúde Pública e Coletiva, na rede básica de serviços, articulando a assistência com a vigilância, a partir da perspectiva de compreensão do trabalho como determinante de formas específicas (ou não) de adoecer e morrer da população trabalhadora (RIBEIRO & LACAZ, 1984).

A segunda é denominada "pragmática" que segundo Lacaz (2000), defendia que as ações em saúde dos trabalhadores não deveriam restringir-se ao aporte "sanitarista" e sim, comportar serviços específicos, de nível secundário, em apoio à rede. Daí a preocupação em incorporar quadros técnicos especializados em Medicina do Trabalho, dentre outros (COSTA et. al., 1989).

Mesmo considerando a preocupação original dos "sanitaristas", a articulação com a rede básica não se efetivou. Assim, a proposta dos CRST acabou por constituir-se num fim em si mesma, trabalhando com uma demanda aberta e muito pouco integrada com a rede básica, inclusive no sentido de subsidiar e alimentar tal demanda.

Uma característica marcante na Política de Saúde do Trabalhador é a fragmentação das responsabilidades, que são percebidas claramente na existência de inúmeras instituições com atribuições de intervenção na área.

E para que as barreiras da descentralização fossem vencidas, a NOB 01/96 surge para mudar as formas com que são repassadas as verbas, além de incentivar novos modelos de atendimento à saúde, a melhoria de qualidade e a mensuração das ações desenvolvidas, o que substitui a avaliação quantitativa arcaica dos procedimentos de saúde. Ela cria a gestão plena, onde os municípios assumem, além da assistência, ações da Vigilância Sanitária e Epidemiológica (OLIVEIRA JR. 1998).

A NOB-SUS 01/96 define como um dos três grandes campos de atenção à saúde do SUS, o das intervenções ambientais, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental.

Mesmo que tenha remetido a área de saúde do trabalhador para normatização posterior, o que passa a ser feito a partir da aprovação da Norma Operacional de Saúde do

Trabalhador (NOST) em outubro de 1998, é o conhecimento e acompanhamento das demais resoluções e além daquelas portarias decorrentes da NOB-SUS 01/96 são de fundamental importância já citadas, especialmente duas portarias que tratam especificamente da área de saúde do trabalhador, recentemente aprovadas pelo Ministério da Saúde, têm importância fundamental.

Esta Norma, proposta por Grupo de Trabalho em 1994, tramitou no Conselho Nacional de Saúde por cerca de três anos, passando por um processo de discussão e negociação que envolveu diversos segmentos e representações sociais, tendo sua redação final aperfeiçoada pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST). Sua aprovação é de fundamental importância para a área, porque faz referência aos mecanismos de financiamento das ações de saúde do trabalhador, detalhando e complementando a NOB-SUS-01/96.

A Norma Operacional Básica aprovada em 1996, inclui, em suas determinações, a saúde do trabalhador como campo de atuação de atenção à saúde. Para dinamizar e tornar efetiva essas ações, o Ministério da Saúde aprovou em 1998, através da Portaria nº3908, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST). Esta visa definir as atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, consideradas as diferenças entre homens e mulheres, a ser desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (NEGRI 1998, p.1).

A NOST segue os princípios básicos do SUS, afim de direcioná-los à saúde do trabalhador, onde está incluída a Universalidade e equidade, dizendo que todos os trabalhadores devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde, privilegiando um modelo assistencial para a ação integral, tanto individual quanto coletiva, prevenindo agravos à saúde que são decorrentes do trabalho. A rede de serviços do SUS deve manter os trabalhadores informados quanto aos riscos relacionados ao trabalho e modo de preveni-los, bem como promover a qualidade de vida dos mesmos, visando à promoção, proteção e a recuperação da saúde dos trabalhadores.

Em 1998, o Ministério da Saúde aprovou, através da portaria nº 3120, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, tendo como objetivo definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações neste campo. Deste modo, a

Saúde do Trabalhador passou oficialmente a ter como referência a Saúde Pública, fazendo parte das políticas públicas em todos os níveis do SUS, para prevenção dos agravos à saúde da população trabalhadora, embora desde a década de 80, havia Programas de Saúde do Trabalhador que tinham como referência a Saúde Coletiva.

A referida Instrução Normativa fornece subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, onde destaca a vigilância epidemiológica e sanitária, além da fiscalização sanitária.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los. É importante ressaltar ainda que, a Vigilância em Saúde do Trabalhador é pautada nos princípios do SUS e está vinculada aos Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, articulada com a área assistencial.

Deste modo, para que ela se efetive é necessário conhecer primeiramente a realidade para poder transformá-la, proporcionando melhor qualidade de vida no trabalho, onde se torna necessário a realização de um diagnóstico situacional que esteja de acordo com a realidade dos trabalhadores para que a atuação seja eficiente e atinja os objetivos determinados.

Apesar disso, houve grande melhoria na área de saúde, como por exemplo, o atendimento universal e integral, o aumento da eficácia no atendimento às questões epidemiológicas e sanitárias, o apoio democrático dos Conselhos, entre outras.

A Norma tem por finalidade, promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus municípios.

O gestor municipal irá, por conseguinte, prover aos seus municípios a atenção à saúde por eles requerida, com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados, caracterizando um processo de transformação profunda, no qual se desloca poder, gestão, atribuições e decisões, para o nível mais local do Sistema.

As diretrizes do CRST, compreendem a atenção integral à saúde, a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). A Rede Nacional

de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador é composta por 150 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador e por uma rede de 500 serviços sentinela de média e alta complexidade, capaz de atender às vítimas de agravos à saúde relacionados ao trabalho.

A RENAST é uma rede desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Tem como objetivo articular, no âmbito do SUS, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho.

Em 10/09/2003, em Brasília, aconteceu o II Encontro Nacional da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Esse encontro reuniu gestores, técnicos e representantes dos conselhos estaduais e municipais de Saúde de todo o país para debater propostas que permitiriam a estruturação de uma rede nacional de assistência ao trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para compor a rede, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) serão organizados. A meta era apresentar até abril de 2004, 130 centros de referência em saúde do trabalhador, totalizando R\$ 43,5 milhões investidos. Esse projeto seria financiado com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). Formados por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais, os centros de referência em saúde do trabalhador, funcionarão como locais de triagem dos pacientes, garantindo um atendimento mais qualificado.

Em casos de acidente ou doença provocada pelo trabalho, caberá à equipe do centro, após um breve diagnóstico, encaminhar o paciente para as unidades de média ou alta complexidade, conforme o tipo de atendimento necessário. Para garantir uma assistência mais próxima à população, os centros de referência em saúde do trabalhador vão atuar em parceria com as equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

A Renast vai assegurar a assistência integral aos trabalhadores do setor formal e informal com problemas de saúde relacionados ao trabalho rural e urbano, incluindo: ações de vigilância, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores acidentados ou com doenças relacionadas ao trabalho. Dos 130 centros de referência que estão sendo criados, 27 localizam-se nas capitais dos estados e no Distrito Federal. O

restante será distribuído conforme a população de cada território, considerando a capacidade instalada e o atual estágio de regionalização do sistema. Uma rede de centros colaboradores, formada por universidades e centros de pesquisa também está proposta para garantir a retaguarda técnica necessária.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST ou CEREST por sua vez, devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se estiverem articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada.

Os CRST desempenharão papel importante na organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade, para dar cabo à atenção aos problemas e agravos à saúde, incluindo os acidentes de trabalho e a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho.

Ao CRST estadual cabe: Prover subsídios para a Política de Saúde do Trabalhador no Estado; Prover subsídios para o planejamento das Ações em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual; Estabelecer as parcerias e as articulações para o desenvolvimento de ações intersetoriais em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual, acompanhar e auxiliar no Planejamento dos CRST Regionais, respeitando a autonomia e a realidade regional, participar no âmbito de cada estado, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

O CRST Regional tem um papel importante no sentido de prover subsídios técnicos e operacionais para a inserção das ações em Saúde do Trabalhador nos municípios do seu território de abrangência; prover subsídios para o fortalecimento do controle social na região e nos municípios do seu território de abrangência; Desenvolver ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Ministério Público, entre outros; participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do

Trabalhador, em todos os níveis de atenção: PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados. Essas são algumas das funções dos CRTS, onde todas têm como objetivo ações em prol da saúde dos trabalhadores.

Os CRSTs não funcionam como porta de entrada de atendimento aos trabalhadores, mas como referência especializada. Tem o seu funcionamento concretizado por meio da implementação de projetos de intervenção.

2 AS ALTERAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE

As recentes transformações ocorridas na organização produtiva capitalista, sugerem um repensar sobre a natureza da relação capital/trabalho, como também a respeito das características da força de trabalho em termos de qualificação, face às demandas das empresas.

Se no início da formação do sistema capitalista o trabalho era o centro da valorização e acumulação do capital, a partir da Terceira Revolução Industrial e da introdução no mercado de novas Tecnologias, a sua forma de trabalho vivo vem perdendo importância nos circuitos de acumulação.

Segundo Montañó:

as transformações no mundo do trabalho não são alheias aos fundamentos da proposta neoliberal nem a seus impactos político, esses fundamentos com base em uma reestruturação produtiva, que a partir do final dos anos de 1960, provoca a crise do modelo de acumulação fordista, (MONTAÑO 1997, p. 107).

No final dos anos de 1960, mediante esse conflito entre o capital e trabalho, teve início a lutas operárias, onde os trabalhadores reivindicavam por melhores salários, instabilidade financeira, são fatores decorrentes do processo de reestruturação produtiva, onde se utiliza as novas tecnologias a fim de satisfazer as novas exigências do mercado.

As empresas procuram reestruturar sua organização produtiva e a redução da força de trabalho foi inevitável, como consequência do desenvolvimento tecnológico. Esse processo é identificado como a automação da produção, onde a mão-de-obra humana é substituída pela informática e a robótica.

Segundo Coutinho (1992), a partir da segunda Revolução Industrial e Tecnológica, a da eletricidade, do motor à explosão e da química, o avanço da ciência e da técnica, e as novas formas de organização da produção por elas proporcionadas, como os modelos taylorista e fordista, revelaram a possibilidade de se obter maiores taxas de lucro com menos trabalho vivo, o qual passava a ser constituído por operários habilitados apenas para trabalho rotineiro e banalizado.

Para Teixeira (1996, p.215), as empresas passam a exigir uma nova forma de contratação da força de trabalho, buscando um trabalhador que esteja apto as mudanças, que possua presteza, tenha iniciativa, que seja capaz de vender, de produzir, de receber e dar ordens, de consertar um defeito na máquina, e limpar o chão. Não querem mais um trabalhador combinado, mas um trabalhador que seja polivalente.

Assim, a reestruturação deflagrou intensas modificações no processo produtivo, optando por formas de acumulação flexíveis, onde destaca o modelo toyotista, ou modelo japonês.

De acordo com Antunes (2005), essas mutações iniciadas nos anos de 1970 e que permanecem em andamento, tem gerado mais disfarces, sendo responsáveis, pela instauração de uma nova forma de organização industrial e da classe trabalhadora, onde esses trabalhadores passam a ser superexplorados pelo capital e seus trabalhos precarizados, levando com isso o auto nível de desemprego.

Para Mota (1995), a reestruturação produtiva para os burgueses foi muito importante, uma vez que o modelo fordista já não subsidiava a classe capitalista, necessitando assim, catalisar mudanças com o intuito de propor um novo sistema que subjugasse a crise, para que o capitalismo e seus seguidores, permanecessem e disseminassem sua hegemonia na sociedade.

No que se refere aos trabalhadores de modo geral, eles eram facilmente substituídos, uma vez que realizavam operações simplificadas e em pouco aprendiam as atividades, não necessitando de uma maior aprendizagem ou experiência anterior.

Braverman (1977) coloca que, os trabalhadores do fordismo, eram operários vindos do interior. As mulheres vinham do lar se incorporando ao mercado de trabalho nos moldes capitalista; os homens por sua vez, na grande maioria, vinham de antigas fazendas ou aldeias, onde não desempenhavam nenhuma atividade.

Outra fonte de trabalhadores eram os recém-chegados da Europa, os quais segundo Womack (1992), mal falavam inglês, dificultando o diálogo. Era comum nessa época, ter mais de 50 idiomas numa grande fábrica dos Estados Unidos. Mesmo diante dessa fragmentação, a disciplina na linha de montagem, ao mesmo tempo em que dificultava a comunicação no trabalho, amenizava o diálogo, fazendo com que o trabalhador baixasse a cabeça e retornasse ao trabalho, não se importando com o que acontecia a sua volta. O

modelo fordista/ taylorista, traz conseqüências para a vida dos trabalhadores e transforma o mesmo um mero realizador de tarefas.

Segundo Dejours (1987), mesmos os indivíduos dotados de uma estrutura sólida psíquica, podem ser vítimas de uma paralisia mental, induzida pela organização do trabalho. A grande maioria dos operários estão sujeitos ao sofrimento causado pela perda da despersonalização do trabalho, trazendo conseqüências físicas e mental, levando ao medo, a angústia, esgotamentos e fadiga, frustrações, úlceras, etc, transformando o operário num autômato.

No Brasil, a partir da década de 1980, baseadas no modelo japonês de gestão, as inovações tecnológicas e organizacionais traduziram-se basicamente, na última década, pela implantação de Programas de Qualidade Total, que trazem na sua concepção mudanças na qualificação dos trabalhadores e exigem uma crescente intervenção desses nos processos produtivos.

O modelo japonês ou toyotista deram conta de um novo modo de produção que vinha se desenvolvendo no país. Esse modelo era denominado de alta performance, porque teve origem na Toyota Motor Company.

Segundo Womack (1992), esse modo de produção nasceu da necessidade de se produzir veículos competitivos, onde se previa a produção em massa de grandes volumes com máquinas dedicadas, pois havia uma grande demanda que permitia que assim fosse. Em 1950 a Toyota produzia 2.685 veículos, enquanto Ford produzia 7.000 veículos diariamente.

No ano de 1949, devido a uma crise econômica de depois de uma greve, a família Toyota deixou a empresa. Os funcionários por sua vez, concordaram em ser mais flexíveis na execução de suas tarefas e mais ativos na promoção dos interesses da empresa. Em troca ganharam o direito ao emprego vitalício, com rendas crescentes, conforme o tempo que ficavam na empresa e os lucros obtidos por ela (WOMACK, 1992).

A força de trabalho se transformou num custo fixo e já como os operários permaneciam na empresa por um longo tempo, o sistema passou a aproveitar as qualificações desses operários, seus conhecimentos e experiências e não só a força física.

Foi criado também um sistema de empregos temporários, onde era possível administrar as possíveis flutuações no mercado de consumo. Para esses empregados não havia segurança de permanecerem na empresa (HARVEY, 1993).

Segundo Womack (1992), os trabalhadores do modelo Toyotista, eram agrupados em equipe, onde o papel do líder era desempenhado pelo supervisor, que participava da coordenação do trabalho, substituindo o mesmo quando este não for mais necessário.

Ainda nos anos de 1980, no Brasil, tivemos um aumento significativo de emprego assalariado, mas com o agravamento da crise da dívida e do padrão de desenvolvimento nacional a partir dessa década, o quadro de crescimento do emprego foi alterado.

Já a partir dos anos de 1990, com esse processo de reestruturação econômica e adoção de políticas neoliberais no Brasil, o fim da proteção a setores industriais, privatização de empresas estatais e tentativas de desregulamentação do mercado de trabalho, multiplicaram-se pelo país cooperativas de trabalho e proteção industrial.

Já para Simone Oliveira (1997), a introdução dessas novas tecnologias representa um incremento significativo de produtividade no trabalho, com suposta eliminação de tarefas penosas ou pesadas, mas que faz surgir novos riscos para a saúde dos trabalhadores, envolvendo seus aspectos físicos, mental e social.

Essas novas formas de articulação do capitalismo mundial no final do século XX, levaram a economia em direção a uma crescente desordem econômica e social, e em conseqüência à desestruturação do mundo do trabalho, resultando com isso na precarização do mercado de trabalho e no aumento do desemprego.

