

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

**SILVIA MARA BRENDA**

**ABSENTEÍSMO NA CASAN: UMA RESPOSTA ÀS MUDANÇAS.**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO  
EM: 29/03/07

  
Rosana Maria Gaio  
Depto de Serviço Social / CSE

**FLORIANÓPOLIS**

**2007**

**SILVIA MARA BRED A**

**ABSENTEÍSMO NA CASAN: UMA RESPOSTA ÀS MUDANÇAS.**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cláudia Mazzei Nogueira.

**FLORIANÓPOLIS**

**2007**

**SILVIA MARA BREDÁ**

**ABSENTEÍSMO NA CASAN: UMA RESPOSTA ÀS MUDANÇAS.**

**Trabalho de conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Assistente Social.**

BANCA EXAMINADORA:

---

**Orientadora**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Claudia Mazzei Nogueira –Universidade Federal de Santa Catarina

---

*Alzira*

**1<sup>ª</sup> Examinadora**

Alzira Maria de Matos – Assistente Social

---

*Jussara Souza da Rosa*

**2<sup>ª</sup> Examinadora**

Jussara Jovita Souza da Rosa – Assistente Social

Florianópolis, março de 2007.

**Dedico este trabalho aos meus pais, meus amigos e aos meus irmãos.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço especialmente a minha mãe pela compreensão neste momento tão importante da minha vida.

Ao meu noivo Daniel, por me acompanhar durante este processo.

As minhas amigas, Andreia, Andreza, Moanna, e Mirella, que conquistei durante a Universidade e que ficarão para sempre comigo.

Silvia e Thálita, guardarei vocês em meu coração.

As minhas amigas de curso, obrigada por terem feito parte da minha vida.

As minhas amigas Dani e Julia, por me ajudarem nas horas difíceis.

A CASAN pela oportunidade de estágio.

A toda a equipe da DISMT, pela contribuição em minha formação profissional, e em especial a Alzira pela dedicação e confiança.

A Izabel pela ajuda na construção deste trabalho.

*“Não diga ser incapaz, sem antes haver tentado. Antes de mais nada, tente. E, se realizar um grande sonho, não se sinta surpreso. O possível está ao seu alcance. A força está em você.”*

Autor desconhecido

BREDA, Silvia Mara. **ABSENTEÍSMO NA CASAN: UMA RESPOSTA ÀS MUDANÇAS**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006/2.

## RESUMO

O absenteísmo aparece como uma questão complexa para as empresas. Sua redução, no cotidiano da CASAN, é um grande desafio. Para Chiavenato (2002), as causas do absenteísmo nem sempre estão no próprio empregado, e sim, na organização, na supervisão deficiente, no empobrecimento das tarefas e na falta de motivação. Este trabalho foi realizado através de pesquisa documental na DIAPE, DICS e na DISMT, que fazem parte da Gerência de Recursos Humanos da Empresa, tendo como objetivo conhecer os aspectos do absenteísmo a cerca dos atestados médicos dos empregados admitidos através de concurso público a partir de 2001. Constatamos através da pesquisa que as transferências e a desmotivação predominam em relação às ausências ao trabalho. Recomendamos um trabalho preventivo, voltado para a saúde do empregado, a elevação da motivação e a qualidade de vida no trabalho, bem como, a participação do Serviço Social nas políticas de Recursos Humanos da Empresa para a redução do absenteísmo.

**Palavras-Chave:** Reestruturação empresarial, motivação e absenteísmo.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO</b>	13
1.1 O MUNDO DO TRABALHO E O DESENVOLVIMENTO HUMANO	21
1.2 A MOTIVAÇÃO COMO MECANISMO DO MUNDO DO TRABALHO	23
1.3 PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS	26
1.4 O SERVIÇO SOCIAL NA CASAN	28
<b>2 O SERVIÇO SOCIAL DA CASAN E O ABSENTEÍSMO</b>	34
2.1 O ABSENTEÍSMO POR ATESTADO MÉDICO COMO ORIGEM DO PROBLEMA DE PESQUISA	38
2.2 METODOLOGIA	45
2.3 INTERPRETAÇÃO TEÓRICA DA REALIDADE VIVENCIADA NA CASAN	52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	54
<b>REFERÊNCIAS</b>	57
<b>ANEXO A</b>	61
<b>ANEXO B</b>	74
<b>ANEXO C</b>	80



## LISTA DE SIGLAS

APL – Assessoria de Planejamento  
BID – Banco Interamericano do Desenvolvimento  
CASAN – Companhia Catarinense de Água e Saneamento  
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho  
CESB – Companhia Estadual de Saneamento Básico  
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes  
CMES – Conselho Municipal de Engenharia Sanitária  
CRESS/SC – Conselho Regional de Serviço Social de Santa Catarina  
CRESS/MT – Conselho Regional de Serviço Social de Mato Grosso do Sul  
CRM – Conselho Regional de Medicina  
CRO – Conselho Regional de Odontologia  
DAES – Departamento Autônomo de Santa Catarina  
DAFIS – Divisão Administrativa e Financeira  
DIAPE – Divisão de Apoio Pessoal  
DICS – Divisão de Cargos e Salários  
DISMT – Divisão de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho.  
ETA – Estação de Tratamento de Água  
ETE – Estação de Tratamento de Esgoto  
FMAE – Fundo Municipal de Águas e Esgotos  
FUCAS – Fundação da Companhia Catarinense de Água e Saneamento  
GRH – Gerência de Recursos Humanos  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional  
PLAMEG – Plano de Metas do Governo  
PLANASA – Plano Nacional de Saneamento  
PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais  
SAMAÉ – Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto  
SEAF – Setor Administrativo e Financeiro  
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública  
SIESSC – Serviço Integrado de Engenharia Sanitária de Santa Catarina  
SNV – Superintendência Regional de Negócios Norte/Vale do Itajaí

SPO – Superintendência Regional de Negócios Planalto Oeste

SSL – Superintendência Regional de Negócios Sul/Leste

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

### **LISTA DE TABELAS**

Tabela I – Fatores Motivadores	25
Tabela II – Fatores Higiênicos	25

### **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico Nº. 1 – Número de Atendimentos Realizados pelo Serviço Social por Ano.	34
Gráfico Nº. 2 – Número de Atendimentos Sociais aos Empregados Admitidos no Período de 2001 a 2005.	47
Gráfico Nº. 3 – Número de Atendimentos a Empregados Admitidos de 2001 a 2005.	48
Gráfico Nº. 4 – Número de Empregados Afastados por Atestado Médico no Período de 2001 a 2005.	50
Gráfico Nº. 5 – Número de Dias de Afastamentos por Atestado Médico no Período de 2001 a 2005.	51

## INTRODUÇÃO

Profundas transformações econômicas, sociais e tecnológicas vêm acontecendo na sociedade nas últimas décadas, afetando o cotidiano das pessoas, desde o modo de vida, as relações sociais, e até o meio ambiente onde se vive. As conseqüências dessas transformações também repercutem no âmbito do trabalho, no qual o indivíduo passa a maior parte de sua vida.

Neste contexto, o bem-estar do trabalhador, conforme Rocha e Fritsch, envolve a pessoa, o trabalho, a família, o grupo social e o ambiente, portanto, não pode ser visto de uma maneira isolada e relacionada apenas ao trabalho, pois existem dois contextos – dentro e fora do trabalho – que se influenciam mutuamente. (2002, p.61)

Nesse sentido, a relação capital e trabalho pode ser bastante conflituosa, causando o desequilíbrio do bem-estar do trabalhador, e conseqüentemente problemas com a queda da produtividade, dependência química, conflitos familiares, entre outros, resultando na prática do absenteísmo, também denominada por Chiavenato (2002) como ausentismo, representado pelas faltas ou ausências ao trabalho.