Diante das mudanças, as buscas para adaptar-se às novas exigências de competitividade para garantir presença na nova configuração do mundo globalizado. Essas mudanças vêm promovendo alterações na estrutura e dinâmica do mercado de trabalho, tendo como conseqüência o desemprego, a precarização nas condições e relações de trabalho, diminuição do emprego industrial, redução do trabalho assalariado com registro e aumento do trabalho sem registro e do trabalho temporário. Enfim, há um aumento da participação do setor informal, do trabalho flexível e o agravamento da exclusão social.

Diante de todas essas mudanças as empresas vêm se informatizando, reduzindo seus quadros de funcionários e exigindo maior qualificação profissional. As novas formas de organização da produção exigem um novo trabalhador, polivalente e qualificado. As

empresas passam a promover uma constante reciclagem desse trabalhador, requalificando-o.

Desta forma elas passam a defender a desregulamentação e a flexibilização do mercado de trabalho, com isso tem levado à precarização das relações de trabalho e à redução dos custos. Com todas essas mudanças, o acesso aos postos de trabalho tem se tornado cada vez mais difícil, pois vem diminuindo constantemente em contraposição ao número de pessoas desempregadas e em idade economicamente ativa. As mudanças ocorridas não se dão somente na organização de produção e do trabalho, mas também na oferta de emprego.

Pochmann (1999) coloca que, essas mudanças ocorrida estão voltadas para a busca da produtividade, de competitividade, pois com o surgimento de novas formas de produção e de gestão de recursos humanos tem acontecido novos programas de redimensionamento dos empregos na empresa.

Todas essa mudanças,têm levado à desordem e à instabilidade, implicando insegurança no mundo do trabalho, onde a expansão do desemprego em todo o mundo é mais visível.

Como nesse período as estruturas industrial e produtiva não estavam completamente desestruturadas, o desemprego e a precarização do trabalho ainda foram relativamente baixos, devido às intensas oscilações do ciclo econômico, ao aumento do emprego no setor público e a preservação na estrutura industrial. Assim, tivemos um período de recessão entre 1981/ 83, recuperação/retomada do crescimento entre 1984/ 86 e estagnação entre 1987/ 89.

Já nos anos de 1990, a situação mudou, quando a atividade econômica crescia, não havia a recuperação dos empregos perdidos na mesma proporção. As empresas nacionais tiveram que aumentar sua produtividade e, assim, competir com os produtos importados. Para isso, reduziram ainda mais seu quadro de trabalhadores.

Pochmann, (1999) coloca que, no Brasil, esta década de 1990, foi marcada pelo fim da capacidade de produzir postos de trabalho suficientes para atender a demanda das pessoas que atingem a idade de trabalhar. E, somando-se a isso, a diminuição dos postos de trabalho no setor industrial e na agricultura foi chamada de *década do desemprego*, onde o país gerou 3,3 milhões de desempregados ao ritmo de um desocupado a cada 1,1 minuto.

O problema do desemprego passou a ordem do dia. Se nos anos de 1980, a população se preocupava com a inflação, nos anos 90, o medo da inflação deu lugar ao desemprego, pois este atinge pessoas de todas as idades, grau de escolaridade e camadas sociais.

Ainda nos anos de 1990, houve uma diminuição do emprego no setor público, resultado das privatizações e do próprio *enxugamento* da máquina do Estado. E desta forma, a redução dos gastos e investimentos governamentais na área social paralisou a criação dos empregos no setor público.

Pochmann (2001, p.119), afirma que:

Ainda nos anos 1990, houve demissão de funcionários públicos não estáveis pelo poder executivo federal, por meio de adoção de programas de demissão voluntária, do fechamento de organismos estatais, da privatização e de aprovação da reforma administrativa indicam uma firme intenção governamental visando o enxugamento do pessoal.

Um outro aspecto importante nos dias atuais é a qualificação profissional, pois é um dos quesitos mais importante para as empresas na contratação de seus funcionários. É importante também ressaltar que, não estão desempregadas apenas pessoas que não possuem qualificação, uma vez que no Brasil, o desemprego atinge todas as camadas sociais.

O nível de escolaridade da mão-de-obra constitui um indicador importante da qualidade da força de trabalho. No Brasil, o nível de escolaridade é tradicionalmente baixo, apesar da expansão do tempo de instrução nos últimos anos (...) a média de escolaridade é de apenas 3,9 anos (POCHMANN 1999, p.96).

Para Pochmann (1999 p.97), a educação torna-se cada vez mais uma condição necessária para o emprego da mão-de-obra, a oferta de trabalho tende a estar mais identificada com a busca de maior qualificação profissional. A escolaridade passa a ser um recurso inadiável de elevação da qualidade da mão-de-obra, já que há correlação direta entre a baixa escolaridade e baixa qualidade ocupacional, sem ser uma panacéia de resolução do problema do emprego nacional.

Outro fenômeno que surgiu e merece ser estudado profundamente é a globalização, pois essa é compreendida a partir de uma dimensão econômica dominante, onde interliga mundialmente os mercados.

Vieira (1997, p. 71), coloca que:

A globalização redimensionou as noções de espaço e tempo. Em segundos, notícia dão volta ao mundo, capitais entram e saem de um país por transferências eletrônicas, novos produtos são fabricados ao mesmo tempo em muitos países e em nenhum deles isoladamente.

A globalização encontra-se intensamente ligada a processos econômicos, onde defende a circulação de capitais, ampliação de mercados, que são estabelecidas pelos neoliberais como produtos dos avanços tecnológicos e da então chamada revolução das informações ou da lógica do capital. (PETRAS, 1997.p.22).

Para Abreu (1997), o processo de globalização torna o mercado mundializado, primando pela abertura do livre comércio, efetuando-se com isso, uma internacionalização do processo produtivo, uma associação entre capitais de diferentes nacionalidades. Os produtos nesse processo de globalização são destinados cada vez mais ao consumo mundial e a lucratividade dos países emergentes.

Essas mudanças ocorridas no mundo do trabalho têm trazido muitos problemas para os trabalhadores, que além do desemprego, ainda tem que enfrentar uma série de doenças relacionadas ao trabalho. Na era das novas tecnologias de comunicação o trabalho passa a exigir uma série de conhecimentos do trabalhador, fazendo com que o trabalhador volte sua atenção para as novas habilidades que estão sendo demandadas. Com essas novas exigências de aptidões, o trabalhador tem que se tornar um funcionário polivalente e com maior nível de escolaridade. Isso tudo tem causado ao trabalhador uma série de doenças relacionadas ao trabalho como o stress, a depressão, a ansiedade, as doenças do sistema osteomusculares, pois com o aumento da jornada de trabalho, a luta para conseguir um emprego, o baixo salário, tem causado aos trabalhadores essas séries de doenças, acabando por levar o funcionário ao afastamento do trabalho, e dependendo do tempo que os mesmos ficarem afastado, os mesmos acabam se aposentando por invalidez.

Os serviços terceirizados também fazem parte desse novo cenário, onde as empresas obtêm os serviços prestados através de profissionais contratados temporariamente, visando apenas o lucro.

Esse novo quadro traz para os trabalhadores uma gama de novas questões relacionadas à terceirização como, flexibilização, desemprego, automação, capacitação profissional; isto vem deixando a classe trabalhadora desarmada e insensível para combater as exigências desse mundo globalizado.

2.1 As doenças do trabalho na sociedade atual

As grandes mudanças no cenário político, econômico e social que ocorreram em todo o planeta nesta segunda metade do século XX determinaram também uma verdadeira crise no processo saúde-trabalho, que passou a ser analisado não como um simples indicador do impacto do trabalho sobre os trabalhadores, mas como consequência da relação de produção, determinada socialmente pela dialética entre capital e trabalho. Hoje, condições de ambiente, saúde e segurança no trabalho passam a ser compreendidas como garantias essenciais para a qualidade de vida dos homens e direito de cidadania.

A relação entre a saúde, dano ou doença, constitui a condição básica para a implementação das ações de saúde do trabalhador e este processo pode se iniciar pela identificação e controle dos fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e condições de trabalho, tratamento e prevenção de danos, lesões ou doenças provocadas pelo trabalho no indivíduo e no coletivo de trabalhadores.

Os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Ademais, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que foi realizado o trabalho.

O desgaste do corpo durante o processo produtivo gera patologias específicas para cada tipo de atividade ocupacional, além das diferentes modalidades de acidentes do trabalho, cujas características encontram-se também diretamente relacionadas com o tipo de trabalho executado.

Além do desgaste mecânico, provocado pela repetição contínua e prolongada dos mesmos movimentos corporais durante oito ou mais horas seguidas, durante anos de trabalho, provocando artroses e reumatismos, temos ainda o processo de degeneração orgânica associado às demais doenças ocupacionais, decorrentes do contato com substâncias tóxicas das mais diversas espécies.

Segundo Mendes & Dias (1999), o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará na mistura dos seguintes fatores:

- Doenças comuns, sem qualquer relação com o trabalho;
- Doenças comuns, (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, etc) eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho. A hipertensão arterial em motoristas de ônibus urbanos, nas grandes cidades, exemplifica esta possibilidade;
- Doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho. A asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva induzida pelo ruído (ocupacional), doenças músculo-esqueléticas e alguns transtornos mentais exemplificam esta possibilidade, na qual, em decorrência do trabalho, somam-se às condições provocadoras ou desencadeadoras destes quadros.

➤ Dentre os fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores, estão incluídos os agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânico e de acidentes.

As doenças respiratórias associadas à agricultura foram um dos primeiros riscos ocupacionais a serem reconhecidos, existindo registro desde 1555 sobre os perigos da inalação de poeiras de grãos que foi observado. Apesar deste reconhecimento, somente no século XX é que o problema passou a ser estudado com mais cuidado, embora muito menos frequente que os cuidados com mineração e indústria pesada.

A atividade agrícola moderna submete o aparelho respiratório do trabalhador a uma grande variedade de exposições, variações climáticas e geográficas, com impactos que podem ser bastante nocivos.

Viegas (2000), coloca que, as pessoas envolvidas em atividades agrárias estão potencialmente expostas a vários agentes tais como: poeira inorgânica a partir do solo, poeira orgânica contendo microorganismos, micotoxinas ou alérgenos, gases de decomposição, pesticidas, etc. É também conhecido que a exposição orgânica pode afetar as vias aéreas resultando em processos obstrutivos ou síndromes tóxicas. Também os efeitos da exposição a sílica e silicatos decorrentes da agricultura são tópicos que necessitam ser melhor estudados. A maioria dos trabalhadores ignora como essas substâncias afetam o seu organismo, não tendo portanto, consciência dos riscos de saúde e

de vida que estão implícitos nas diferentes modalidades de tarefas em que estão envolvidos.

A invisibilidade de boa parte dessas substâncias e poeiras tóxicas, só trarão conseqüências para o organismo após anos de trabalho, dificultando assim a percepção do nexos casual entre o trabalho e a doença e quando o trabalhador percebe que está doente, a mesma muitas vezes se encontra em estágio avançado.

Para os trabalhadores urbanos as doenças relacionadas aos fatores ergonômicos podemos citar a utilização de equipamentos, máquinas e mobiliários inadequados, levando a postura e posições incorretas; os locais com péssimas condições de iluminação, trabalho em turnos e noturno; monotonia ao ritmo excessivo de trabalho, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, etc. E com relação aos agravos mecânicos e de acidentes estão ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização e outros que podem levar a acidentes de trabalho.

Várias doenças são observadas, desde a antiguidade e por diversos filósofos, onde uma delas é a silicose, que vem sendo sub-registrada nas estatísticas oficiais e a outra é a pneumoconiose, sendo uma doença que aparece com frequência nos trabalhadores de minas, nas rochas de granito ou areia, pedreiras, cerâmicas, etc.

As pneumoconioses são lesões pulmonares decorrentes da inalação de partículas sólidas identificadas por sinais radiológicos característicos, com ou sem sinais clínicos evidentes. São lesões progressivas e irreversíveis que se instalam entre 5 e 7 anos de exposição à poeira tóxica, cuja sintomatologia evolui lentamente em três fases: a inicial, pré-clínica, que apresenta apenas sinais radiológicos, é silenciosa e dura anos; a segunda, intermediária, já apresenta sinais clínicos como dispnéia de esforço e tosse seca; e finalmente, a fase avançada, com agravamento do quadro clínico: dispnéia intensa (falta de ar), sinais esteto-acústico de bronquite catarral, dores torácicas continuadas, anorexia, perda de peso e fadiga ao menor esforço. A pior complicação que pode ocorrer é a tuberculose pulmonar, que agrava consideravelmente. A morte ocorre geralmente devido a complicações cardiocirculatórias.

A pneumoconiose dos mineiros de carvão ocorre em duas formas: simples e complicada (fibrose grave massiva). A inalação do pó de carvão provoca essa doença. A forma simples geralmente não é incapacitante, ao contrário da forma complicada.

A silicose por sua vez é a principal pneumoconiose no Brasil, e é causada pela "inalação de sílica livre cristalina (quartzo)". Atinge trabalhadores que atuam em indústria extrativa, em beneficiamento de materiais, em fundições, etc, tendo evolução lenta e progressiva e, em geral, seus sintomas se iniciam entre 10 a 20 anos de exposição. O indivíduo começa apresentando tosse e escarro não tendo alteração radiográfica. Com o agravamento da doença, surge dispnéia podendo evoluir para cor pulmonare crônico (MENDES, 2001).

A *asbestose* é resultante da inalação do asbesto ou amianto. Estão expostos os trabalhadores da indústria extrativa, indústria de transformação, construção civil, manutenção de telhados e fornos (tijolos refratários), etc. Pode se manifestar após alguns anos de exposição e é caracterizada por dispnéia de esforço, estertor crepitante em bases, baqueteamento digital e pequenas alterações radiográficas. A exposição às fibras de asbesto pode ainda causar câncer de pulmão (MENDES, 2001).

O ser humano dedica parte de sua vida ao trabalho, exercendo atividades profissionais em subsistemas específicos, tendo em vista a natureza das tarefas, os procedimentos e as habilidades necessárias para a sua realização e o seu sustento.

Já os trabalhadores da construção civil, enfrentam problemas adversos no que diz respeito ao ambiente no qual estão sujeitos, e um fator incontrolável é o das condições atmosféricas, onde a exposição desses trabalhadores ao ruído também é muito freqüente na construção civil, e os materiais por eles utilizados, dão origem a esses ruídos, além de contribuir para o incômodo da comunidade, podem oferecer risco para a audição desses trabalhadores, podendo levar até mesmo a surdez permanente.

Desta forma, a instrução ao trabalhador quanto aos riscos que as vibrações oferecem e o modo de como evita-los é indispensável, pois para cada tipo de equipamento que transmite vibrações ao operador, há posições mais adequadas de trabalho que deveriam ser universalmente adotadas.

Um outro fator de risco é o calor excessivo que oferece um sério problema em certas construções, principalmente quando os trabalhadores ficam expostos a radiação solar. A exposição ao calor pode provocar câimbras, por perda excessiva de cloreto de sódio pelos músculos em consequência da sudorese, causando espasmos dolorosos violentos nos músculos.

Também a exposição a altas pressões, onde o ar comprimido é utilizado a fim de impedir que a água ou lodo invadam a zona de trabalho, colocam os trabalhadores em risco decorrentes dessas pressões, pois o oxigênio é utilizado pelos tecidos e havendo uma diminuição da pressão, o nitrogênio dissolvido no sangue e nos tecidos, volta à fase gasosa (GOELZER, B. & COX, J. W., 1974).

A indústria representa uma outra categoria, onde a fadiga muscular está presente e segundo Santos (2001), a mesma é definida como esgotamento físico de trabalho, sendo elaborado a partir das experiências da fisiologia alemã sobre a contração muscular.

A fadiga consiste num estado fisiológico, em consequência de um esforço realizado, ocorrendo dia após dia, semana após semana, onde se percebe a presença de uma sensação de cansaço, geralmente pela manhã antes de começar o trabalho, uma sensação de desgosto com tendência à depressão, irritabilidade em discussões fáceis, relutância em trabalhar, dor de cabeça, tontura, perda de apetite, e outras.

Um outro fenômeno é a fadiga psíquica, que em plena contemporaneidade, ainda se esquiva de tratamento teórico, apesar da criatividade do ser humano nos processos tecnológicos, que são lançadas no mercado, com uma velocidade sem igual.