Dentro dessa perspectiva, a situação dos empregados na Companhia Catarinense de Águas e Saneamento - CASAN vem sendo questionada, com o objetivo de buscar uma maior humanização das condições de trabalho e, conseqüentemente, da prestação de serviços.

As empresas vêm dedicando especial atenção à questão da elevação da satisfação dos seus empregados. Dessa forma, o conhecimento, o estudo e o controle do absenteísmo são de grande importância, pois esse fator além de sobrecarregar as empresas, também o é para a sociedade.

Diante do exposto, procuramos neste Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, discutir e refletir sobre os motivos que levam os empregados da CASAN, admitidos por Concurso Público, no período de 2001 a 2005, a se ausentarem do trabalho.

Nosso interesse na temática do absenteísmo por atestado médico é decorrente da experiência vivenciada durante o estágio obrigatório na CASAN, compreendido no período de maio a setembro de 2006.

Para respondermos a esta questão, elegemos alguns temas que permitissem discutir a intervenção do Serviço Social no âmbito das relações de trabalho.

Desse modo, na primeira seção deste trabalho procuramos contextualizar o histórico do saneamento em Santa Catarina, a Empresa, as relações e as motivações no trabalho envolvendo as teorias motivacionais de Maslow e Herzberg, e o Serviço Social.

O absenteísmo por atestado médico, como uma das demandas do Serviço Social na Empresa, chama a atenção para o bem-estar físico, psíquico e social do empregado. Este estudo ocupou a segunda seção deste trabalho, bem como a aplicação da pesquisa documental realizada.

No item Considerações Finais, refletimos sobre a síntese das idéias apresentadas neste estudo e propomos alternativas para a redução do absenteísmo por atestado médico.

Enfim, neste trabalho, ao discutirmos a questão do absenteísmo por atestado médico, nas relações de trabalho na CASAN, pretendemos demonstrar que o ser humano deve ser compreendido como um sujeito em sua totalidade, abrangendo aspectos que envolvem dimensões psicológicas, biológicas, econômicas, emocionais, sociais e culturais.

Pensar o bem-estar do empregado nessas dimensões permite minimizar as ausências ao trabalho, refletindo positivamente na produtividade, na qualidade dos serviços prestados e na redução dos custos do empregador.

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A história do saneamento no Brasil, em particular no Estado de Santa Catarina, começa a desenvolver-se no ano de 1958, no qual a Fundação SESP<sup>1</sup> – Fundação Especial de Saúde Pública passou a desenvolver suas atividades a respeito do saneamento e também sobre a qualificação de profissionais habilitados na área.

Segundo Bezerra (2003, p.122), a Fundação SESP iniciou suas atividades desenvolvendo pesquisa de mananciais subterrâneos primeiramente nas cidades de Brusque, São Joaquim e Curitibanos. Logo após sua instalação no Estado de Santa Catarina, assumia o Governo do Estado, Celso Ramos, cujo mandato foi desenvolvido no período de 1961 a 1965.

Nesta época, o Brasil era comandado pelo Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, que trabalhava uma política desenvolvimentista<sup>2</sup>, o então governador Celso Ramos elaborou um Plano de Metas do Governo – PLAMEG que, planejou e fomentou a execução de várias obras para o Estado, inclusive na área do saneamento.

A partir do PLAMEG, em 1961, foi constituído um grupo de trabalho pelo Estado de Santa Catarina para estudar os problemas de água e esgotos de Florianópolis. Assim, no dia 30 de maio de 1962, através da Lei Nº. 3.058, criava-se o Departamento Autônomo de Engenharia Sanitária – DAES.

Neste contexto, segundo Bezerra (2003, p.123), o DAES foi criado pela necessidade do Estado de Santa Catarina ter ações voltadas para as questões que diziam respeito ao sistema de esgotos sanitários de Florianópolis.

---

<sup>1</sup> A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) ocorreu durante a 2ª Guerra Mundial, como consequência do convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano durante a Terceira Reunião de Consulta aos Ministérios das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizada no Rio de Janeiro em 1942.

< [http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia\\_acervo/arq\\_pessoal/fundo\\_sesp.htm](http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/fundo_sesp.htm)>20/novembro/2006.

<sup>2</sup> A política desenvolvimentista do governo Kubitschek baseava-se na utilização do Estado como instrumento coordenador do desenvolvimento, estimulando o empresariado nacional, e também criando um clima favorável a entrada do capital estrangeiro, quer na forma de empréstimos, quer na forma de investimento direto. < <http://www.culturabrasil.org/populismo.htm>>20/novembro/2006.

O Serviço Integrado de Engenharia Sanitária de Santa Catarina – SIESSC, também foi criado em 1962, utilizando-se de profissionais da Fundação SESP e do DAES. (idem, p.123)

A Fundação SESP, passou a transferir tecnologia para os engenheiros do DAES, para que através da qualificação desses profissionais pudessem construir e administrar novos sistemas de abastecimento de água e esgotos sanitários.

Em 1º de fevereiro de 1966, foi criado o Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto – SAMAE de Brusque e, igualmente em 11 de agosto do mesmo ano foi criado o SAMAE de Blumenau, através da Lei Municipal Nº. 1.370. A regulação de sua gestão foi através do Conselho Municipal de Engenharia Sanitária – CMES.

Em 28 de julho de 1966, o Banco Central, assinou em Washington, nos Estados Unidos da América do Norte, o contrato de financiamento com o Banco Interamericano do Desenvolvimento – BID, cujo órgão gestor escolhido para a operacionalização do Programa das Pequenas Comunidades foi a Fundação Especial de Saúde Pública – Fundação SESP.

Foram 91 (noventa e uma) localidades beneficiadas com os recursos do financiamento, sendo que destas, a Fundação SESP selecionou 14 (quatorze) cidades do Estado de Santa Catarina: Araranguá, Brusque, Campos Novos, Herval D'Oeste, Jaraguá do Sul, Joaçaba, Pomerode, Porto União, Rio do Sul, Rio Negrinho, São Bento do Sul, São Francisco do Sul, Urussanga e Videira.

Além do financiamento do Banco Interamericano do Desenvolvimento, a Fundação SESP fez investimentos em vários municípios do Estado de Santa Catarina dentre os quais podemos destacar: Araranguá, Blumenau, Campos Novos, Canoinhas, Capinzal, Criciúma, Curitibanos, Gaspar, Herval D'Oeste, Itapiranga, Jacinto Machado, Jaraguá do Sul, Joaçaba, Joinville, Lages, Lauro Muller, Maracajá, Nova Veneza, Orleans, Ouro, Pomerode, Porto União, Praia Grande, Rio Negrinho, Rio do Sul, São Bento do Sul, São Francisco do Sul, São João do Sul, São Joaquim, São Ludgero, Sombrio, Timbé do Sul, Treze Tilhas, Turvo, Urussanga e Videira.

De 1966 a 1978, a Fundação SESP conservou a gestão dos SAMAES dos municípios de Araranguá, Blumenau, Campos Novos, Capinzal, Gaspar, Herval D'Oeste, Jaraguá do Sul, Joaçaba, Joinville, Rio do Sul, São Bento do

Sul, Rio Negrinho, São Francisco do Sul, São Ludgero, Orleans, Ouro, Urussanga e, Videira.

Através do Plano Nacional de Saneamento – PLANASA<sup>3</sup> que foi uma ferramenta extremamente importante e adequada para o sistema de abastecimento de água, pois através dele o Brasil contou com atendimento urbano de água em mais de 90% dos seus municípios e, a conseqüente criação das Companhias Estaduais de Saneamento Básico – CESBS.

Essas Companhias foram geradas para operar os sistemas de abastecimento de água e de esgotos sanitários de seus estados, a Fundação SESP começou a perder sua força, ou seja, para que um município recebesse recursos do PLANASA, teria que passar os sistemas de abastecimento de água e esgotos sanitários para a CESB de seu Estado.

Neste contexto, o Estado de Santa Catarina, para aderir ao PLANASA, criou a Companhia Catarinense de Águas e Saneamento – CASAN, sociedade de economia mista, criada em 31 de dezembro de 1970, por intermédio da Lei Estadual nº. 4.547 e constituída em 02 de julho de 1971 no Governo Colombo Salles. Sua atuação se dá por meio de convênios de concessão firmados com as prefeituras municipais.

A Companhia herdou do antigo Departamento Autônomo de Engenharia Sanitária, extinto com a sua criação, toda a sua estrutura, inclusive seus empregados. Assim a CASAN incorporou onze sistemas de abastecimento de água e dois de coleta de esgoto do extinto DAES.

A empresa desenvolve suas ações com o intuito de contribuir para a evolução da qualidade de vida da população de Santa Catarina, apresentando um quadro que evolui de maneira favorável e consolidada.

A Companhia Catarinense de Águas e Saneamento tem como missão fornecer água tratada, coletar e tratar esgotos sanitários, promovendo saúde, conforto, qualidade de vida e desenvolvimento sustentável.

---

<sup>3</sup> Em 1971, é formatado o PLANASA - Plano Nacional de Saneamento, cujo suporte foi o SFS. Há, neste período, uma mudança radical nos negócios de saneamento do país e surge um novo modelo de gestão para o setor: as companhias estaduais de saneamento, em todos os estados do Brasil. Ao contrário do modelo concebido pelo SESP, que deixava no município a gestão dos sistemas de água e esgotos sanitários, este novo modelo centralizou toda a gestão nas mãos do Estado, através da companhia estadual de saneamento recém-criada. < <http://www.eps.ufsc.br/disserta98/bezerra/cap3.htm>>20/novembro/2006.

Seus objetivos são coordenar o planejamento, executar, operar e explorar serviços de esgotos e abastecimento de água potável, bem como, realizar obras de saneamento básico em convênio com municípios do Estado de Santa Catarina; promover levantamento e estudos econômicos financeiros relacionados com projetos de saneamento básico; fixar e arrecadar taxas e tarifas dos diversos serviços que lhe são afetos, reajustando-os periodicamente, de forma que possa atender à amortização dos investimentos, a cobertura dos custos de operação, manutenção, expansão e melhoramento, bem como elaborar e executar seus planos de ação e de investimentos, objetivando a política e o desenvolvimento preconizado pelo Governo de Santa Catarina.

Contudo, na época em que foi criada, a CASAN, usou como estratégia, obter as concessões dos sistemas de água de Florianópolis, Joinville e Criciúma, através de contrato de concessão, por um período de 30 (trinta) anos, e da mesma forma que incorporou o DAES, passou a incorporar os SAMAES de outros municípios.

O contexto atual do saneamento no Brasil mostra melhorias sensíveis no atendimento à população, sobretudo a urbana. Por outro lado, constatam-se ainda, déficits significativos, que refletem o padrão desigual de crescimento trilhado pela economia do país nas últimas décadas, onde o principal déficit do setor de saneamento está na área de esgotamento sanitário, e a falta de investimento do Governo Federal neste setor.

O problema como em qualquer processo, foi à falta de ações, de atualização e redirecionamento, o que permitiu que políticas neoliberais ganhassem espaço e que as privatizações também ganhassem corpo, tendo como pano de fundo, o fato das Empresas Estaduais de Saneamento não terem conseguido alcançar seus objetivos na área de esgotamento sanitário.

Em novembro de 1996 o Serviço Social, através de pesquisa junto a segmentos de empregados da empresa, pela estagiária Claudia Balbinott, aborda a preocupação destes com a privatização da empresa.

Assim sendo, segundo Balbinott (1996, p.07) coloca que:



“A partir de fevereiro de 1996 a privatização começou a ser divulgada e estudada pelo Governo do Estado de Santa Catarina, enquanto estratégia para a área de saneamento básico (dentre outras áreas), passando a fazer parte da realidade da CASAN, para os trabalhadores e para os atores sociais. Essa proposta faz parte da nova face/fase do sistema capitalista, isto é, do rompimento com o antigo compromisso embasado no Estado de Bem-Estar Social e o surgimento do novo padrão de acumulação flexibilizando, a partir de 1970, gerando mudanças não só no mundo do trabalho, mas ainda em outras esferas da vida em sociedade. A iminente possibilidade concreta de privatização passa a ser uma preocupação para os trabalhadores, sobretudo pela falta de transparência em que se dão os processos decisórios e “democráticos”. Assim sendo, resolveu-se contribuir, com este trabalho, para a desmistificação de tal realidade/processo e para a socialização dessas informações, fortalecendo um canal de manifestação do pensamento dos trabalhadores da CASAN/Regional Florianópolis em relação a privatização.”

Na gestão de 2003 a 2005, pelo então presidente Walmor Paulo De Luca, busca-se a sobrevivência da Empresa através de uma política que venha a satisfazer as exigências de competitividade do mercado de trabalho para atender as necessidades da comunidade catarinense. Propondo-se a adotar novos padrões de eficiência e produtividade.

Nesse sentido, adverte Antunes (1997, p.101):

“As negociações podem ser encaradas como exigências do processo de globalização econômica que coloca a necessidade de melhoria dos produtos e diminuição dos custos, mas, ao mesmo tempo, estão revelando uma significativa organização no interior das empresas.”

Na perspectiva de organização no interior da empresa, como postula Antunes, a CASAN em sua crítica as ameaças em se manter no mercado de trabalho de distribuição de água e esgotamento sanitário destaca os seguintes aspectos:

- Falta de política de saneamento;
- exigências de mercado;
- pressão do poder concedente;
- ingerência política;

- exigência da sociedade;
- demanda de maiores recursos financeiros;
- degradação ambiental e;
- privatizações.

Enquanto novas oportunidades destacam:

- Novas concessões e/ou retomadas, permitindo a expansão em outros municípios, dentro e fora do território catarinense;
- esgotos sanitários, resíduos sólidos;
- consultoria e assistência técnica às prefeituras e a iniciativa privada;
- desenvolvimento de pesquisas e novas tecnologias na área de saneamento e;
- preservação e recuperação ambiental.

Assim, o referido Presidente, implanta o plano de reestruturação como estratégia de adequação a nova realidade a qual está submetida à Empresa.

Uma das estratégias é a adoção de parcerias com a população catarinense, representada pelo Governo do Estado, Municípios e CASAN.

Esta proposta se dá pelo “Projeto de Redesenho Organizacional”, criado pela Diretoria de Operação para o desenvolvimento operacional e comercial, buscando uma gestão de descentralização, maior autonomia e responsabilidade através da criação de Superintendências com o objetivo de romper as estruturas hierárquicas existentes.

O referido Projeto foi aprovado pelo Conselho de Administração no dia 1º/9/2003, conforme Ata nº. 166, e Resolução da Diretoria Executiva nº. 211, de 18/9/2003, tendo como base para a reestruturação as unidades organizacionais, vinculadas à Diretoria de Operação: Gerência de Desenvolvimento Comercial, Gerência de Desenvolvimento Operacional e 10 (dez) Regionais.

Para o atendimento do compromisso de parceria, o Projeto considerou vários fatores, sendo que, no que se refere aos seus empregados, estão relacionados à agilização de atividades, avaliação de desempenho, plano de carreira (ascensão), delegação, cobrança de responsabilidade, investimento maciço em capacitação, treinamento e reformulação da escala de funções gratificadas.

O projeto ressalta ainda o resgate da dignidade do empregado de um lado, e a credibilidade dos serviços públicos de outro.

Para a elaboração e acompanhamento do Projeto, foram formados grupos de trabalho representados pelos empregados de diversas áreas de atuação da Empresa, objetivando a identificação dos pontos fortes e oportunidades de melhoria.

Destacamos aqui apenas os aspectos relacionados aos Recursos Humanos da Companhia, embora tenham sido identificados outros aspectos relacionados indiretamente a outros setores da referida Companhia.