Para Santos (2001), o fenômeno da fadiga psíquica, apenas recentemente estudado, não correspondem ao sentimento dos trabalhadores; constituindo assim, num sentimento antigo, desgastado, renovável e sempre presente, onde os trabalhadores já estão cansados de sentir.

Este fenômeno vem de longa data na história e desenvolve-se no contexto histórico, ao longo das formações sociais, do processo de trabalho. A fadiga se fazia presente também na execução do processo de trabalho de outras civilizações clássicas como no Egito, Mesopotâmia, e na civilização Greco-Romana e outras formações sociais anterior à era capitalista.

Uma outra características do trabalhador como sensibilidade, funções perceptivas, cognitivas e motoras, modo de expressão estão relacionadas com os fatores biopsicossociais, autonomia e relacionamento. O trabalhador quando satisfeito, realiza suas atividades com qualidade, eficácia, prazer, realização pessoal. No entanto, quando o trabalhador está insatisfeito, ele fica submetido ao sofrimento, aos processos de adoecimento ou doenças ocupacionais absenteísmo e acidente, (DEJOURS, 1992, p.16).

Outro fator importante no ambiente ocupacional, são os fatores psicossociais no trabalho que representam um conjunto de percepções e experiências do trabalhador, alguns de caráter individual, outros se referindo a expectativas econômicas ou de desenvolvimento pessoal e outras às relações humanas e seus aspectos emocionais.

No que diz respeito especificamente ao impacto da natureza do trabalho na sociedade contemporânea sobre o sujeito, Déjours (1992) tem trazido grandes contribuições, analisando as formas de organização do trabalho que impedem o trabalhador de manter seu funcionamento mental pleno, tendo assim de lançar mão de um processo envolvendo um homem e o seu local de trabalho.

A expressão *posto de trabalho* por exemplo, é conceituado por Iida (1997) como a menor unidade produtiva, geralmente envolvendo um homem e o seu local de trabalho. Do posto de trabalho, decorrem as seguintes características (rotação, ampliação e enriquecimento de tarefas), condições do trabalho, cargo, função, hierarquia, carga física e/ou mental, conhecimento, habilidade, capacidade e experiência do trabalhador para desempenhar efetivamente o trabalho.

Na atualidade, produzem-se aceleradas mudanças tecnológicas nas formas de produção que afetam os trabalhadores e suas rotinas de trabalho, modificando seu entorno laboral e aumentando o aparecimento ou o desenvolvimento de enfermidades crônicas pelo estresse, são eles: a sobrecarga de trabalho; excesso ou falta de trabalho; rapidez em realizar tarefa; necessidade de tomar decisões; fadiga, excessivo número de horas de trabalho e mudanças de trabalho.

A sobrecarga de trabalho, tanto em termos das dificuldades da tarefa, como no que se refere ao trabalho excessivo, tem relacionado diretamente as horas de trabalho e a morte causada por enfermidade coronária. Também está relacionada com uma série de sintomas de estresse o consumo de álcool, absentismo laboral, baixa motivação no trabalho, baixa auto-estima, tensão no trabalho, alto nível de colesterol, incremento da taxa cardíaca e aumento de consumo de cigarros.

Merece destaque ainda o estresse produzido por inadequadas relações interpessoais, onde há relações pobres e pouca confiança, produzindo frequentemente comunicações insuficientes que originam tensões psicológicas e sentimentos de insatisfação no trabalho.

O stress faz parte das doenças relacionadas ao transtorno mental e comportamental, que é a causa principal dos afastamentos dos trabalhadores nos dias atuais. É definido como um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico, que estão relacionados às experiências do trabalho e acontece quando o trabalhador percebe sua inabilidade para atender as demandas solicitadas pelo trabalho, causado assim, um mal-estar e um sentimento de incapacidade no indivíduo.

Couto (1987, p.102) entende que, o estresse é um estado em que ocorre um desgaste anormal do organismo humano e/ou diminuição da capacidade de trabalho, onde o indivíduo se sente incapaz de tolerar, não superando ou se adaptando às exigências existentes em seu ambiente de trabalho.

Andrews (2001, p.108) coloca que, é importante realçar que também são entendidas como estresse as reações relacionadas a situações prazerosas e com resultado agradável para o indivíduo. O estresse é apenas a preparação do organismo para lidar com as situações que se apresentam, sendo então uma resposta do mesmo a um determinado estímulo, a qual varia de pessoa para pessoa.

A síndrome do estresse biológico é manifestada por três estágios interdependentes: a reação de alarme, o estágio de resistência e o estágio de exaustão. No estágio de alarme, o organismo entra em estado de alerta para se proteger do perigo percebido, por meio da reação de ataque ou fuga. A resposta da vida a qualquer ferida ou doença poderia ser caracterizada como um esforço para manter o equilíbrio homeostático contra a intromissão ou mudança feita pelo mundo exterior, e que no estágio de resistência intermediária, persiste o desgaste necessário à manutenção do estado de alerta. Porém, o organismo continua provido com fontes de energia rapidamente mobilizadas, no caso de novos perigos imediatos serem acrescentados ao seu quadro de estresse contínuo.

Com a persistência de estímulos estressores, o indivíduo entra no que Selye (1974) chama de exaustão ou esgotamento e nessa fase, observa-se queda na imunidade e o surgimento de sintomas e doenças como, dores vagas, taquicardia, alergias, psoríase, caspa e seborréia, hipertensão, diabetes, herpes, graves infecções, problemas respiratórios (asma, rinite, tuberculose pulmonar), intoxicações, distúrbios gastrointestinais (úlceras, gastrite, diarreia, náuseas), alteração de peso, depressão, ansiedade, fobias, hiperatividade, hipervigilância, alterações no sono, sintomas cognitivos como dificuldade de

aprendizagem, lapsos de memória, dificuldade de concentração, bruxismo (ranger os dentes), envelhecimento, distúrbios sexuais e reprodutivos.

O círculo vicioso do estresse remete a uma constatação da Organização Mundial de Saúde, pois conforme Andrews (2001, p.11), o estresse é uma epidemia global. Vive-se um tempo de exigências de atualização. O indivíduo é constantemente chamado a lidar com novas informações e cada vez mais se vê diante de inúmeras situações às quais precisa adaptar-se.

Para BALLONE (2002, p.2), em termos científicos, o estresse é a resposta fisiológica e de comportamento de um indivíduo que se esforça para adaptar-se e ajustar-se a estímulos internos e externos. Como a energia necessária para esta adaptação é limitada, mais cedo ou mais tarde o organismo entra em uma fase de esgotamento.

Dentre os estressores de peso social, Ballone aponta:

O fracasso, a carga, a manutenção, monotonia e satisfação com o trabalho, a pressão pela corrida contra o tempo, as ameaças sociais e financeiras, as situações involuntárias de competição, os trabalhos em condições de perigo, submissão involuntária a tabus, a contestação e contrariedade em certos valores, a contrariedade ou privação de vida social e submissão contrariada as normas (BALLONE,2002, p.4).

As condições de trabalho são as principais geradoras desses fatores estressantes, onde o ambiente hostil entre as pessoas, o trabalho isolado, pouca cooperação, contribuem para o desencadeamento do stress e até o aparecimento da síndrome de Burnout.

Burnout, segundo Freudenberg (1974, p. 8), é o resultado do esgotamento, decepção e perda de interesse pela atividade desenvolvida, que surge principalmente nas profissões que trabalham em contato com pessoas.

Com relação à organização, a falta de apoio no trabalho por parte dos colegas de trabalho, chefias, direção, ou da administração da organização, são fatores característicos que aumentam os sentimentos de angústia.

Outra doença profissional ou do trabalho é o crescimento das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) que tem obrigado quer pela freqüência com que têm sido diagnosticadas, quer pela ausência de preconceitos em relação a categorias profissionais as quais atinge trabalhadores e empresários, órgãos governamentais das áreas da saúde, do trabalho e da

previdência social, universidades, cada um a seu modo, a lidar com esse problema. Ademais, a importância de sua manifestação faz com que as LERs sejam consideradas um grave problema de saúde pública.

As lesões por esforços repetitivos (LER), são movimentos repetidos de qualquer parte do corpo que podem provocar lesões em tendões, músculos e articulações, principalmente dos membros superiores, ombros e pescoço, devido ao uso repetitivo ou a manutenção de posturas inadequadas resultando no declínio do desempenho profissional. As vítimas mais comuns são os digitadores, datilógrafos, bancários, telefonistas, secretárias e trabalhadores de linhas de montagem.

As principais causas de LER são: posto de trabalho inadequado, atividades no trabalho que exijam força excessiva com as mãos; posturas inadequadas e desfavoráveis às articulações; repetição sistemática de um mesmo padrão de movimento; ritmo intenso de trabalho; jornada de trabalho prolongada; falta de possibilidade de realizar tarefas diferentes; falta de orientação e desconhecimento sobre os riscos da LER.

A peculiaridade de sua manifestação física, diagnóstico clínico, fortemente baseado na percepção do trabalhador sobre o próprio corpo e sobre os seus sentimentos leva-nos a refletir sobre a relação sujeito-objeto na prática médica, questionando aquela que tem sido bastante disseminada contemporaneamente, qual seja, a de basear a atribuição diagnóstica preferencialmente em exames subsidiários, preterindo a fala do trabalhador.

As lesões por esforços repetitivos (LER) consistem de um conjunto de afecções do aparelho locomotor decorrentes de atividades laborativas que acometem músculos, fâscias musculares, vasos sanguíneo, tendões, ligamentos, articulações e nervos.

Os avanços conquistados pela humanidade, além das facilidades e dos benefícios, acarretaram, problemas à saúde do trabalhador. Dentre esses problemas encontram-se as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), recentemente denominadas Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), cuja determinação é fundamentalmente relacionada com as mudanças em curso na organização do trabalho e, secundariamente, com as inovações tecnológicas resultantes da reestruturação produtiva.

As doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho podem ser enquadradas como pertencentes ao grupo das LER, uma vez que indica somente que os diagnósticos dessas afecções ou síndrome está relacionada com as condições do trabalho do indivíduo.

É caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não de alterações objetivas, que se manifesta, principalmente, no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores, em decorrência do trabalho, podendo afetar tendões, músculos e nervos periféricos, e com isso, abrigam-se várias afecções dos tecidos musculoesqueléticos, objetos de várias especialidades médicas como a ortopedia, reumatologia e a neurologia, entre outras.

Essas doenças relacionadas ao transtorno mental e comportamental onde estão incluído o stress, depressão, síndrome de Burnout, e as doenças do sistema osteomuscular, bursites, tendinites, etc. que são as doenças da atualidade e que tem afetado um grupo grande de trabalhadores que tem contato direto com pessoas, que são os policiais, professores e uma classe de trabalhadores que vem crescendo muito ultimamente que são os profissionais de saúde.

A depressão é um dos processos patológicos com maior frequência, pois afeta a população em geral, sendo altamente incapacitante e interferindo de modo decisivo e na vida pessoal, profissional, social e econômica dos portadores. A depressão pode ser potencialmente letal, pois, em casos graves, existe o risco contínuo de suicídio. Algumas pessoas sofrem em silêncio, seja porque não consultam, ou porque os profissionais não diagnosticam, nem tratam adequadamente. É fator de risco para outras enfermidades visto que as formas moderadas de depressão podem se apresentar mascaradas por outras queixas, tais como dor de cabeça persistente, dispepsia, falta de apetite, constipação, gosto ruim na boca, gerando altos custos para o sistema de saúde e para a sociedade.

As pessoas deprimidas não procuram o médico devido aos próprios sintomas, como a falta de energia, indecisão, insegurança e culpabilidade e verifica-se a falta de atenção dos profissionais de saúde aos problemas emocionais. A depressão é um transtorno do humor e muitas vezes, os termos depressão e transtornos afetivos são utilizados como equivalentes. Os transtornos afetivos compõem uma categoria ampla de estados de ânimo (dificuldades no campo das emoções, na capacidade cognitiva, no comportamento e na regularidade das funções corporais). É a forma mais comum de transtornos afetivos.

O stress provoca um desequilíbrio entre o corpo e a mente, afetando os mecanismos de defesa. Os sintomas manifestam-se com a combinação de vários fatores. Para os médicos, o stress é o causador de muitas doenças; contribui também para complicar ou atrasar a recuperação de uma doença prolongada ou aumentar o seu período incapacitante. O stress

pode originar perturbações mentais, erupções da pele, alterações do aparelho digestivo, alteração de certas glândulas internas (tiróide), perturbações menstruais, [impotência](#), desinteresse pela atividade sexual, entre outras.

Com relação aos índices de afastamentos, constata-se que a maior incidência está relacionada a transtornos mentais e comportamentais, o que significa que são doenças advindas de: estresse, depressão, fobias, dependência química, esquizofrenia e psicoses; seguidos por doenças do sistema osteomuscular tais como: artrose, lombalgias, bursites, doenças do esforço repetitivo-LER, tendinites, sinovites e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho-DORT; e por último as contusões, traumas e fraturas.

Com relação ao trabalho dos policiais, eles desempenham tarefas estressantes e que demandam atenção contínua, trazendo conseqüências de várias natureza para este policial, tendo que enfrentar vários desafios para cumprir bem sua missão. Segundo a Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP 2006), são inúmeros os fatores que contribuem para a qualidade e funcionalidade dos serviços prestados pelos policiais e dentre eles estão a situação física da instalação, os móveis e utensílios, equipamentos, a disponibilidade de instrumento de trabalho (armas, munições, coletes, viaturas, computadores, impressoras, máquina fotográfica, entre outros).

Os policiais não vêem o resultado do seu trabalho, se os presos são absolvidos ou culpados, se as vítimas recuperam o patrimônio furtado, se alguém que ele atendeu ou socorreu morreu ou salvou-se, isto deixa o policial numa eterna incerteza do resultado do trabalho.

Essa classe de trabalhadores trabalha com as limitações humanas, que estão entre a crueldade e a bondade, o ódio e o amor, a vingança e o perdão, a prisão e a liberdade. Sofrem pressão psíquica constante (24 horas do dia todos os dias), enfrentam provocações, humilhações, ameaças, etc. Devido a esse contato direto com os problemas, o policial tenta tornar-se insensível à situação, sente-se esgotado e com isso vem a exaustão emocional, fazendo com que ele se sinta despersonalizado. As doenças que mais tem levado esses profissionais ao afastamento do trabalho são as doenças do transtorno mental e comportamental e as doenças do sistema osteomuscular como as bursites, tenossinovite, tendinites, já mencionado anteriormente.

Os professores pertencem a outra classe de trabalhadores que também sofrem das mesmas patologias, devido as funções que exercem. O termo educador deriva de educator e refere – se aquele que cria, educa. As condições de trabalho dos professores, na maioria são precárias. Com as mudanças do trabalho, o ensino também mudou, a escola mudou e o professor se viu obrigado também a efetuar mudanças.

Para Esteve (1999) estas transformações são um desafio para os professores que se propõem a responder às novas expectativas que são projetadas para eles. E com essas mudanças, os professores como trabalhadores, passaram a se preocupar não só com suas funções, mas também com questões relacionadas à sua carreira, sua segurança e principalmente seu salário.

Diante dessas questões, fica evidente que tanto no trabalho do professor como nas funções que exerce, existem vários fatores estressantes que, se persistentes, podem levar à síndrome de Burnout.

A Burnout por sua vez, consiste na *síndrome da desistência*, pois o indivíduo, nessa situação, deixa de investir em seu trabalho e nas relações afetivas que dele decorrem e, aparentemente, torna-se incapaz de se envolver emocionalmente com o mesmo (CODO e VASQUES-MENEZES, 1999, p.237-255). É uma doença que foi observada em profissionais que mantêm um contato interpessoal mais exigente como os profissionais da saúde, professores, comerciários, carcereiros, funcionários de departamento pessoal, operadores de telemarketing, atendentes públicos e bombeiros.

Freudenberger e Richelson (1991) descreveram um indivíduo com Burnout como estando frustrado com a fadiga desencadeada pelo investimento em determinada causa, modo de vida ou relacionamento que não correspondeu às expectativas.