Como oportunidade de melhoria do modelo substituído refere-se à centralização como causador da baixa produtividade, formação de feudos e personalismo administrativo, a ingerência da política partidária é colocada como um fator de desmotivação e frustração dos empregados.

A política de Recursos Humanos da Empresa não atende as necessidades técnicas e funcionais para o desempenho profissional de seus empregados.

Há também a falta de oportunidade de rotatividade de empregados que atendem a comunidade (setor de atendimento ao público), necessitando de atualização profissional e gerenciamento desestruturado.

Quanto aos pontos fortes, foram destacados em algumas áreas de trabalho a existência de pessoal especializado com alto índice de criatividade, empregados com bom relacionamento com as demais áreas da empresa.

Quanto às estruturas hierárquicas foram analisados os níveis de cada unidade usando-se como referência o Regimento Interno e o Estatuto atual, e na nova visão de descentralização, levando-se em consideração o nível de responsabilidade atual e proposto, criando ou alterando atribuições.

A partir do desenvolvimento dessa nova estrutura organizacional, as Regionais passam a se chamar de Agências Regionais e as Filiais de Agências.

Em fevereiro de 2004, foi criada a Agência Regional de Tubarão e em abril do mesmo ano foram criadas as Agências de Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz, São José, Costa Norte e Palhoça no âmbito da Agência Regional Florianópolis. Em outubro de 2004 foram criadas as Agências Regionais de Criciúma e Chapecó.

Em outubro de 2004 foram implantadas as Superintendências Regionais de Negócios: a Superintendência Regional de Negócios SUL/Leste – SSL, com sede no Município de Criciúma, a Superintendência Regional de Negócios Norte/Vale do Itajaí – SNV, com sede no Município de Itajaí, que com a perda da concessão em outubro de 2005 passa sua sede para a cidade de Rio do Sul e, a Superintendência Regional de Negócios Planalto/Oeste – SPO, com sede no Município de Chapecó.

Um fator importante, que causou o remanejamento e a transferência de empregados, foi o fato de a Companhia perder algumas das concessões nas cidades de Balneário Camboriú, Barra Velha, Içara, Itajaí, Itapema, Joinville, Lages, Fraiburgo, Navegantes, Papanduva, São João Batista, Timbó e Tubarão onde ocorreu o processo de municipalização, segundo dados extraídos da Assessoria de Planejamento - APL.

A municipalização vem ocorrendo nos últimos anos, constituindo uma maior participação local nas atividades políticas e administrativas. Nessa perspectiva, a municipalização nada mais é do que a transferência do poder e de recursos dos níveis federal e estadual para o município.

As causas da reestruturação da Companhia e a perda de alguns contratos de concessões exigiam um processo de recuperação e modernização, através de um novo modelo de gestão.

Um novo modelo implica, inicialmente, numa relação diferente entre os Municípios e a CASAN, ou seja, o Município é o detentor da prioridade dos serviços, e a Companhia auxilia o Município, para que o mesmo alcance seus objetivos. Em suma, a Companhia presta sua experiência e seu apoio, administrando conjuntamente com os Municípios os sistemas de água e esgoto, esta gestão tem o objetivo de promover a integração em relação a uma nova política ambiental.

A Gestão Compartilhada não veio substituir os contratos de concessão, mesmo porque, estes contratos são modelos antigos de concessão que retratam um momento histórico do saneamento e, a Gestão Compartilhada retrata a realidade atual.

Com este novo modelo, o Município passa a contar com um Fundo Municipal de Águas e Esgotos – FMAE, o sistema de abastecimento de água será gerenciado por dois executivos, um da Prefeitura e outro da CASAN, o

controle, regulação e fiscalização deste modelo serão desenvolvidos pelo Conselho Gestor de Serviços Públicos.

Durante esse processo a Companhia inicia a preparação das Prefeituras para assumirem, futuramente, os serviços de água e esgotos, minimizar o índice de perdas dos sistemas de água e, gerar emprego e renda no espaço geopolítico dos Municípios.

## 1.1 O MUNDO DO TRABALHO E O DESENVOLVIMENTO HUMANO

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

O trabalho, segundo Rocha e Fritsch, ocupa um espaço central na vida do ser humano. Os mesmos advertem ainda, que o trabalho “pode ser ao mesmo tempo uma atividade penosa, um fardo, uma doença, sofrimento e uma atividade prazerosa, que dá sentido à vida, identidade pessoal, crescimento, desenvolvimento” (2002, p.57).

Para Cavanagh (1992) o trabalho é valorizado de maneiras diferentes: para alguns é uma parte muito importante da vida, e para outros é apenas um aspecto da vida que existe para prover outras necessidades.

Contudo, pode-se dizer que o trabalho estabelece uma relação paradoxal entre o ser humano e as suas relações de trabalho. A relação do trabalho com o homem, é em algumas vezes conflituosa, visto que por um lado, o trabalho é um fardo, por outro dá status e define a identidade pessoal e o crescimento humano.

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

Rocha e Fritsch (2002, p.58), entendem que:

“[...] Marx dá ao trabalho um significado mais abrangente, definindo-o como operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura, homem em ação para sobreviver e realizar-se, criando instrumentos e, com esses todo um universo de vinculação com a natureza, realização de uma obra de transformação e faz parte da essência do ser humano. O que os homens produzem é o que são. O homem é o que ele faz. Por meio do trabalho o homem transforma a si mesmo, porque nesta relação planeja, faz projetos, representa mentalmente os produtos que quer transformar.”

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

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

Nesse sentido, destaca-se como um dos fatores internos que influenciam o comportamento humano a motivação, que de modo geral “funciona em termos de forças ativas e impulsionadoras: traduzida por palavras, funciona como desejo e receio: o indivíduo deseja poder, deseja status, receia o ostracismo social, receia as ameaças à sua auto-estima” (CHIAVENATO, 2002, p.80).

Uma boa parte da população não consegue, através do trabalho, suprir suas necessidades básicas, entendidas por lazer, vestuário, transporte, moradia, e alimentação, ou seja, não conseguem suprir condições mínimas de sobrevivência.

Neste contexto, percebe-se a exploração da força de trabalho que, através do processo capitalista, vem influenciando cada vez mais, na busca pela motivação no trabalho, pois não há como pensar no trabalho como um meio de crescimento pessoal, se este nem mesmo supre as necessidades básicas da maioria da população.

## 1.2 A MOTIVAÇÃO COMO MECANISMO DO MUNDO DO TRABALHO

Maslow e Herzberg a partir de 1957 marcam a origem do desenvolvimento da qualidade de vida no trabalho, com suas teorias comportamentais, sendo Maslow com a teoria da hierarquia das necessidades (fisiológica, estima, segurança, sociais, e auto-realização), e Herzberg com a teoria dos dois fatores (higiênicos ou insatisfacientes e motivacionais ou satisfacientes).

Neste período, a compreensão do comportamento organizacional estava fundamentada no comportamento individual das pessoas, tornando-se necessário o estudo da motivação humana. A motivação era, e tem sido considerada um fator muito importante para o desenvolvimento do equilíbrio e o bem-estar das pessoas.

Assim sendo postula Rodrigues (1994):

[...]” as necessidades humanas estão organizadas numa hierarquia de valor ou premência, quer dizer, a manifestação de uma necessidade se baseia geralmente na satisfação prévia de outra, mais importante ou premente. O homem é um animal que sempre deseja. Não há necessidade que possa ser tratada como se fosse isolada: toda necessidade se relaciona com o estado de satisfação ou insatisfação de outras necessidades”. (Maslow apud RODRIGUES, 1994, p.40).

A teoria da hierarquia de Maslow, segundo Rodrigues (1994), é composta por cinco necessidades fundamentais:

- necessidades fisiológicas, ou seja, água, oxigênio, alimentos, e abrigo;
- necessidade de segurança, para que se possa assegurar as necessidades fisiológicas;
- necessidade social, o indivíduo sente a necessidade de ser incluído em um grupo, de ser aceito;
- necessidade de auto estima, o desejo do indivíduo de uma auto-imagem positiva, sendo essencial para sua saúde mental, física e bem estar;

- necessidade de crescimento ou de auto-realização, a necessidade do indivíduo de desenvolver o máximo de sua potencialidade para tornar-se aquilo que ele é capaz de ser.

A partir desta teoria, compreendemos que as necessidades representam carências ou falta de algo que depende de fatores externos, como um ciclo infundável, com exceção da última necessidade, representada pela auto-realização.

A auto-realização, em geral, manifesta-se em indivíduos que são independentes e que não visam retornos financeiros ou materiais, mas sim que procuram à satisfação pessoal, para ter um sentimento de dever cumprido, que buscam, principalmente, sentir o próprio crescimento pessoal ou profissional.

A teoria de Herzberg, por sua vez, é dividida em dois fatores que influenciam o comportamento humano. O autor considera que “o oposto da satisfação com o trabalho não seria a insatisfação, mas nenhuma satisfação com ele e igualmente o oposto da insatisfação seria nenhuma insatisfação com o trabalho”. (Herzberg apud RODRIGUES, 1994, p.03).

Assim sendo, o referido autor elenca os dois fatores:

- Fatores Higiênicos: evitam a insatisfação no trabalho, porém quando satisfeitos não elevam a satisfação, mas deve ser mantido para não gerar insatisfação. Este fator compreende a política e a administração da empresa, as relações interpessoais, supervisão, condições de trabalho, salários, status, e segurança no trabalho.

- Fatores Motivadores: estão diretamente relacionados com o cargo e as atividades que executam. Este fator abrange a realização, reconhecimento, o próprio trabalho, responsabilidade, e o desenvolvimento das atividades.

Segundo Marras (2002), todas as pessoas têm necessidades e cada uma delas com peculiaridades e intensidades diferentes. Isso faz com que elas estejam sempre tentando satisfazer essas necessidades. A motivação é a força motriz que alavanca as pessoas a buscarem a satisfação, e ao satisfazerem à necessidade, termina a motivação, e conseqüentemente uma nova força motriz conduz o ser humano a novamente buscar outra satisfação.

Marras traduz a teoria dos dois fatores de Herzberg através das tabelas I e II.



**Tabela I.** Fatores Motivadores

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

Fonte: MARRAS (2002, p.36).

**Tabela II.** Fatores Higiênicos

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

Fonte: Fatores Higiênicos. (idem)

Chiavenato (2002), ao refletir sobre a teoria de Herzberg, entende que a satisfação no cargo esta relacionada às atividades desafiadoras e estimulantes do cargo (fatores motivacionais) e a insatisfação no cargo relaciona-se com o ambiente, os colegas, a supervisão e o contexto geral do cargo (fatores higiênicos).

Nessa perspectiva, postula Rodrigues (1994):

“O enriquecimento do cargo proporciona oportunidades para o desenvolvimento psicológico do empregado, ao passo que a ampliação do cargo simplesmente torna um cargo estruturalmente maior”. (Herzberg apud RODRIGUES, 1994, p.59).

As transformações econômicas em busca da expansão capitalista, que objetivam o aumento dos lucros com a redução nos custos, ocasionam a precarização das relações de trabalho, trazendo como uma das conseqüências a terceirização, que no contexto da precarização, tem sido marcada por práticas de intensificação do trabalho, aumento da jornada de trabalho, acúmulo de funções e achatamento salarial. O contexto contemporâneo nacional mostra que as transformações no mundo do trabalho são acompanhadas pelas mudanças na esfera estatal.

No item a seguir apresentaremos o Plano de Cargos e Salários e suas especificações.

### 1.3 PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

Para regulamentar as relações entre empregados e empregadores a CASAN optou pelo Plano de Cargos e Salários<sup>4</sup>, aprovado pela Diretoria da Companhia em 10/9/1991, através da Resolução N°. 258/91, homologado em

---

<sup>4</sup> Este Plano contém Guia de Cargos com sua respectiva classificação, Regulamentação de Pessoal, Manual de Descrição e Escala Salarial. CASAN, DICS, 2006.

05/9/1991 pela Divisão de Relações do Trabalho do Departamento Estadual do INSS em Santa Catarina.

O Plano de Cargos e Salários da Companhia compreende um conjunto de instrumentos e procedimentos que visa disciplinar o tratamento funcional a ser conferido a todos os empregados. A estrutura que define a política salarial da Companhia, esta basicamente apoiada nas descrições de cargos, permitindo determinar o valor da função e quais os requisitos necessários para o seu desempenho.

A organização do Quadro Geral de empregados da CASAN estrutura-se por grupos destinados ao atendimento das funções essenciais e gerais. Seu Quadro de Pessoal esta dividido em três Grupos Ocupacionais<sup>5</sup> distintos, a saber:

- Grupo Ocupacional de Atividades Operacionais: seus ocupantes executam tarefas que exigem esforço físico, tais como a operação de máquinas, equipamentos, produtos químicos, manutenção e conservação de redes;

- Grupo Ocupacional de Atividades de Apoio Técnico e Administrativo; são cargos cujos ocupantes executam tarefas voltadas para o desenvolvimento de atividades das áreas administrativas, técnicas e serviços complementares, configurados como atividades meio da organização;

- Grupo Ocupacional de Atividades de Nível Superior: seus ocupantes executam tarefas sistematizadas, em áreas de atividades especializadas, podendo exercer supervisão funcional e que exigem desenvolvimento ou aplicação de conhecimentos metodológicos e científicos adquiridos em cursos superiores (graduação e pós-graduação).

A CASAN tem em seu quadro funcional um montante de 53 (cinquenta e três) cargos classificados e agrupados por atividades ocupacionais diferenciadas, esta diferenciação se dá através do nível de escolaridade, e para cada função, o período de experiência é de 03 (três) meses.

As funções dos cargos são classificadas através dos Grupos Ocupacionais, o de Atividades Operacionais engloba as seguintes funções:

---

<sup>5</sup> É o conjunto de cargos organizados conforme a correlação e a afinidade entre as atribuições que lhes são definidas, a natureza do trabalho ou o grau de conhecimento necessário ao desempenho das respectivas atribuições, avaliados segundo o mesmo critério. CASAN, DICS, 2006.

Agente Administrativo Operacional, Auxiliar de Laboratório, Auxiliar Técnico, Eletricista, Eletrotécnico, Instalador Hidráulico/Sanitário, Mecânico de Hidrômetro, Operador de ETA/ETE<sup>6</sup> I, Operador de ETA/ETE II, Operador de ETA/ETE III, Técnico de Laboratório, Técnico de Mecânica e, Técnico de Saneamento.

O Grupo Ocupacional de Atividades de Apoio Técnico e Administrativo engloba as funções de: Assistente Administrativo, Assistente Administrativo II, Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, Auxiliar de Processamento de Dados, Auxiliar de Serviços Administrativos, Desenhista, Desenhista Projetista, Motorista, Operador de Computador, Operador de Máquina Copiadora, Programador de Computador, Recepcionista, Secretária, Técnico de Agrimensura, Técnico de Audiovisual, Técnico de Edificações, Técnico de Eletrônica, Técnico de Segurança do Trabalho, Telefonista e, Vigia.

Quanto às funções do Grupo Ocupacional de Atividades de Nível Superior são: Administrador, Advogado, Analista de Sistema, Arquiteto, Assistente Social, Bibliotecário, Biólogo, Bioquímico, Contador, Economista, Enfermeiro do Trabalho, Engenheiro, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Geólogo, Jornalista, Médico do Trabalho, Químico e, Técnico Especializado.