Em 1977, Maslach empregou o termo publicamente para referir-se a uma situação que afeta, com maior frequência, aquelas pessoas que, em decorrência de sua profissão, mantêm um contato direto e contínuo com outros seres humanos. Os profissionais de área de saúde estão expostos diariamente a doenças e a morte. Esses desafios exigem, além do conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, preparo emocional para lidar com o sofrimento, a tristeza e a tensão decorrentes.

A depressão é outra doença bem comum nos trabalhadores da saúde. Bem diferente da tristeza ou do baixo astral, a depressão é o resultado de uma alteração da ação de

neurotransmissores no cérebro. É uma doença com sintomas bem específicos e pode ser caracterizada quando estes perduram por no mínimo duas semanas.

A depressão representa uma das doenças mais comuns da era moderna, mas já é conhecida desde a antiguidade. Este mal acomete homens, mulheres e crianças, de todas as etnias e classes sociais, mas é duas vezes mais comum nas mulheres. As pessoas apresentam sentimentos de infelicidade, inutilidade, culpa e vazio são normais e ocorrem após acontecimentos indesejáveis.

Codo e Vasques-Menezes (1999, p.250) colocam que, realizaram pesquisa com 39.000 trabalhadores brasileiros em educação e afirmaram que a síndrome de Burnout atinge anualmente 50% desses profissionais da educação fundamental no Brasil. As tarefas dos professores não se restringem apenas a sala de aula, mas ele necessita preparar as provas, aulas, corrigir e orientar o aluno, participar de diversos tipos de reunião e outras atividades dentro da instituição. Os professores se obrigam a ter uma carga horária mais elevada, sobrando pouco tempo para se aperfeiçoarem ou se atualizarem e diante dessa situação ele se sente totalmente exausto emocionalmente, devido ao desgaste diário a qual é submetido e acaba por não se reapropriar do seu trabalho e acaba desistindo.

Não diferente dos policiais e dos professores, estão os trabalhadores da saúde que por sua vez, ligados à noção de cuidar, se referindo à prestação de cuidados e que está relacionada à noção de sobrevivência das pessoas, onde vai da concepção até à morte.

No contexto hospitalar, o trabalho desses profissionais de saúde é bem diferente da dos restantes dos profissionais, pois eles prestam cuidados globais ao paciente, onde estão incluídos os cuidados com a higiene, alimentação e ainda apoio psicológico ao doente e sua família. Por isso, o trabalho dos profissionais de saúde na unidade hospitalar é extremamente desgastante, e ainda tem às exigências relativas à prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos.

As doenças ocupacionais do trabalho estão presentes na vida desses profissionais, pois o trabalho deles é desenvolvido em circunstâncias bastante estressantes, as quais levam à problemas como: desmotivação, insatisfação, absenteísmo, e até tende a abandonar o trabalho. Os fatores que contribuem para essas situações indutoras de estresse em ambiente hospitalar são os trabalhos em turnos, a sobrecarga de trabalho, o conteúdo do trabalho, o

desempenho do papel, as relações interpessoais com colegas de trabalho e superiores e relações com os doentes e seus familiares.

Diante dessas mudanças ocorridas no trabalho, é que começaram a surgir as doenças ocupacionais do trabalho, que tem tingido trabalhadores de todas as áreas, professores, policiais, comerciários, carcereiros, operadores de telemarketing, atendentes públicos, principalmente aqueles que trabalham diretamente com pessoas.

3 AS DOENÇAS OCUPACIONAIS NOS TRABALHADORES DA SAÚDE

O serviço público estadual tem especificidades e características em seus ambientes de trabalho que se constituem em enfoques a serem estudados, no sentido de averiguar quais as interferências, efeitos ou danos psicológicos que agridem o trabalhador. O adoecimento psicológico (transtornos mentais e comportamentais) é a resposta da maioria dos trabalhadores às situações e condições de trabalho oferecidas.

O aumento do número de afastamentos para tratamento de saúde tem preocupado a administração pública, pois mesmo com os estudiosos nas áreas de psicologia, ergonomia e gestão do conhecimento, as abordagens e as metodologias apresentadas nem sempre tem apontado para soluções práticas.

Os serviços de saúde, principalmente os hospitais, constituem organizações bastante peculiares, concebidas quase exclusivamente em função das necessidades dos usuários. Dotados de sistemas técnicos organizacionais muito próprios, proporcionam aos seus trabalhadores, condições de trabalho precárias, muitas vezes, piores do que as verificadas na grande maioria dos restantes dos setores de atividades.

O hospital é um sistema composto por atividades humanas dos mais diversos níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, com pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja, um sistema de atividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objetivos comuns (CHIAVENATO, 1995).

Nos últimos anos, muito se tem falado de *humanização hospitalar*, verificando-se que o estudos desenvolvidos sobre esse tema têm como objetivo primordial a qualidade de serviços prestados a quem procura, ou seja, os seus pacientes. As condições de trabalho, a motivação e, em consequência o bem-estar dos profissionais de saúde tem ficado para segundo plano.

Sendo assim, o bem-estar dos profissionais de saúde, os técnicos de enfermagem, enfermeiros, e demais funcionários da unidade hospitalar, não são fontes de preocupação para os investigadores e mesmo para o sistema político.

Os trabalhadores do hospital apresentam um alto índice de afastamentos por doenças, principalmente os profissionais da enfermagem.

Para Boore (1981), a competência dos profissionais de saúde é ajudar os indivíduos e grupos a funcionar de forma mais ótima, em qualquer estado de saúde em se encontrem.

Para Dejours (1993, p.16), adoecimento psicológico (transtornos mentais e comportamentais) é a resposta dos trabalhadores às situações e condições de trabalho oferecidas.

O trabalhador da saúde deve possuir uma elevada capacidade empática, no sentido de saber colocar-se no lugar do outro, estando ao mesmo tempo, consciente de que a utilização de estratégias psicológicas, no ambiente hospitalar, resultam não só em benefício para a pessoa doente, mas também para si próprio.

Neste sentido, segundo Barcelos e Jackson Filho (2005), o adoecimento dos trabalhadores do setor hospitalar público não se deve apenas às precárias condições físicas de trabalho, mas também em atender os cidadãos de forma igual e justa, e sem os meios adequados de fazê-los.

Para esses profissionais, principalmente os que trabalham nos hospitais, além de estarem sujeitos aos acidentes de trabalho, também estão sensíveis as freqüentes situações de stress e fadiga física e mental, onde dentre essas situações tem sido identificados agentes específicos de stress relacionados com reações adversas ao trabalho em ambiente hospitalar, como: a sobrecarga de trabalho (física e mental); insegurança do trabalho e inadequação das capacidades do indivíduo ao trabalho; ambigüidade de papéis; trabalhar em domínios desconhecidos, servir uma população que vive ansiedade e medo; não participação nas decisões ou planejamento; responsabilidade por outras pessoas e sub-aproveitamento das suas capacidades; recursos inadequados; ambições não satisfeitas, conflito interpessoal e mudanças tecnológicas, entre outros aspectos (RODRIGUES, 1984).

Diante disso, para Gazzotti e Vasques-Menezes (1999), a fragilidade emocional provocada pela falta dos suportes afetivos e social é o que traz grande sofrimento, uma vez que o reflexo dessa situação não fica restrito à vida privada, ampliando-se para o campo das relações de trabalho. O trabalhador, ao sentir-se sem alternativa para compartilhar suas dificuldades, anseios e preocupações, tem aumentado tensão emocional, o que pode levar ao surgimento da síndrome de Burnout.

No trabalho dos profissionais da área da saúde, sejam enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos ou psiquiatras, técnicos de enfermagem, a incidência da síndrome de

Burnout é mais evidente devido à peculiaridade de suas ocupações. São atividades que têm como principal função ajudar, curar, recuperar, promover a satisfação do indivíduo no sentido de aliviar a dor, o trauma e o sofrimento.

Os profissionais da área de saúde são predominantemente do sexo feminino, exceto a categoria médica, e a maioria desses profissionais tem férias no prazo de um ano e trabalha em dois turnos, por isso, encontram-se em exaustão profissional passando a apresentar com o tempo sintomas que indicam aversão em relação ao paciente.

As condições de trabalho dos profissionais de um hospital implicam em longas jornadas, em turnos desgastantes (vespertinos e noturno, domingos e feriados), na multiplicidade das funções, no ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, na separação do trabalho intelectual e manual, no controle das chefias, desencadeando acidentes e doenças (ALVES, 1995, p.74).

A falta de realização pessoal no trabalho caracteriza-se como uma tendência que afeta as habilidades interpessoais relacionadas com a prática profissional, o que influi diretamente na forma de atendimento e contato com as pessoas usuárias do trabalho, bem como a organização (MASLACH, 1998, p. 68-85).

A tentativa de adaptação própria das pessoas que não dispõem de recursos para lidar com o estresse no trabalho, pode resultar em efeitos negativos tanto para a própria pessoa quanto para seu local de trabalho, e isso pode levar a síndrome de Burnout.

Outras doenças bastante comum nos dias atuais são as doenças osteomusculares, LER/DORT. Essas doenças são definidas como: Síndrome clínica, caracterizada por dor crônica acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho.

Segundo Murofuse, & Marziale (2005), estudos envolvendo trabalhadores que não pertencem ao quadro da enfermagem, portadores de LER/DORT, evidenciaram que as estruturas do corpo constituem uma unidade; portanto, a lesão em uma de suas estruturas pode provocar lesões em outras, uma vez que, na presença de inflamação ou degeneração das estruturas musculoesqueléticas, para poupá-las, o trabalhador mobiliza outros e, assim, as regiões muito solicitadas ou sobrecarregadas acabam por sofrer, também um processo inflamatório e/ou degenerativo. Enfim, funcionários estressados, sobrecarga de trabalho e baixos salários se somam a este panorama, onde os profissionais de saúde estão sendo

acometidos pelas diversas doenças ocupacionais, levando assim, a precarização do trabalho na área de saúde. Os altos índices de afastamentos se devem principalmente à natureza do trabalho desempenhando por estes profissionais, no constante manuseio dos pacientes, sofrem com lombalgias, doenças nos membros superiores, além do estresse de lidar com o sofrimento e muitas vezes com a morte.

3.1 Contextualizando a SES/SC

O serviço de saúde do Estado de Santa Catarina passou por várias denominações até que por fim, passou a ser chamada de Secretaria de Estado da Saúde (SES). Seu objetivo fundamental é implementar em nível intermediário uma estrutura técnica e administrativa capaz de assegurar as unidades de saúde locais, e condições de proporcionar a população atenção integral à saúde (SILVA, 1985, p.41).

A SES/SC tem como missão, assegurar aos catarinenses o acesso aos serviços de saúde, coordenando, planejando e avaliando a política e as ações de saúde no Estado, tendo como referência a resolutividade dos serviços, estímulo a parcerias, regionalização da saúde e o controle social, visando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população .

A Secretaria Estadual de Saúde possui hospitais de pequena, média e alta complexidade, todos vem prestando serviços a comunidade catarinense, atendendo aos grandes problemas de saúde pública do nosso Estado.

A SES/SC tem como competência, desenvolver as atividades relacionadas com o Sistema Único de Saúde, especialmente no que refere a saúde pública e medicina preventiva; atividades médicas, paramédicas odontológicas e sanitárias; educação para a saúde; administração hospitalar e ambulatorial; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saneamento básico e atividades de meio ambiente relacionados com a sua área de atuação; pesquisa, produção e distribuição de medicamentos básicos; e formulação de políticas de saúde.

Na tabela a seguir será feito uma demonstração do quantitativo dos funcionários da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, apresentando o número de servidores ativos e inativos.

Tabela 01 Demonstrativo de servidores da Secretaria Estadual de Saúde: Ativos e Inativos, fevereiro/2008:

Unidades	Servidores ativos	Servidores inativos
Gabinete do Secretario	36	01
Coordenadoria Adm. Financeira	09	0
Diretoria administração	106	24
Diretoria Planejamento e Coordenação	33	04
Diretoria administrativa	50	04
Coordenação de Ações Regionais	1425	984
Diretoria Vigilância Sanitária	106	45
Diretoria de Recursos Humanos em Saúde	79	10
Diretoria de Assistência Farmacêutica	33	11
Diretoria de Ações de Saúde	01	01
Diretoria Regional e Auditoria do Sistema de Saúde	34	04
Diretoria de assuntos Hospitalares – DIAH	114	01
Diretoria de assuntos Ambulatoriais – DIAM	39	02
Diretoria Inspeção e Assistência da Rede de Saúde – DIAR	01	0
Diretoria de Vigilância Epidemiológica- DIVE	107	29
Hospital Governador Celso Ramos	876	260
Hospital Infantil Joana de Gusmão	828	195
Hospital regional São José- Dr. Homero de Miranda Gomes	1172	166
Cardiologia	398	55
Hospital Nereu Ramos	421	134
Maternidade Carmela Dutra	422	196
Instituto de Psiquiatria – IPQ	540	325
Hospital Florianópolis	285	14
Diretoria Posto Assistência Médica – PAM	80	42
Centro de Reabilitação	120	33
Hospital Colônia Santa Tereza	100	50
Centro de Pesquisas Oncológicas- CEPON	275	11
HEMOSC	359	26
Laboratório Farmacêutico SC	30	34

Laboratório Central Saúde Pública	138	68
Diretoria Posto de Assistência Médica –estreito	1	0
Hospital Miguel Couto	179	35
Maternidade Dona Catarina Kus	168	25
Hospital Hans Dieter Schmidt	779	89
Maternidade Darcy Vargas	415	95
Hospital e Maternidade Tereza Ramos	612	128
Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	01	0
Hospital Universitário	1	0
Instituto de Anatomia Patológica	30	01
Inativos Capital	1	209
Hospital regional de Chapecó	3	0
Total	10.389	3365

Nesta tabela constatamos somente o número de servidores ativos e inativos, não estando incluídos nesses funcionários inativos, os afastamentos por licença para tratamento de saúde.

Serão apresentados também os dados dos hospitais da SES/SC, relacionados ao número de pacientes internados, leitos e atendimento ambulatorial.

O Hospital Governador Celso Ramos, conta com 194 leitos ativados, é um hospital que presta atendimento de emergência, ambulatório e internação. O Hospital Infantil Joana de Gusmão é outra unidade da SES/SC, funcionando hoje 146 leitos. É pólo de referência estadual para as patologias de baixa, média e alta complexidade, sendo: 68,83% pacientes oriundos de Florianópolis e da Grande Florianópolis (São José, Palhoça, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz) e 31,17% de outros municípios do Estado de Santa Catarina. Já a Maternidade Carmela Dutra é um hospital menor, onde atualmente nascem cerca de 400 crianças por mês.

No final da década de 1960 como eram constantes os engarrafamentos de trânsito na Ponte Hercílio Luz e pensando na dificuldade de transporte de parturientes, acidentados e doentes em geral do continente para a ilha, um grupo de 20 médicos resolveu construir um Hospital no continente, e com a ajuda da comunidade em de 1969 foi inaugurado o Hospital e Maternidade Sagrada Família que funcionou durante aproximadamente 4 anos. Este

hospital em junho de 1974 foi adquirido pelo então INPS e passou a chamar-se Hospital de Florianópolis, que em virtude da precariedade das instalações e equipamentos passou por uma reforma, que praticamente remodelou todo o prédio e equipou-o modernamente. Então, em 1979 reiniciou suas atividades como único hospital próprio da Previdência Social no Estado e finalmente a partir de 1989 através de convênio firmado entre Governos Federal e Estadual o Hospital Florianópolis passou a ter como gestor a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, um outro hospital que faz parte da SES/SC, fica situado em São José, na grande Florianópolis, conta com 76 leitos, funcionando no segundo e terceiro andar do hospital Regional de São José. O Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes por sua vez, que conta com 295 leitos, prestando serviços de alta complexidade como medicina nuclear, hemodinâmica, cirurgia cardíaca, é o primeiro hospital público a realizar transplante cardíaco em Santa Catarina e estudo eletrofisiológico. Outros serviços: métodos gráficos, reabilitação cardíaca, ambulatório, enfermarias e UTI.