#### 1.4 O SERVIÇO SOCIAL NA CASAN

O Serviço Social foi inserido na Matriz da Empresa em 1974, com o objetivo de desenvolver um trabalho social. Durante seis anos esse profissional exerceu suas atividades na FUCAS – Fundação da Companhia Catarinense de Águas e Saneamento e em 1981 retornou para a Matriz, localizando-se na DISMT – Divisão de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho, fazendo parte da Gerência de Recursos Humanos.

Com a implantação do Plano de Cargos e Salários, conforme já descrevemos no item 1.3, alguns empregados com formação de nível superior

---

<sup>6</sup> ETA: Estação de Tratamento de Água.

ETE: Estação de Tratamento de Esgoto. CASAN, DICS, 2006.

e que não exerciam suas profissões foram enquadrados nos seus respectivos cargos, dentre eles duas (02) assistentes sociais, implantando o Serviço Social nas Regionais de Florianópolis e Tubarão.

A Companhia tem em seu quadro funcional atualmente três Assistentes Sociais e uma Estagiária, com posto de trabalho e área de abrangência de atuação assim distribuída:

<b>ASSISTENTES SOCIAIS/ ESTAGIÁRIA</b>	<b>POSTO DE TRABALHO</b>	<b>ÁREA DE ABRANGÊNCIA</b>
01 (uma) Assistente Social	Matriz	SNV – Superintendência Norte Vale/Unidades da Matriz *
01 (uma) Assistente Social	Agência Regional de Laguna	SSL – Superintendência Sul Leste
01 (uma) Assistente Social	Matriz	SPO – Superintendência Planalto Oeste/Unidades da Matriz**
01 (uma) Estagiária	Matriz	Apoio às três Assistentes Sociais

\* Diretoria de Operação e Diretoria da Financeira e de Relações com o Comercio.

\*\* Diretoria Administrativa, Diretoria da Presidência, Diretoria Jurídica e Diretoria de Expansão.  
Fonte: CASAN, Gerência de Recursos Humanos, DISMT (Divisão de Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho). Dezembro/2006.

Nesse sentido, segundo Costa (2000, p.02):

“O Serviço Social nas empresas, como os demais segmentos da área de Recursos Humanos, vem assumindo o papel de assessoramento de gerentes nas questões relacionadas à administração de pessoal, à integração dos trabalhadores aos novos requisitos da produção, à modernização das relações de trabalho e ao tratamento das questões sociais ou interpessoais que afetam o cotidiano dos trabalhadores.”

Compete a DISMT elaborar e executar programas de proteção à saúde dos empregados, dedicando especial atenção aos empregados expostos a condições insalubres e perigosas; realizar exames médicos previstos no PCMSO, para os empregados da Companhia como medida de prevenção à saúde; promover a manutenção e controle dos equipamentos de proteção

individuais e coletivos contra acidentes de trabalho, inspecionando-os periodicamente quanto à qualidade e segurança, além de manter cadastro atualizado para análise de estatísticas de acidentes do trabalho e; elaborar normas que possibilitem reduzir os índices de acidentes de trabalho.

Cabe mencionar também como atribuições do DISMT, esclarecer as Empresas terceirizadas os aspectos relativos às normas de segurança do trabalho; efetuar a inspeção dos ambientes de trabalho, organizar e supervisionar as CIPAS<sup>7</sup> (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), participando das mesmas, para diagnosticar as causas relacionadas à ocorrência de acidentes de trabalho; levantar, estudar, analisar, orientar e propor soluções para problemas relativos a absenteísmo, dependência química, desequilíbrio emocional, padrões sócio econômicos deficitários, utilização de recursos assistenciais da comunidade, relacionamento familiar e no trabalho, e adaptação funcional.

Os programas de proteção à saúde do trabalhador executados pela DISMT, são o PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, Norma Regulamentadora<sup>8</sup> 07 e, PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. (ver anexos A e B, respectivamente).

O PCMSO tem por objetivo promover a saúde, a prevenção de doenças e acidentes de trabalho e a recuperação da saúde dos empregados, visando qualidade de vida no trabalho e, o conseqüente aumento da produtividade e a eficácia da Empresa. O mesmo atua na prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionada ao trabalho, reduzir os índices de acidentes de trabalho, doenças profissionais, doenças do trabalho e, cumprir a Legislação Trabalhista no tocante a Saúde do Trabalho.

Neste programa estão previstas ações de saúde, a serem executadas durante o ano as quais devem fazer parte do objeto de relatório anual devendo

---

<sup>7</sup> Seu objetivo é "observar e relatar as condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos..." Sua missão é, portanto, a preservação da saúde e integridade física dos trabalhadores e de todos os que interagem com a empresa (aqueles que prestam serviço para a empresa). <<http://www.inatel.br/cipa/oquee.asp>>20/novembro/2006.

<sup>8</sup> Norma Regulamentadora, nomenclatura utilizada pela Portaria n. 3.214/78, emitida pelo Ministério do Trabalho, para regulamentar a Lei n. 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Esta lei alterou o chamado "Capítulo V do Título II" da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A Consolidação já existia desde 1943 e, com a alteração introduzida por esta lei, ampliou bastante as exigências de cuidados com a saúde e a segurança no trabalho. <<http://www.prontomed.med.br/nr7.html>>23/novembro/2006.

ser apresentado e discutido nas CIPAS e sua cópia anexada nos Livros ATAS das Comissões, arquivados na GRH/DISMT.

O objetivo do PPRA é antecipar, reconhecer e gerenciar os riscos existentes na Empresa, com a finalidade de atender ao que dispõe a Norma Regulamentadora 09, da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho, do Ministério do Trabalho. Neste Programa deverá conter o planejamento anual, estratégia e métodos das ações. Deve conter ainda, forma de registro, manutenção, periodicidade, avaliação do desenvolvimento e divulgação dos dados. Este programa foi desenvolvido pela DISMT, e deverá ser mantido e observado pelo espaço temporal mínimo de 20 (vinte) anos, sendo que o acompanhamento e todas as medidas necessárias para sua implantação são de responsabilidade exclusiva da Empresa, portanto, cabe a Empresa a responsabilidade pela execução de todas as ações propostas.

O Serviço Social, por fazer parte da equipe multiprofissional<sup>9</sup> da DISMT, participa dos Programas PCMSO e PPRA, no que diz respeito, principalmente, na promoção à saúde, prevenção de doenças, recuperação da saúde do empregado, aspectos psicossociais no acidente de trabalho, visando à melhoria da qualidade de vida no trabalho. Também alertando os membros da equipe de Segurança do Trabalho, caso verifique algum risco de acidente de trabalho no âmbito da Empresa.

Nessa perspectiva, postula Freire (1998):

“Independente das limitações, a saúde dos trabalhadores tem sido um dos principais objetos de demanda ao Serviço Social nas empresas no Brasil”. (Freire apud MOTA, 2000, p.179).

Com isso, o Serviço Social na CASAN tem por objetivo desenvolver atividades de planejamento, motivação, proposição, coordenação, orientação, execução e avaliação sistemática de programas de cunho social na Companhia, conforme a descrição de suas atividades no Plano de Cargos e Salários da CASAN aprovado pelo Ministério do Trabalho.

---

<sup>9</sup> Para Melo; Almeida (2000, p.228) um trabalho pode ser inter/multiprofissional (quando há mais de um profissional envolvido) e isso não se confunde com multidisciplinariedade (disciplinas que abordam o objeto sem ações).

Desta forma, adverte Motta (1992, p.117):

“O Serviço Social terá que, a partir das requisições que deteram origem à sua presença nas empresas, compreender também que sua ação pode negar a dominação à medida que assume o trabalhador de construir um projeto político alternativo que não se restringe ao âmbito localista da empresa.”

Fazem parte das ações profissionais:

- Atendimento Psicossocial e Socioterapêutico nas situações problematizadas relacionadas a absenteísmo, auxílio doença, AIDS, desequilíbrios emocionais, dependência química, excepcionalidade, relacionamento interpessoal, reabilitação e readaptação profissional;
- acompanhamento psicossocial e visitas aos servidores da Matriz, SPO, SNV, SSL e suas respectivas Agências;
- visitas hospitalares, domiciliares, aos setores de trabalho e às instituições externas em função dos atendimentos psicossociais;
- assessoria as CIPAS, nas questões psicossociais relacionadas com a Segurança do Trabalho, bem como acompanhamento aos empregados acidentados e estudo das causas psicossociais dos acidentes de trabalho;
- integração com o Serviço de Saúde no atendimento e acompanhamento das questões psicossociais relacionadas com os problemas de saúde de empregados e familiares;
- assessoria e consultoria às Gerências das Unidades Orgânicas na gestão dos Recursos Humanos;
- participação em Comissões Interprofissionais relacionadas às questões humanas e sociais no trabalho;
- levantamento social, visitas domiciliares e acompanhamento aos empregados em auxílio doenças da Matriz e das Agências Regionais e Agências da SPO, SNV e SSL;
- supervisão de estágios na área de Serviço Social, bem como acompanhar as atividades sociais decorrentes de convênios, contratos e



acordos ligados a programas e convênios tais como: de Saúde, Adolescente Aprendiz e Previdência Social.

Assim sendo, afirma Kameyama (1998):

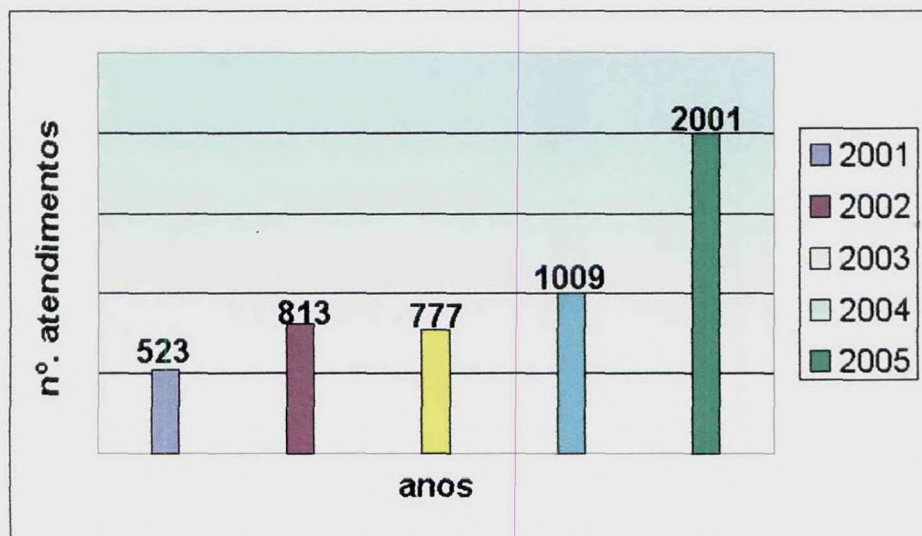
[...] “O Assistente Social tende a inserir-se e ao mesmo tempo dissolver-se em equipes multidisciplinares, em diversas áreas: Saúde, Recursos Humanos, Qualidade, Treinamento, Comunicação Social, Planejamento Estratégico” (Kameyama apud MOTA, 2000, p.20).

Com a perda dos contratos de concessão, e por consequência a Municipalização das cidades de Balneário Camboriú, Içara Itajaí, Itapema, Joinville, Lages, Fraiburgo, Navegantes e, Tubarão, muitos empregados foram remanejados ou transferidos de suas cidades de origem, o que tem provocado um expressivo crescimento no número de atendimentos sociais e também do índice de absenteísmo.

## 2 O SERVIÇO SOCIAL DA CASAN E O ABSENTEÍSMO

O absenteísmo<sup>10</sup> ou ausentismo é a frequência ou duração de tempo de trabalho perdido quando os empregados não vão ao trabalho. O absenteísmo constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja ela por falta ou algum motivo de atraso.

Apresentamos, abaixo, o gráfico N.º.1, referente aos atendimentos sociais realizados no período de 2001 a 2005.



**Gráfico N.º. 1: Número de atendimentos realizados pelo Serviço Social por ano.**

Fonte: dados pesquisados pela autora nos documentos oficiais da CASAN, durante setembro/2006 e janeiro/2007.

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

Assim sendo, o referido autor elenca as principais causas do absenteísmo, as quais decorrem da doença efetivamente comprovada, da doença não comprovada, atrasos involuntários, faltas voluntárias, problemas de

<sup>10</sup> <<http://wikipedia.org/wiki/absente%C3ADsmo>> 20/janeiro/2007.

transporte, dificuldades financeiras, razões diversas de caráter familiar, desmotivação, supervisão precária da chefia e políticas inadequadas da organização.

Desta maneira, pode-se afirmar que as causas do absenteísmo abrangem o ser humano em sua totalidade, envolvendo não só a pessoa, mas o trabalho, a família, o grupo social e o ambiente, não podendo ser vista de maneira isolada, pois existem dois contextos, um dentro do trabalho e outro fora do trabalho, que se influenciam mutuamente, constituindo-se um campo de trabalho para o Serviço Social.

A partir do processo de perda dos contratos de concessão e Municipalizações, o Serviço Social tem seu trabalho intensificado, o que vem implicando um redimensionamento técnico, teórico, político e ético da prática profissional.

O Serviço Social vem sofrendo mudanças em relação a sua atuação em empresas e instituições no que se refere às relações de trabalho nas organizações.

Segundo Rey (1993), na atuação do assistente social, durante as décadas de 1960 e 1970, destaca-se a tentativa de harmonizar as relações de trabalho entre capital e trabalho, adaptando os empregados às condições de trabalho propostas e buscando uma adaptação da empresa às necessidades dos empregados.

Nessa perspectiva, segundo Mota. (2000, p.144):

*“A tendência de buscar empreender ajustes às mudanças, adequando a ação profissional aos padrões vigentes, vulnerabiliza as tentativas de imprimir à prática uma dimensão teórico-metodológica e ético-político que expresse a preocupação profissional com a organização dos trabalhadores, com uma maior democratização das relações de trabalho e com o exercício dos direitos sociais e políticos.”*

Nesse sentido, Netto (1996, p.122) acrescenta que:

“As transformações postas no mercado de trabalho acentuam a diferenciação nas condições de trabalho do assistente social, nas instituições estatais e nas de “iniciativa privada”, especialmente em relação aos desafios instrumental-operativos. Se, na maioria das instituições estatais, o que essencialmente rebete do capitalismo tardio em busca de “flexibilização” é a restrição de coberturas, nas da iniciativa privada o que se altera mais rapidamente são as atribuições e papéis profissionais.”

O referido autor aponta que o desafio, não é a preservação de espaços profissionais ou o atendimento ou não das demandas do mercado de trabalho, mas sim “como” responder a elas frente à onda neoliberal, de maneira a garantir o projeto social e político comprometido com a ampliação e a universalização da cidadania. (idem, p. 122)

O assistente social, enquanto trabalhador assalariado é contratado para atender as necessidades do empregador. Porém isso não o impede nem justifica o descomprometimento para com a aquisição de melhores condições de vida, fato este que trará grandes vantagens tanto para a empresa quanto para o empregado.

Este compromisso se expressa no Código de Ética da Profissão do Assistente Social, que estabelece princípios e remete ao profissional o papel de agente auxiliador na consolidação de políticas e práticas para o atendimento.

Nesse sentido, lamamoto (1995, p.104) adverte que:

“Referimo-nos a um projeto profissional que, demarcado pelas condições reais e efetivas do exercício profissional, na divisão social do trabalho, seja capaz, por um lado, de responder às demandas atuais feitas à profissão a partir da realidade do mercado de trabalho, visto ser o Assistente Social um profissional assalariado, e por outro lado, de reconhecer e conquistar novas e criativas alternativas de atuação, expressão das exigências históricas apresentadas aos profissionais pelo desenvolvimento das sociedades nacionais.”