O Hospital Colônia Santana, por sua vez, fica localizado no Salto do Maroin, município de São José, foi inaugurado com 300 leitos em 10 de novembro de 1941, como alternativa das mais modernas na época, substituindo estruturas meramente asilares e não terapêuticas existentes no interior do Estado. O Instituto de Psiquiatria possui atualmente 160 leitos para o atendimento de pacientes agudos e 320 leitos para o atendimento de pacientes crônicos, com número médio de 200 internações mensais. A média de permanência nos atendimentos agudos é de 21 dias, já no atendimento de crônicos o regime é basicamente asilar, herança social de um processo histórico.

A maternidade Darcy Vargas é outro hospital da SES, e fica localizado no município de Joinville, conta com 117 leitos, onde 81 são obstétricos e 36 neonatais, 03 salas de parto, e 02 salas de cirurgias. É considerada um hospital referência no atendimento especializado ao binômio mãe-filho.

O Hospital Santa Teresa foi inaugurado em 1940, com o nome de "Colônia Santa Teresa", para segregar os portadores de Hanseníase – então chamada lepra. O Hospital foi construído em forma de uma pequena cidade, localizado em São Pedro de Alcântara, que chegou a ter mais de 600 pacientes. E, em 1998, foi implantado nesta unidade o Centro de

Recuperação da Saúde de Dependentes Químicos (Cecred), tendo em vista o sério problema social gerado pelo consumo abusivo de álcool e outras drogas.

O Hospital Miguel Couto é outra unidade hospitalar que também faz parte da SES e foi inaugurado em 20 de setembro de 1986, é referência também em todo o Estado e atualmente o Hospital conta com 100 leitos em funcionamento, atende uma média mensal de 3.000 consultas, 425 internações, 402 cirurgias, 26 cesarianas, 34 partos naturais, 250 pequenos procedimentos cirúrgicos e 1.218 Raio X, 1.400 exames, 10.500 refeições e 13.000 kg de roupas lavadas, recebendo clientes de todas as regiões do Estado.

O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt de Joinville, está dividido em Unidades: Pacientes Externos, Emergência, Internação Cirúrgica, Clínica Médica masculina e feminina, Psiquiatria, Isolamento, Hospital Dia Aids, Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva. A média de atendimento Ambulatorial é de 3.781 pacientes/mês, de Emergência é de 6.751 pacientes/mês nas especialidades: Clínica Médica e Cirúrgica, Ortopedia, Pediatria e Odontologia. Possui 172 leitos ativados, destinados a clínica cirúrgica geral e especializada e clínica médica, com uma média de internação de 577 pacientes/mês.

O Hospital Nereu Ramos possui 150 leitos, sendo que desses leitos, estão em funcionamento apenas 108, devido às reformas que estão ocorrendo nesta unidade hospitalar, os 42 leitos restantes estão desativados. Essas são as unidades hospitalares que prestam assistência ao público catarinense.

3.2 Licença Tratamento de Saúde dos servidores da SES/SC

A saúde dos trabalhadores da SES/SC, está condicionada a uma série de fatores, tais como: fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, além de fatores de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes no processo de trabalho.

As condições de trabalho dos servidores principalmente os que trabalham em hospitais, implicam em longas jornadas, em turnos desgastantes (vespertinos e noturnos, domingos e feriados), nos rodízios, em multiplicidade das funções, intenso ritmo de trabalho, ansiedade, esforço físico, posições incômodas, no controle das chefias, desencadeando acidentes e doenças (ALVES,1995).

Para Couto (1987), os afastamentos são decorrentes de um ou mais fatores como, fatores de trabalho, sociais, culturais e de doenças, onde a maioria dessas ausências são relacionadas às licenças para tratamento de saúde são justificadas por atestados médicos, o que não significa que todas as ausências sejam sempre decorrentes de causas médicas.

Um aspecto importante que deve ser considerado é que as causas dos afastamentos nem sempre estão no trabalhador, podendo estar na empresa, através da repetitividade de tarefas, da desmotivação e desestímulo, das condições desfavoráveis do ambiente de trabalho, e da precária integração entre os empregados e a organização e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente, que não visa uma política prevencionista e humanista.

Para Reis (1986), os afastamentos apresentam-se como um obstáculo para as chefias manterem a qualidade da assistência, principalmente para os que trabalham na área hospitalar, pois o desempenho de suas funções fica prejudicado uma vez que necessitam de um esforço físico maior.

Lopes et al. (1996), estudando as condições de trabalho e vida dos trabalhadores dos hospitais, principalmente os da enfermagem, observou-se que estes estão sendo colocados a mercê de riscos provenientes das precárias condições de trabalho, aos quais são responsáveis pelo aparecimento das doenças.

Na tabela abaixo, apresentamos os tipos de licenças concedidas aos servidores da SES/SC e podemos verificar que as licenças para tratamento de saúde são a grande maioria, representando desta forma para a SES/SC, uma grande preocupação com a saúde do trabalhador, confirmado pela implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador a respeito dessa problemática, que foi colocado anteriormente.

Para identificar os índices de afastamentos por doença entre os trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde, foi realizado um levantamento das principais doenças que levaram o servidor ao afastamento no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007, e foi calculado o número de dias de afastamento nesse período.

Esses dados foram coletados através de consulta documental no registro da Secretaria de Estado da Administração/Gerência de Saúde do Servidor, onde a perícia médica do Estado fez um levantamento. Trata-se de um levantamento documental com análise

quantitativa dos dados. Infelizmente não foi possível levantar outros dados como: idade dos servidores afastados, grau de escolaridade e sexo, pois a CIASC não dispõem desses dados.

Esse levantamento tem como objetivo investigar os afastamentos por doença, junto aos trabalhadores da SES/SC e fazer uma análise das principais doenças que estão ocasionando esses afastamentos.

Tabela 2 – Principais doenças responsáveis pelos afastamentos dos servidores da SES/SC, no período de 2003 a 2007.

Doenças	2003	2004	2005	2006	2007
Neoplasias (tumores)	88	113	87	94	82
Transtornos mentais e comportamentais	756	888	999	1135	1113
Doenças do Aparelho Circulatório	190	176	165	169	216
Doenças do Aparelho Respiratório	87	108	102	92	102
Doenças do Sistema Osteomusculares	719	819	960	845	881
Lesões/envenenamento	266	362	358	354	411
Outras	344	428	413	514	552
Total	2.450	2.894	3.084	3.208	3.357

Fonte: Secretaria de Estado da Administração/Gerência de Saúde do servidor/Autora 2007

Através do levantamento do afastamento por doença entre os trabalhadores da SES/SC, ocorrido no período de 2003 a 2007, pudemos constatar que o maior índice de afastamento estão relacionados aos transtornos mentais e comportamentais e as doenças do sistema osteomusculares. Nesse levantamento foi considerado somente a ausência do trabalhador por atestado ou laudo médico.

Ressaltamos que foram incluídas as doenças de maior incidência, as demais estão incluídas no item outras, que se referem as doenças do aparelho digestivo, doenças do olho, ouvidos, da pele, etc.

Em relação a esses afastamentos ressaltamos que um servidor pode pegar uma licença médica de no máximo 90 dias, sendo que na maioria das vezes, o médico da Perícia abona apenas 60 dias, obrigando o servidor a comparecer na perícia a cada dois meses para renovar a licença. O servidor pode ficar afastado no máximo dois anos, após esse período será encaminhado para readaptação ou ao pedido de aposentadoria por invalidez.

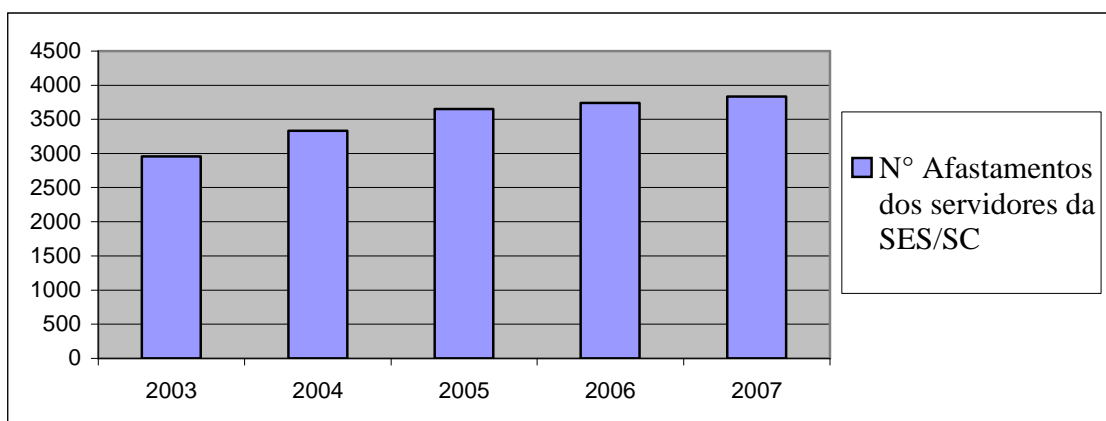
A Secretaria Estadual de Saúde atualmente conta com 10.389 servidores ativos, sendo que 3.357 encontram-se afastados por licença para tratamento de saúde, representando desta forma um percentual aproximado de 33%. Esclarecemos que esses números não são absolutos, pois muitos desses funcionários renovam suas licenças várias vezes durante o ano.

Diante desses resultados, constatou-se que o índice de afastamentos por doença apresentam-se elevados, onde há necessidade de criação de um banco de dados para facilitar os registros e possibilitar futuras pesquisas, observando que os dados cedidos pela perícia médica do Estado não incluíam dados importantes como idade, sexo e nível escolar, dificultando uma análise mais completa.

As principais doenças relacionadas ao transtorno mental e comportamental estão: Burnout, depressão, ansiedade, transtorno bipolar de humor, stress. No contexto do stress desses trabalhadores é válido mencionar um tipo específico, a síndrome de Burnout. Burnout é uma expressão que serve para designar aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia. É uma síndrome caracterizada por sintomas e sinais de exaustão física, psíquica e emocional, que acontece em decorrência da má adaptação do indivíduo a um trabalho prolongado, altamente estressante e com grande carga tensional que vem acompanhada de um sentimento de frustração em relação a si e ao trabalho (FRANÇA, 1987, p.197).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, os chamados transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%. No Brasil, esses dados se referem apenas aos trabalhadores com registro formal, os transtornos mentais ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e até aposentadorias por invalidez.

Grafico 1 Número de afastamentos do trabalho por licença para tratamento de saúde dos servidores da SES/SC, no período de 2003 a 2007.



Fonte: Secretaria de Estado da Administração/Gerência de Saúde do servidor/Autora 2007

Neste gráfico, podemos observar o número de afastamentos por licença de saúde dos trabalhadores da SES/SC, onde de 2004 a 2005, a incidência de afastamento teve um aumento significativo, mantendo-se até 2007.

Tabela 3- Dias de afastamentos de trabalho por licença dos servidores da SES/SC, no período de 2003 a 2007.

Anos	2003	2004	2005	2006	2007
Número de dias concedidos	103239	126858	165875	188110	182498

Fonte: Secretaria de Estado da Administração/Gerência de Saúde do servidor/Autora 2007

Na tabela acima observamos que houve um aumento progressivo do número de dias afastamento dos servidores da SES/SC, principalmente no ano de 2004 a 2005, sendo que a incidência maior é no ano de 2006. Observa-se ainda que em 2007 houve uma leve queda dos dias de afastamentos concedidos aos funcionários, contrapondo-se ao gráfico anterior que mostra um aumento do número de afastamentos no ano de 2007. Não conseguimos identificar as causas da diminuição dos dias licenciados, mas a queda pode estar ligada a fatos como a perda do vale refeição/ dias trabalhados, aposentadoria por invalidez (com diminuição do salário), diminuição da hora plantão, fazendo com que muitos desses trabalhadores retorne ao trabalho ainda doentes.

Os trabalhadores ao executarem as suas tarefas, estão sujeitos a apresentar diversos problemas de saúde, como pudemos observar nos gráficos, e que deveriam ser observados

pela instituição empregadora, pois disso depende o desempenho e os esforços para tornarem sua produtividade qualificada. O não atendimento necessário a esses trabalhadores acaba por gerar conflitos, que levam o trabalhador à desmotivação pelo trabalho.

A saúde influencia na produtividade desses trabalhadores, e se suas necessidades de reconhecimento não forem respeitadas, o trabalhador acaba se afastando dos objetivos da instituição e entra num processo de recusa, e com isso se afastando do trabalho, muitas vezes, por tempo indeterminado.

3.3 Licenças Médicas dos servidores do Hospital Nereu Ramos

O Hospital Nereu Ramos foi inaugurado no dia 06 de janeiro de 1943, com 60 leitos para pacientes com tuberculose e 40 leitos para outras doenças infecciosas e parasitárias, sendo o atendimento para adultos e crianças. Em 1953 e 1961 devido o aumento de casos de tuberculose o serviço foi ampliado. Em 1971 o hospital deixou de ser administrado por irmãs de caridade e foi incorporada à Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), assumindo a condição de Centro de Referência Estadual em Doenças Infecto e Parasitárias.

Em 1979 o HNR deixou de atender crianças devido à criação do Hospital Infantil Joana de Gusmão e para que não ficassem leitos desativados e espaço ocioso foram sendo criados outros serviços. Em 1985 com o início da epidemia da AIDS, o hospital destinou 04 leitos de atendimento para estes pacientes, já em 1987 com a demanda de pacientes o número de leitos foi aumentado para 11 e foi criado o Ambulatório de Infectologia. Em 1995 foi credenciado pelo Ministério da Saúde o Hospital Dia com 06 leitos. Em 01 de dezembro de 1997 foi reconhecido como Centro de Referência Estadual no tratamento de Portadores HIV/AIDS e em janeiro de 1998 foi designado Centro de Referência em doenças Pulmonares/Tisiologia.

Ainda em 1998 foi designado Centro de Referência em Imunobiológicos especiais e foi reativada a unidade de terapia intensiva. Em 1999 foi criado o serviço de reabilitação pulmonar. Existe com projeto de abertura do centro cirúrgico para cirurgias torácicas. Há 56 anos o hospital vem prestando serviços a comunidade catarinense, atendendo aos problemas de saúde pública do nosso Estado.

O Hospital Nereu Ramos tem como missão:

Promover a Saúde, prestando assistência de qualidade para atingirmos a excelência no atendimento aos portadores de doenças infecciosas e pulmonares, atuando como centro de referência para o Estado de Santa Catarina, visando o bem estar do indivíduo, família e comunidade (Hospital Nereu Ramos, 2004).

O Hospital Nereu Ramos, é um hospital de porte médio, conta atualmente com 108 leitos ativados e 42 leitos desativados devido há diversas reformas que estão acontecendo em algumas unidades, totalizando 150 leitos. Esta unidade hospitalar dispõe de 08 unidades de internação, 01 setor de Recursos Humanos, 01 Seccional de Pessoal, Setor de Contas Médicas, Setor de Estatística, Serviço Social, Comissão de Controle em Infecção Hospitalar, Ambulatório, Registro Lavanderia, Transporte, Nutrição, Comunicação, Esterilização, Biomédica. As unidades de internação estão assim distribuídas:

Tabela 4 - Unidades de Internação do Hospital Nereu Ramos

Serviço de Pneumologia	Leitos Ativados	Leitos desativados
DIP I/ Doenças Infecto-parasitárias (feminino)	11	-
Pavilhão (masculino)	21	15
Serviço de Infectologia		
DIP II (Doenças infectos-Parasitárias)	15	-
DIP III (Doenças infectos-Parasitárias)	17	21
Serviço de Pneumo / Infecto		
Tisiologia	19	-
EGY	09	02
UTI/ Unidade de Terapia Intensiva	06	-
Hospital Dia	06	-

Fonte: Setor de Registro do Hospital Nereu Ramos/2007

O Hospital Nereu Ramos mesmo sendo uma instituição pública, possui a unidade EGY, destinada a pacientes com convênios particulares ou que escolham utilizar este serviço, devido ao fato de ser um hospital referência no Estado em Infectologia e Pneumologia. Salientamos que esta unidade tem esta denominação devido a uma antiga funcionária que se chamava Egy Gerbber.

Ressaltamos ainda que, o hospital possui um serviço de ambulatório que atende em média 570 pacientes mensais distribuídos entre os serviços de infectologia, pneumologia, e recentemente conta com o serviço de alerginologista e dermatologista.

Esta unidade hospitalar dispõe de 421 servidores, sendo distribuídos nas seguintes áreas:

Tabela 5 -Servidores do Hospital Nereu Ramos distribuídos por função

SETOR	Nº DE SERVIDOR
Informática	01
Administrador	01
Agente de Atividades de Saúde (auxiliar de enfermagem)	95
Agente de Atividades Administrativa	04
Agente de Serviços Gerais	99
Caldeireiro	03
Costureira	02
Eletricista	02
Encanador	01
Jardineiro	01
Marceneiro	02
Pintor	01
Telefonista	01
Assistente Social	02
Bibliotecária	01
Enfermeiro	33
Farmacêutico	02
Fisioterapeuta	01
Médico	50
Motorista	03
Nutricionista	03
Técnico Atividades de Saúde (técnico de enfermagem)	81
Técnico em Radiologia	07
Técnico em Atividades Administrativas	25
Total	421

Fonte: Seccional de Pessoal do Hospital Nereu Ramos/2007

Informamos que muitos desses servidores estão readaptados, e, portanto desempenhando suas atividades em outro setor do hospital, como é o caso do setor de comunicação, onde contamos com apenas uma telefonista, sendo que as outras três servidoras estão em desvio de função. Um dos fatores responsável pelos desvios de função

é a questão da readaptação por doença, que impossibilitam alguns servidores de exercer sua real função.

Devido ao grande número de servidores afastados nesta instituição e que vem influenciar no atendimento ao paciente, o setor de Recursos Humanos juntamente com o Serviço Social sentiram necessidade de criar um projeto de acompanhamento a esses trabalhadores, onde participei como estagiária de Serviço Social, no período de março a julho de 2007. Esse projeto busca uma resposta para os constantes afastamentos desses trabalhadores das mais diversas áreas dessa instituição.

Esse projeto tem como objetivo prestar atendimento aos funcionários afastados, bem como avaliar os motivos que os levaram ao afastamento. Esse atendimento se deu através de visitas domiciliares, através da realização de entrevistas, onde cada servidor afastado respondeu um questionário com perguntas abertas e fechadas. Esse questionário permitiu a realização de um análise dos fatores que estavam levando esses servidores a adoecerem e conseqüentemente a se afastarem do serviço.

Nesse período de estágio, foi realizado um levantamento do número de afastamentos e constatamos que dos 421 servidores, o hospital conta com uma média de quarenta a cinquenta afastamentos por mês, o que representa um percentual de 14% de servidores afastados.

O levantamento tem como objetivo conhecer questões importantes relacionadas as reais necessidades de cada trabalhador, que vão desde a saúde até a necessidade de auto-estima e reconhecimento pelo trabalho realizado, como também atender as necessidades externas da instituição e identificar as condições desses trabalhadores no contexto da instituição para que sejam melhoradas a favor dos profissionais.

Diante dos dados coletados pela Seccional de Pessoal do HNR, obtivemos dados sobre os afastamentos por licença tratamento de saúde, que serão apresentados através de gráficos e tabelas. Nos gráficos serão apresentados o perfil dos vinte trabalhadores afastados do Hospital Nereu Ramos, seguindo com a análise dos questionários aplicados onde serão apresentados as principais preocupações que afetam esses servidores.

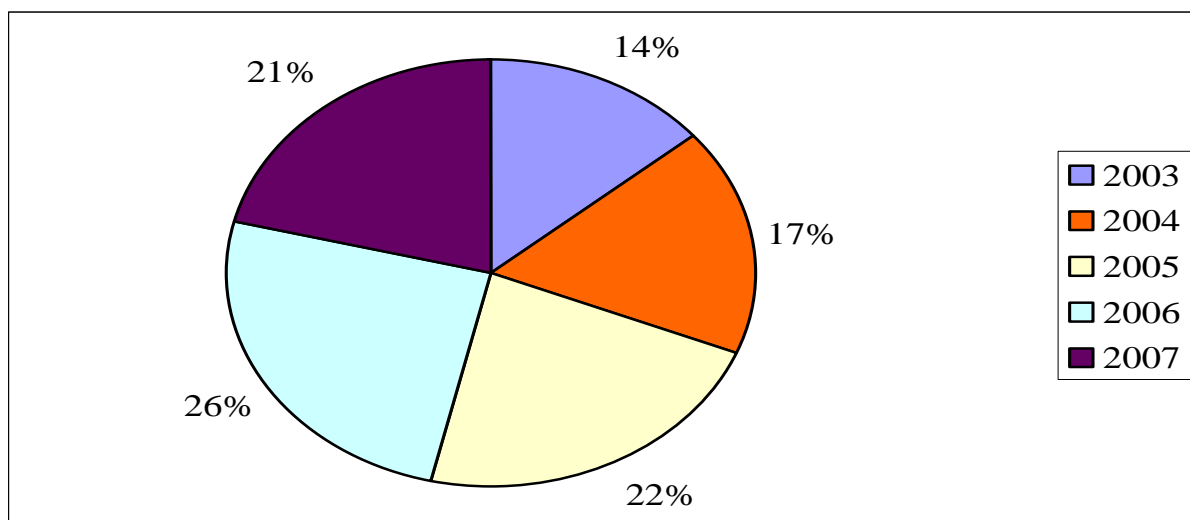
Tabela 6 -Números de afastamentos por licença tratamento de saúde do HNR de janeiro de 2003 a dezembro de 2007

Anos	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Servidores afastados	245	293	408	468	555	1969

Fonte: Seccional de Pessoal do Hospital Nereu Ramos/2007

Esta tabela nos mostra o número de afastamentos por ano. O hospital teve uma média de 40 a 50 afastamentos mensais durante o período de 2003 a dezembro de 2007, onde a maioria dos afastados renovam suas licenças várias vezes no ano, como já foi mencionado, por isso observamos na tabela acima que o número de afastamentos em 2006 e 2007 é maior do que o número de funcionários desta instituição.

Gráfico 2 - Percentual de afastamentos dos Servidores do Hospital Nereu Ramos de 2003 a 2007



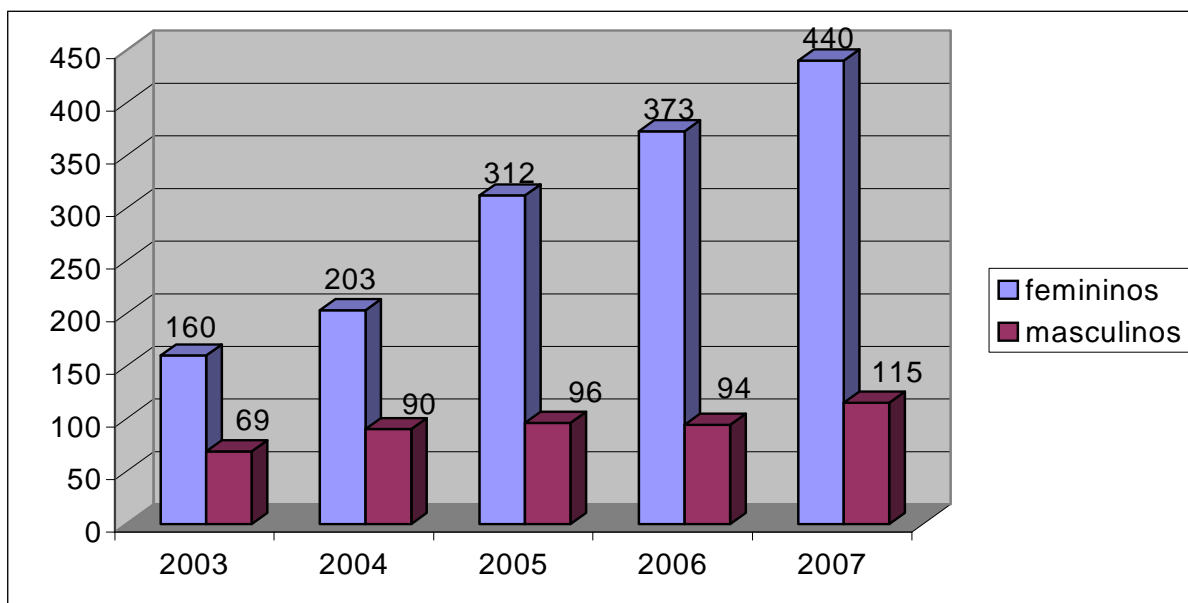
Fonte: Seccional de Pessoal do Hospital Nereu Ramos/2007

No do gráfico 03, podemos observar em 2007 o número de servidores afastados foi maior em relação aos anos anteriores, sendo que de 2004 para 2007 houve um aumento maior de afastamentos, dando um percentual de 127% a mais de servidores afastados.

Os dados apresentados neste gráfico, estão relacionados as diversas doenças ocupacionais apresentadas pelos servidores desta instituição, sendo que as licenças mais freqüentes estão relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais, relacionadas inicialmente com stress, depressão, passando até síndrome de Burnout, acompanhadas das

doenças do sistema osteomuscular, LER/DORT, onde estão incluídas as patologias como bursites, tendinites e outras, seguindo os dados apresentados anteriormente pela SES/SC.

Gráfico 3 - Distribuição por sexo dos servidores do HNR afastados por licença tratamento de saúde de 2003 a 2007.



Fonte: MATTOS, Maria das Dores/ 2007.

Neste gráfico, podemos observar que o número de servidores afastados do sexo feminino é superior ao sexo masculino, isso acontece porque o número de funcionário que faz parte do quadro da enfermagem são distribuídos entre técnicos e auxiliares, sendo a maioria desta categoria do sexo feminino, representando um percentual de 67%.

Constatamos ainda neste gráfico, que do ano de 2003 a 2007, o sexo feminino apresentou um aumento de 175%, enquanto no sexo masculino, o aumento foi de 65%, mostrando que os funcionários do sexo feminino vêm adoecendo com mais frequência.

O grau de escolaridade dos servidores do HNR, em sua grande maioria são de nível médio, observando que 47% do total de funcionários desta instituição são lotados em nível de 2º grau obrigatoriamente através de concurso público. Infelizmente os dados de escolaridades dos servidores vinculados aos afastamentos, bem como à idade desses servidores não foram possíveis de serem mostrados em forma de gráfico por não estarem disponíveis, pois o hospital não dispõe de um sistema informatizado que forneça esses

dados. Porém, vamos apresentar dados coletados no período do estágio obrigatório, onde foi realizada uma pesquisa através da aplicação de questionário para medir o grau de satisfação desses servidores que estão afastados e o que está ocasionando o afastamento.

No período de março a julho de 2007, o Hospital Nereu Ramos teve uma média de afastamentos de 40 a 50 servidores, o que nos permitiu a realização de uma análise de dados sobre o perfil dos mesmos.

Nos gráficos e tabelas a seguir serão apresentados a pesquisa realizada no setor de Serviço Social no período de março a julho de 2007 nesta unidade hospitalar, onde foi realizado o estágio obrigatório, e onde foram obtidos os dados através da aplicação de questionários. Esses questionários eram destinados à cinquenta funcionários que se encontravam em licença para tratamento de saúde, mas só foi possível aplicar o questionário em apenas em vinte desses servidores, complementando assim alguns dados não disponíveis pela Seccional de Pessoal do Hospital Nereu Ramos.

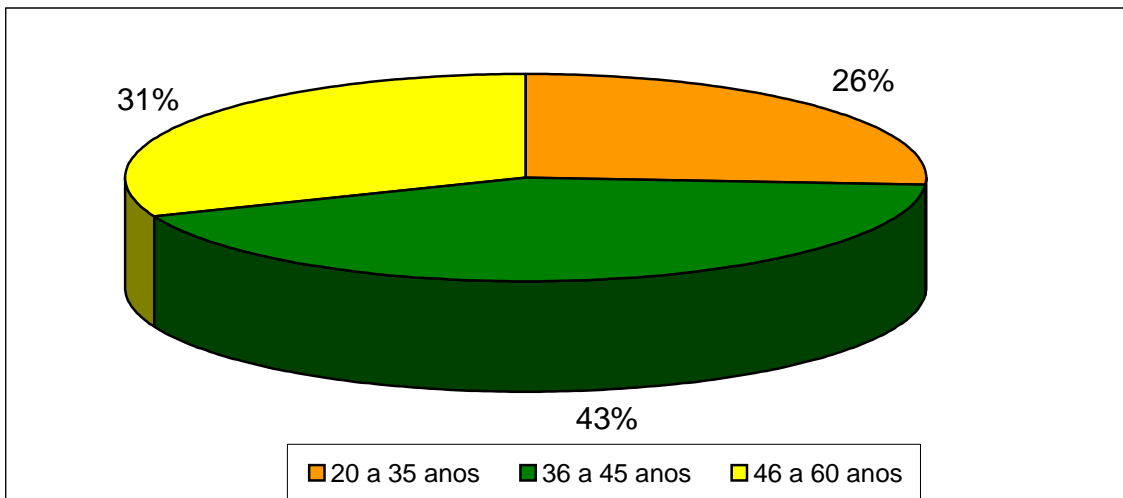
Tabela 7- Nível de escolaridade dos servidores afastados de março a julho de 2007/HNR

Escolaridade	Nº de afastamentos	Percentual
1º grau incompleto	01	5%
1º grau completo	03	19%
2º grau incompleto	02	14%
2º grau completo	14	62%
3º grau completo	0	0%
Total	20	100%

Fonte: MATTOS, Maria das Dores/ 2007.

Observamos neste gráfico, que a maioria dos servidores afastados possui o ensino médio, o mesmo acontece pelo fato dos afastamentos serem em maior número dos servidores que fazem parte do quadro da enfermagem (técnicos e auxiliares), que obrigatoriamente possuem o nível médio, embora os afastamentos afetem os trabalhadores de um modo geral, ou seja, independe de idade, gênero, cargo exercido ou nível escolar.

Gráfico 4 - Servidores em licença para tratamento de saúde, conforme idade de março a julho de 2007/HNR.

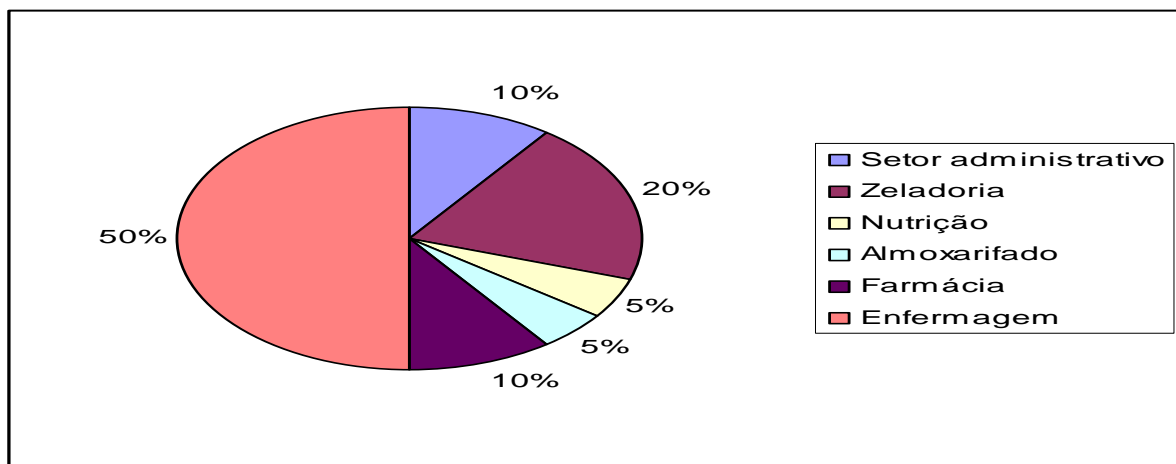


Fonte: MATTOS, Maria das Dores/ 2007.

Podemos constatar neste gráfico que o maior número de afastamento acontece com servidores que estão na faixa etária entre 36 a 45 anos, ou seja, entre o meio da idade produtiva dos servidores.

No gráfico de número 05 apresentaremos o percentual dos servidores do Hospital Nereu Ramos afastados por setor.

Gráfico 5 -Servidores afastados por licença tratamento de saúde do HNR distribuídos por setores.



Fonte: MATTOS, Maria das Dores/ 2007.

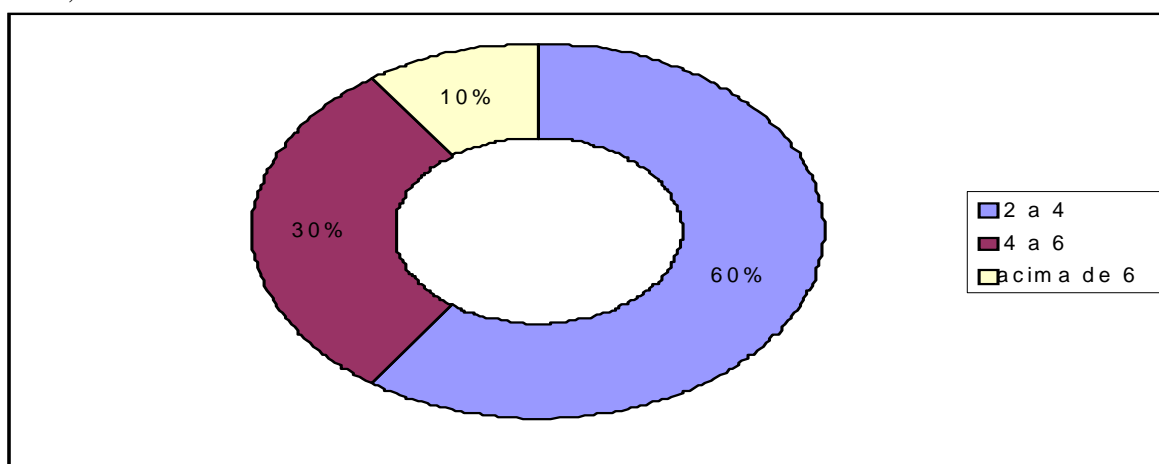
Os servidores afastados por licença tratamento de saúde do HNR pertencem a diversos setores do hospital como podemos verificar no gráfico 06, embora o percentual de afastamento dos funcionários da enfermagem (técnicos e auxiliares e enfermeiros), seja

superior aos demais setores do hospital conforme colocado anteriormente. Salientamos que este gráfico foi dividido pelos setores existentes nesta instituição, não separando os funcionários por cargos ou categorias.

As atividades desenvolvidas pelos servidores da enfermagem onde é apresentado um índice maior de afastamento 50% acontecem pelo fato das atividades desses profissionais exigirem maior atenção e responsabilidade ao desenvolverem seus cuidados, levando dessa forma o servidor a uma rotina em que ele deverá estar sempre alerta para situações inesperadas, fazendo com que o trabalho se torne estressante. O stress do dia a dia contribui para que esse funcionário tenha maior vulnerabilidade e venha adoecer com maior frequência.

No gráfico 07, apresentaremos o percentual da renda dos funcionários licenciados do HNR, onde podemos constatar que, com relação a renda desses servidores a maioria são de nível médio e fundamental, distribuídos entre técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos e agentes de serviços gerais, sendo que o afastamento maior está relacionado aos profissionais da enfermagem.

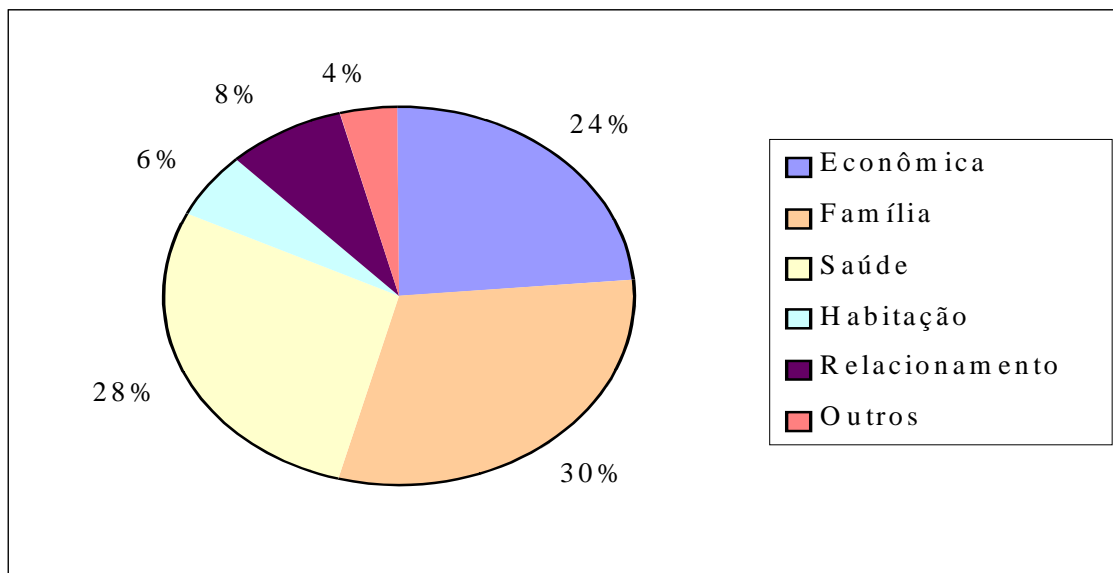
Gráfico 6 - Renda dos servidores licenciados para tratamento de saúde entre março e julho 2007, em salários mínimos.



Fonte: MATTOS, Maria das Dores/ 2007

A renda dos trabalhadores entrevistados em geral é de 2 a 4 salários mínimos, o que gera uma grande preocupação para estes servidores, pois é através da sua renda que eles buscam satisfazer suas necessidades básicas como, moradia, alimentação, vestuário, transporte, etc.

Gráfico 7 - Situação que geram preocupação nos servidores afastados por licença tratamento de saúde, de março a julho 2007.



Fonte: MATTOS, Maria das Dores/ 2007.

A situação econômica desses servidores afastados na maioria das vezes acaba gerando situações que preocupam os funcionários, pois os salários recebidos pelo desempenho das funções exercidas por esses servidores levam os mesmos a não terem motivação para trabalhar.

A saúde é outro fator que preocupa muito, pois ela interliga outras necessidades enfrentadas pelo ser humano como as necessidades no campo pessoal, emocional, profissional, etc. As preocupações existentes relacionadas à família, casa, comida e trabalho, acabam afetando a saúde desses trabalhadores. Muitos dos servidores afastados mostraram-se um pouco revoltados pelo abandono do hospital no momento em que os mesmos necessitavam de apoio. O papel da chefia e até mesmo dos colegas de trabalho é importante no momento em que o funcionário encontra-se afastado, pois se eles não se sentirem reconhecidos pela função que desempenharam, acabam por se afastarem dos objetivos da instituição, uma vez que se sentem esquecidos pelos dirigentes da mesma.

Os profissionais desta instituição ao executarem suas tarefas, estão sujeitos a apresentarem vários problemas de saúde devido às tarefas desenvolvimento e que na maioria das vezes exigem um esforço maior para melhor qualidade de suas tarefas.

Diante do levantamento apresentado, é essencial que a instituição tome providência quanto às questões levantadas, no sentido de buscar cuidar desses trabalhadores, buscando programas projetos e atividades que minimizem as conseqüências causadas pelas atividades que desempenham e colocando-os como um dos objetivos principais desta instituição. O trabalhador é o bem mais precioso que uma instituição possui, pois é através dele que as atividades são efetuadas e a qualidade desse serviço depende do seu bem estar tanto físico quanto psicológico.

Para ter um ambiente saudável não depende só das condições físicas da organização, mas também pelas condições de relacionamentos desenvolvidos entre as hierarquias, principalmente no reconhecimento das funções desempenhadas por estes funcionários e pelos seus esforços.

Tabela 8 - Motivos que levam o servidor do HNR a se afastar do trabalho por licença para tratamento de saúde, março a julho/2007.

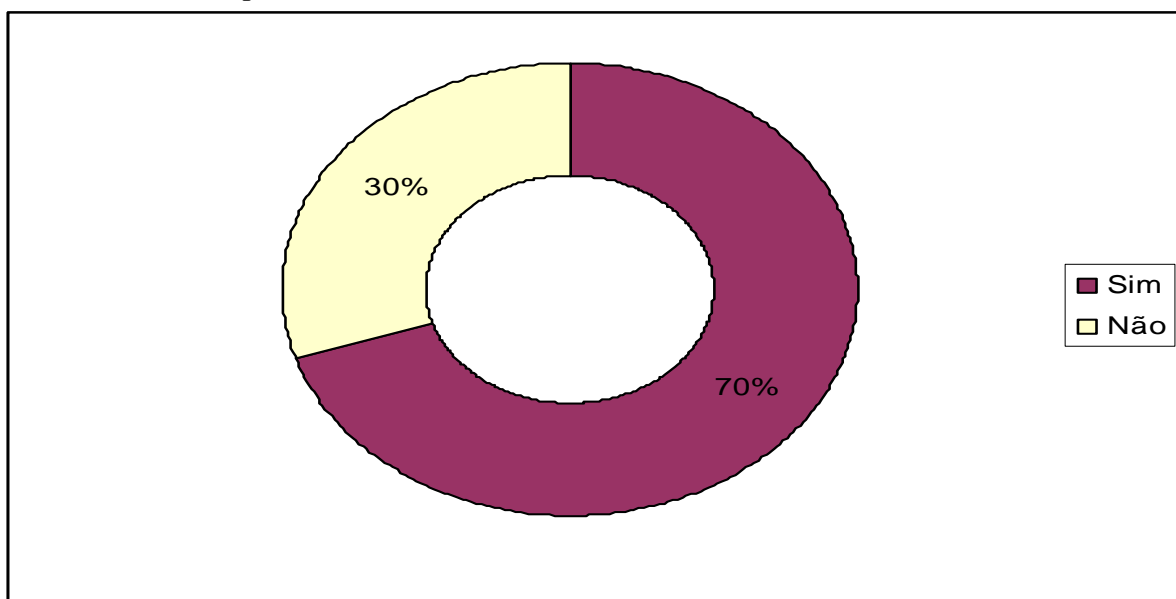
Causas dos afastamentos	Nº de afastados	Percentual
Stress	09	25%
Problemas de saúde	15	41%
Familiares enfermos	02	6%
Problemas familiares	04	11%
Desestímulo	04	11%
Outros	02	6%
Total	36	100%

Fonte: MATTOS, Maria das Dores/2007.

Na tabela acima apresentamos os motivos que geram preocupação nos servidores do HNR e conseqüentemente facilitam o aparecimento das doenças ocupacionais. O número de servidores afastados foi superior ao número de pessoas entrevistadas, isso se justifica pelo fato do servidor citar mais de um motivo de preocupação descritos na tabela acima.

No gráfico 08 apresentaremos o percentual de funcionários do HNR que fazem uso de antidepressivos. Dentre os servidores dos quais foram aplicados os questionários e os que não responderam, alguns já retornaram ao trabalho, mas continuam com medicação e com acompanhamento médico.

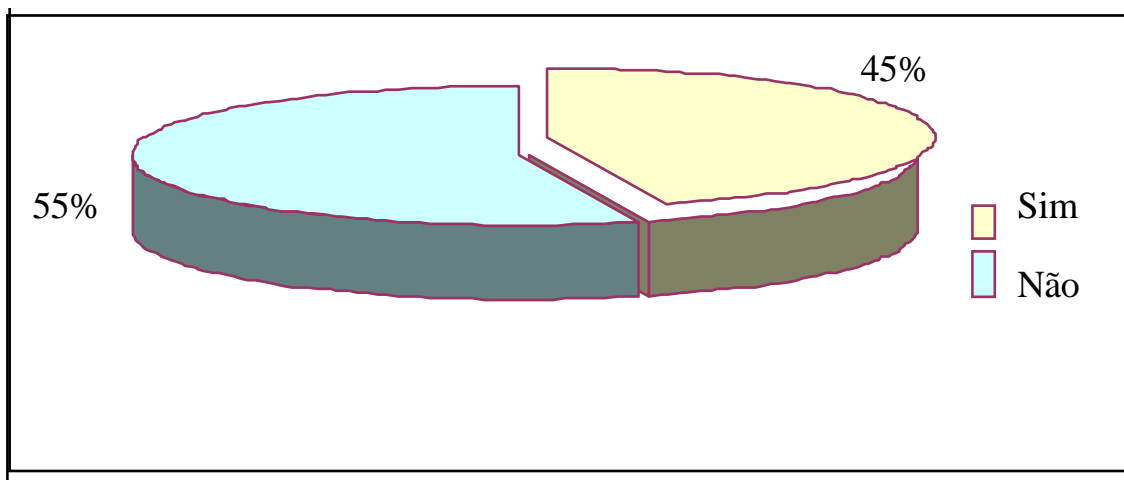
Gráfico 8 - Servidores licenciados para tratamento de saúde entre março e julho 2007, que fazem uso de antidepressivo.



Fonte: MATTOS, Maria das Dores/ 2007.

A maioria dos servidores entrevistados fazem uso de antidepressivo como fluxetina, rivotril, paroxetina, inderal, treptanol. Litium, setralina, ametriplina (triptanol), esses são os medicamentos mais comuns. Os motivos que desencadeiam problemas de saúde nesses servidores são os mais variados, mas a finalidade deste levantamento é colocar que os trabalhadores sofrem influências do meio social e acabam desencadeando problemas frente à instituição, sobrecarregando os demais servidores.

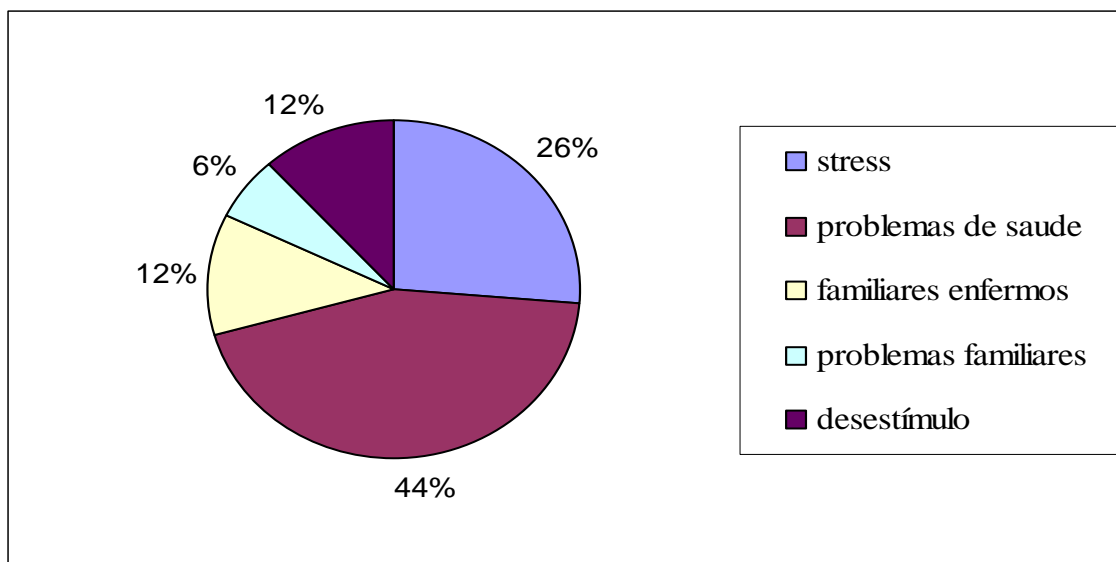
Gráfico 09- Percentual de entrevistados que já sofreram acidentes no trabalho no HNR, no período de 2003 a 2007.



Fonte: MATTOS, Maria das Dores/ 2007.

De acordo com o gráfico acima, 55% dos servidores entrevistados sofreram algum tipo de acidente decorrente do trabalho que executam, sendo que a grande maioria são profissionais da enfermagem que se acidentam com material perfuro cortante.

Gráfico 10- Percentual dos motivos que levam os servidores do HNR a se afastarem por licença para tratamento de saúde no período de março a julho de 2007.



Fonte: MATTOS, Maria das Dores/ 2007.

Observando este gráfico, podemos constatar que os problemas de saúde têm uma incidência maior com relação ao número de afastamentos, com um percentual de 44%, em relação a outros problemas, seguido do stress com 26%.

O stress virou a doença do século, principalmente na vida dos profissionais de saúde que atuam nos hospitais, mas cabe salientar, eu o stress por si só não é suficiente para desencadear uma doença, outros fatores podem estar colaborando para desencadeamento do mesmo. Cabe ressaltar novamente que o stress prolongado pode levar a síndrome de Burnout, que é uma das conseqüências mais marcantes do estresse profissional, que se caracteriza por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação a quase tudo e todos.

Entre os fatores aparentemente associados ao desenvolvimento da síndrome de Burnout está a pouca autonomia no desempenho profissional, problemas de relacionamento com as chefias, problemas de relacionamento com colegas ou clientes, conflito entre trabalho e família, sentimento de desqualificação e falta de cooperação da equipe.

4 CONCLUSÃO

A análise realizada neste trabalho mostra que os índices de afastamentos por doença entre os trabalhadores da SES/SC apresentam-se elevados, indicando a necessidade de estudos em cada local de trabalho, identificar os problemas causais específicos de cada setor, e planejar soluções.

Este levantamento buscou levantar as causas dos afastamentos dos servidores da SES/SC, sendo que os resultados aqui apresentados poderão ser aproveitados em ações que visem à implantação de medidas preventivas e melhorias na qualidade de vida desses trabalhadores. Os dados que foram apresentados mostram que os transtornos mentais e comportamentais e as doenças do sistema osteomusculares são responsáveis pela maioria dos afastamentos no período de 2003 a 2007. Os dados aqui apresentados, não consideram aqueles trabalhadores que estão em tratamento e não estão efetivamente afastados.

É importante ressaltar que a permanência desses trabalhadores em tratamento mesmo sem se afastar, ocorre porque suas condições de saúde ainda não exigem o afastamento, ou mesmo porque não podem dispensar o recebimento dos valores referentes a hora plantão, adicional noturno e vale-refeição, os quais totalizam aproximadamente 30% do seu vencimento e que são descontados caso ocorra o afastamento.

A saúde influencia diretamente na produtividade dos trabalhadores da SES/SC e também das unidades hospitalares que são mantidas por ela, onde a jornada de trabalho desses servidores é exaustiva, uma vez que a maioria dos pacientes dessa instituição ficam internados por longo tempo, pois trata-se de pacientes portadores de doenças pulmonares, HIV/Aids, como tuberculose (seis meses de tratamento medicamentoso), muitos deles são andarilhos, presidiários e dependentes químicos, tornando assim, mais difícil a relação entre paciente/profissional), causando uma situação de stress nesses profissionais.

A síndrome do esgotamento profissional, que está caracterizada por exaustão emocional, gera uma situação de risco psicológico que tem ligação direta com o trabalho. A Síndrome de Burnout contribui bastante para as alterações da saúde mental desses trabalhadores. O Burnout já vem sendo considerado um fenômeno psicossocial relacionado diretamente à situação laboral.

O trabalho não se realiza de forma individual, mais sim se materializa num espaço social, onde a atividade produtiva é um elemento constituído a saúde mental individual e coletiva. Isso sugere que a síndrome está implicada nas elevadas taxas de afastamentos, transtornos afetivos, conflitos, abandono e desistência destes profissionais, que recorrem à readaptação funcional.

A situação de trabalho desrespeita e até agride o funcionamento psíquico dos trabalhadores. Em geral o sofrimento psíquico ocasionado pelas tarefas anti-sublimatórias, manifesta-se através da eclosão de doenças físicas agudas ou pelo agravamento de quadros crônicos.

Entretanto, não se pode desconsiderar que estes profissionais, também estão expostos a outros tipos de riscos, que também contribuem para a manifestação de doenças psicossomáticas, como as lesões por esforços repetitivos, entre outras patologias.

Diante dessa realidade, considera-se necessário atentar para o tratamento especializado na área dessas patologias para esta categoria de profissionais. Ainda cabe ressaltar que a síndrome de Burnout poderá estar vinculada aos fatores que influenciam o estado de saúde, ou riscos potenciais à saúde relacionadas às circunstâncias sócio-econômicas e psicossociais.

Considerando os dados que foram levantados, os índices analisados, e a bibliografia estudada, entende-se que deveriam ser implementadas medidas urgentes, visando a aplicação de programas e medidas de prevenção, na tentativa de diminuir a incidência de novos casos de Transtornos mentais e comportamentais (stress, depressão, ansiedade, Burnout), doença osteomusculares (tendinite, bursites, etc.) e prevenir para que não se tornem crônicas a já existentes.

Fica evidente que o desequilíbrio na saúde desses profissionais traz conseqüências na qualidade dos serviços prestados por esses profissionais. Os custos para o governo também são afetados, uma vez que, quando acontecem os afastamentos, há necessidade de reposição de funcionários. Devido a esses acontecimentos, tem crescido a perspectiva de se investigar e se investir na qualidade de vida dos trabalhadores da SES/SC.

O Serviço Social durante sua trajetória teve espaço para trabalhar as questões ligadas aos trabalhadores e também as organizações. Dentre os desafios desses profissionais está a busca pela identificação das necessidades (políticas, sociais, materiais e culturais).

O assistente social possui conhecimentos teórico-metodológicos que permitem aos profissionais não só atuar nas organizações na área de Recursos Humanos, como também no desenvolvimento de projetos, estudos de casos, prestar assistência social aos trabalhadores, realizar terapias de grupo, encaminhamentos para profissionais especializados, colaborando não somente com os trabalhadores como também para toda a organização e sua ação profissional se vincula ao interesse do empregado bem como do empregador.

Dessa forma, considera-se importante a realização de outros estudos com relação a saúde ocupacional dessa categoria profissional, bem como a implementação de uma política de saúde ocupacional, executando programas preventivos, e também uma atenção especial deve se focalizada para as patologias definidas neste trabalho, onde a prevalência nos transtornos mentais e comportamentais e nas doenças osteomusculares, são responsável pela maioria desses afastamentos.

5 REFERÊNCIA

ALVES, A.R.A. - **Avaliação diagnóstica dos índices de absenteísmo da equipe de Enfermagem de um Hospital de Ensino.** Fortaleza, 1995. p.74.

ABREU, M.A. *A Evolução Urbana do Rio de Janeiro.* 3ªed. Rio de Janeiro: Iplanrio, 1997.

ANDREWS, S. **Estresse a seu favor: como gerenciar sua vida em tipos de crise:** Gráfica e Imprensa Pallotti, 2001, p. 108.

ANTUNES, R. - **Adeus ao Trabalho: Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho.** 10 ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2005.

BALLONE, G. J.- **Estresse** – In. Psiqweb Psiquiatria Geral, Internet, última revisão, 2002. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>. Dezembro 2003.

BALLONE, G. J.- **Curso sobre Estresse** – In. Psiqweb Psiquiatria Geral, Internet, última revisão, 2002 - Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>. Dezembro 2003.

BARCELOS, M. A.; JACKSON FILHO, J. M. - **Aspectos psicossociais, trabalho e adoecimento dos trabalhadores do setor público.** In: Anais do I Simpósio Nacional de Vigilância em Saúde do Trabalhador, Florianópolis: 2005.

BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas.** CEBES-Hucitec-Oboré, São Paulo. 1983.

BORE, J. R. P. - **The physical science in nursing.** In P. J. Smith. Nursing science, in nursing practice. London: Butterworths. 1981.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista.** Rio de Janeiro, Zahar. Edição original. 1977.

CHIAVENATO, I. - **Recursos Humanos.** São Paulo. Editora Atlassa.1995.

- CODO, W.; & VASQUES, M. I. - **O que é burnout?** Em W. Codo (Org.), Educação: carinho e trabalho (pp.237-255). Rio de Janeiro: Vozes. 1999.
- COSTA, D. F.; CARMO, J. C.; SETTIMI, M. M. & SANTOS. - **Programa de saúde dos trabalhadores: A experiência da zona norte.** Uma alternativa em saúde pública. São Paulo: Hucitec. 1989.
- COSTA, S. M. F.; GOMEZ, C. M. - **A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas.** Rio de Janeiro. 1997.
- COUTO, H. A. - **Stress e qualidade de vida dos executivos.** Rio de Janeiro: COP, 1987. 102p.
- COUTO, H. A. - **Temas de saúde ocupacional coletânea dos cadernos ERGO.** Belo Horizonte: ERGO, 1987. 432p.
- COUTINHO, L. A. - **Terceira Revolução Industrial e Tecnológica: As grandes tendências de mudanças.** Economia e Sociedade. Campinas: UNICAMP/IE, n. 1, p. 69-87, agosto 1992.
- DEJOURS, C., et al. - **Psicodinâmica do Trabalho.** São Paulo: Atlas, 1993.
- DEJOURS, C. - **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5 ed. São Paulo: Ed. Cortez, 1992.
- DEJOURS, C. - **Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção.** In: *Sobre o Modelo Japonês* (H. Hirata, org.), pp. 281-309. São Paulo: Edusp, 1993.
- DIAS, E. C. - **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?** Tese de doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM/Unicamp. Campinas, 1994.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. **O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 407-420, 2003.

DONANGELO, M. C. F. - **A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil: A década de 70.** Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro. 1983.

ESTEVE, J. M. - **O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores.** Bauru, SP: EDUSC, 1999.

FRANÇA, A. C. L; RODRIGUES, A . L. - **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática:** São Paulo: Atlas. 1997.

FREITAS, N. B. B. - **Negociação produz acordo sobre benzeno.** Trabalho e saúde. 1995; 40:20.

FREITAS, C. U. de; LACAZ, F. A . de C.; ROCHA, L. E. **Saúde pública e ações de saúde do trabalhador.** Uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde2(1):3-10, jul. 1985.

FREUDENBERGER, H. J. & RICHELSON, G. - **Estafa: O alto custo dos empreendimentos.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

FREUDENBERGER, H.J. - **Staffburn-out.** *Journal of Social Issues*, 30(1): p.159-165, 1974.

GALLO, E.; LUCESI, G.; MACHADO FILHO, N. et al. - **Reforma sanitária: uma análise de viabilidade.** *Cad. Saúde Pública*, vol.4, n.4, 1988. p. 12-15.

GAZZOTTI, A . A . & VASQUES-MENEZES, I. - **Suporte afetivo e o sofrimento psíquico em Burnout.** Em W. Codo (Org.). *Educação: carinho e trabalho.* Rio de Janeiro: Vozes. 1999. p. 261-266.

HAVEY, D. - **Condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola. 1993.

IIDA, I. - **Ergonomia: projeto e produção.** 4ª Ed. Editora Edgard Blucher Ltda, São Paulo: 1997.

LACAZ, F. A. C. - **Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical.** (Tese de doutorado) Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LACAZ, F. A. C. - **Cenário e estratégias em saúde dos trabalhadores de 1986 a 1994.** II Conferência Nacional de Saúde dos trabalhadores. Brasília. 1994.

LACAZ, F. A. **Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença**. Ciênc. saúde coletiva. vol.5 no.1 Rio de Janeiro. 2000.

LAURELL, A. C., & NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Cebes - Hucitec. 1989.

LOPES, G.T.; SPÍNDOLA, T. ; MARTINS, E.R.C. - **O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais**: estudos preliminares. Rev. Enfermagem UERJ, v. 4 ,n.1,p.9-18, 1996.

LUZ, M. T. - **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80**. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

MATTOS, M. D. - **O stress nos trabalhadores da saúde: um estudo de caso**. Pesquisa realizada no Hospital Nereu Ramos de março a julho de 2007.

MASLACH, C. - **A Multidimensional theory of burnout**. Em: C.L.Cooper (Org), Theories of organizational stress (pp.668-850).Manchester: Oxford University, 1998.

MENDES, R.; DIAS, E. C. - **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. Ver. Saúde Pública, São Paulo, v.25, n.5, 1991.

MINAYO, M. C. S. - **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido**. Medicina. 1991. 24:70-77.

MINAYO-GOMEZ, C. ; THEDIM-COSTA, S. M. da F. - **Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde**. Ciência e Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. - **Diseases of the osteomuscular system in nursing workers**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Dec 2007. doi: 10.1590/S0104-11692005000300011

MONTAÑO, C. E. - **O Serviço Social frente ao neoliberalismo: mudanças em sua base de sustentação funcional-operacional**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n.53, ano. 18,mar.1997.

MOTTA, A. E. **Cultura da Crise e Seguridade Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

NAVARRO, V. L. - **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro.** Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol. 22, no. 11 [cited 2007-11-11], pp. 2450-2452.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100029&lng=en&nrm=iso. ISSN 0102-311X.- 2007-11- 9: 45 horas

NEGRI, J. A . de. **Estimação de Equações de Importação e Exportação de Produtos Agropecuários para o Brasil (1977/1998).** Brasília. Janeiro 2000.

NOB - SUS 01/96 .Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996).“Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Ministério da Saúde 1a. edição. Brasília. Janeiro/1997

OLIVEIRA, M. H. B. de (Org.) - **Reformado Estado e políticas de emprego no Brasil.** Campinas: UNICAMP/IE. 1998.

OLIVEIRA, S. [A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador.](#) - Cad. Saúde Publica, vol.13 n. 4. Rio de Janeiro. Oct./Dec. 1997.

OTERO, J. J. G. - **Riesgos del trabajo del personal sanitario.** 2 ed. Madrid: McGraw-Hill. 1993.

ORTIZ, R.; - **Pierre Bourdieu: Sociologia.** São Paulo: Ática, 1983.

PETRAS, J. - In: RAMPINELI, V. J.; OURIQUES, N. D. - **Os fundamentos do neoliberalismo.** (org.) No fio da navalha. Crítica das reformas neoliberais de Fernando Henrique Cardoso. São Paulo: Xamã, 1997.

POCHMANN, M. O.- **O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu.** São Paulo: Boitempo, 2001

POCHMANN, M. O. - **O trabalho sob fogo cruzado.** São Paulo: Hucitec. 1999.

REIS, I. N. - **Doenças ocupacionais: estudo retrospectivo em unidades hospitalares do DF.** HFA – Publ. Téc. Cient.,v.18.n.69,p.65-70,1982.

RIBEIRO, H.P. & Lacaz, F.A.C. **De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores.** São Paulo: Imesp/Diesat. 236 ps. 1984.

ROCHA, C. S.; FRITSCH, R. - **Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas complementares**. Serviço Social & Sociedade. Revista Quadrimensional de Serviço Social, Ed.Cortez, Ano XXIII, n.69, 2002.

ROCHA, E. G.; FREITAS, V. P. - **A proteção legal do jovem trabalhador** - Revista da UFG, Vol. 6, N. 1, jun 2004 .

SANTOS, R. V. dos. - **A Fadiga Psíquica na Indústria**. Florianópolis: Ed. Da Autora, 2001.518p.; grafs., tabs.

SELLIGMANN-SILVA, E. - **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: UFRS/Editora Cortez, 1994.

SCLIAR, M. - **Do mágico ao social: a trajetória da Saúde Pública**, Porto Alegre, L&PM Editores, 1987.

SILVA, C. de S. M. da. - **Contribuição para o estudo da regionalização dos serviços de Saúde Pública no Estado de Santa Catarina, com base no “Projeto CARS”**. V Curso de Saúde Pública, Florianópolis, 1985.

SILVA, K. P. - **A Cidade, Uma Região, O Sistema de Saúde: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas** - SP. Campinas: Área de Publicações CMU/UNICAMP, 1996. (Coleção Campiniana).

SILVA, M.; MARCHI, R. - **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.

SILVA, F. A..R. da & MAHAR, D. **Saúde e Previdência Social: uma análise econômica**. Rio de Janeiro: Ipea/Inpes 1974. (Relatório de Pesquisa, 21).

SOUZA, A. D. de et al. - **Estresse e o trabalho**. Trabalho monográfico (Pós-Graduação em Medicina do Trabalho)- Sociedade Universitária Estácio de Sá, 59f, Campo Grande, 2002.

TEIXEIRA, F. J.S.; OLIVEIRA, M. A. de. - **Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**.São Paulo: Cortez, 1996.

VIEIRA, L. - **Cidadania e globalização**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

VIEGAS, C. A.A. **Respiratory health hazards in agricultural activities**. J. Pneumologia , São Paulo, v. 26, n.2, 2000.

WOMACK, J. P.; JONES, T. D.; ROSS, D. - **A máquina que mudou o mundo**. Tradução do Ivo Koritovski. 3ª ed. Rio de Janeiro. 1992.

6 ANEXOS

ANEXO I