Assim na CASAN, enquanto o Serviço Social atua nas situações conseqüentes do processo de municipalização dos sistemas como transferências e suas conseqüências como, por exemplo, dificuldades financeiras, desestruturação familiar, etc., ele também é chamado a lutar pelo seu emprego, pois também é um trabalhador assalariado.

Diante do exposto, pode-se afirmar que as mudanças engendradas pelo processo de reestruturação e municipalização afetam as condições objetivas em que o trabalho do Assistente Social se realiza, significando uma série de limitações e dificuldades para conduzir seu trabalho.

Apesar das dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social, a saúde dos trabalhadores tem sido uma das questões que mais se expressam entre os atendimentos sociais prestados aos empregados da Companhia e seus familiares.

Por fim, para Iamamoto (1997, p.46), o Serviço Social, na empresa:

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

A partir desta perspectiva, sendo o tema central dessa pesquisa o *absenteísmo por atestado médico*, no próximo item explicitaremos nossa análise e pesquisa.

## 2.1 ABSENTEÍSMO POR ATESTADO MÉDICO COMO ORIGEM DO PROBLEMA DE PESQUISA

O absenteísmo por atestado médico aparece como um problema complexo para o Serviço Social, constituindo-se numa fonte de preocupação pelo elevado número de afastamentos de empregados recém integrados na Empresa.

Em nossa opinião esta questão passa a exigir do Serviço Social um estudo aprofundado, para conhecer a realidade destes afastamentos, e propor uma ação interventiva junto ao corpo gerencial da Empresa com o intuito de apontar perspectivas para minimizar essa prática.

A Empresa traz em seu Manual de Recursos Humanos a Norma Interna SIAD/024 que diz respeito ao absenteísmo.

Assim sendo, a presente Norma Interna tem por finalidade estabelecer critérios e procedimentos a serem adotados quando da ocorrência de faltas do empregado ao trabalho, caracterizando o absenteísmo, seja ou não por motivo de doença.

A referida Norma aplica-se as Chefias e a todos os empregados da empresa, tendo como características gerais:

- Sempre que a Chefia detectar a constância de faltas do empregado ao trabalho, comunicará a ocorrência à Chefia superior e a Gerência de Recursos Humanos – GRH/DISMT, através do formulário “Avaliação de Absenteísmo”, código SIAD/439, (ver anexo C) devidamente preenchido e assinado.

- Para a avaliação técnica, a DISMT emitirá laudo conclusivo e o encaminhará a GRH- Divisão de Apoio Pessoal – DIAPE, Divisão Administrativa e Financeira – DAFISs, Setor Administrativo e Financeiro - SEAFs com as indicações das providências a serem tomadas.

O atestado médico/odontológico só terá validade se apresentado com as seguintes características:

- em primeira via;
- em formulário próprio;

- conter a identificação do profissional, ou seja, nome completo e número do Conselho Regional de Medicina - CRM ou do Conselho Regional de Odontologia - CRO;

- número de dias que necessita afastar-se do trabalho;
- data do atendimento;
- ser assinado pelo profissional que o atendeu.

Sobre a Licença Médica/Odontológica a Norma dispõe das seguintes considerações:

- sempre que o empregado necessitar de consulta médica ou odontológica, realizar exames médicos ou acompanhar um de seus familiares para estas situações, deverá comunicar previamente a sua chefia imediata;

- quando o empregado obtiver licença médica ou odontológica devidamente formalizada através de atestado médico/odontológico, o mesmo terá o prazo máximo de vinte e quatro (24) horas para comunicar sua chefia imediata;

- para os empregados lotados na Matriz e Região Metropolitana de Florianópolis;

- se a licença médica/odontológica for de até três (03) dias, o empregado deverá encaminhar o atestado à DISMT para avaliação do Médico do Trabalho, no primeiro dia útil após o término do afastamento;

- se a licença médica/odontológica for superior a três (03) dias, o empregado deverá comparecer, pessoalmente, a DISMT, no primeiro dia útil após o término do afastamento para avaliação do Médico do Trabalho.

Para os empregados lotados nas Unidades vinculadas as Diretorias Regionais, a Norma traz as seguintes características:

- nas Diretorias Regionais, Superintendências Regionais de Negócios, Agências Regionais e Agências desprovidas de Médico do Trabalho, o atestado médico/odontológico deverá ser apresentado à chefia imediata do empregado, no primeiro dia útil após ser apresentado. Esta por sua vez o encaminhará a DAFISs ou SEAFs para os devidos registros e arquivos em pasta funcional;

- o atestado médico/odontológico deverá conter obrigatoriamente a data, carimbo e assinatura de sua chefia imediata;

- com o não cumprimento dos itens acima mencionados, a ausência será considerada falta injustificada;

- para os casos de reincidência de atestados, ou por necessidades detectadas pelas chefias de avaliação médica/social, essa deverá preencher o formulário de Avaliação de Absenteísmo, e encaminhá-lo a GRH/DISMT para as providências decorrentes.

No que diz respeito aos Acidentes de Trabalho a referida Norma traz as seguintes características:

- o empregado deverá imediatamente comunicar a ocorrência a sua Chefia, bem como ao Técnico de Segurança na GRH/DISMT da Matriz e das Superintendências Regionais de Negócios, para análise e investigação do acidente e preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);

- os empregados com afastamento por motivo de acidente de trabalho, formalizados através da CAT, deverão comparecer a GRH/DISMT no primeiro dia útil após o término da licença;

- nas Superintendências Regionais de Negócios, Agências Regionais e Agências desprovidas de médico do trabalho, a CAT deverá ser apresentada à Chefia imediata do empregado. Esta por sua vez o encaminhará a DAFISs ou SEAFs para os devidos registros e arquivos em pasta funcional;

- se o período da licença for superior a trinta (30) dias, seja qual for o motivo, o empregado realizará exame médico de retorno ao trabalho, no primeiro dia útil após o término da licença, conforme Norma Regulamentadora NR-7;

- na Matriz e Região Metropolitana este exame será realizado pela GRH/DISMT;

- nas Superintendências Regionais de Negócios, Agências Regionais e Agências, esses exames serão realizados através do Médico do Trabalho contratado pela empresa, mediante encaminhamento dado pelas DAFISs/SEAFs, que farão a solicitação para a realização do exame médico de retorno ao trabalho junto a GRH/DISMT.

O Serviço Social vem intensificando sua atuação na área da saúde da Empresa, enquanto parte integrante da equipe multidisciplinar da DISMT que está diretamente ligada às questões da saúde dos empregados.



Nesta perspectiva, segundo o Caderno de Estudos do CRESS/SC (1997, p.03), Nº.1, o Serviço Social:

“[...] se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de proteção, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O assistente social como profissional da saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que traduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja no nível de promoção, prestação e/ou recuperação da saúde. O assistente social é, pois, um profissional de saúde que vem corroborar a posição que emerge da categoria – fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão – buscando a garantia da qualidade na prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira.”

O elevado número de empregados afastados recém integrados na empresa, nos alerta para a necessidade de uma intervenção técnica utilizando-se do conhecimento da prática profissional de todos os profissionais da equipe da DISMT.

Conforme CRESS/MT<sup>11</sup> :

“São os médicos que fazem no breve período de consulta uma evolução documentada [...] e hoje, às críticas das outras profissões, que não conseguem se unir e exigir aquilo pelo qual todos lutamos para conseguir: o sistema único de saúde com a equipe multidisciplinar; que ponha com os preceitos da saúde no seu conceito maior e assine com igual responsabilidade no mesmo prontuário.”

O pano de fundo da questão de saúde desta empresa, assim como do sistema único de saúde, conforme citação acima, precisa ser desmistificado.

---

<sup>11</sup> Conselho Regional de Serviço Social de Mato Grosso do Sul/21ª Região. <

Diante do contexto atual brasileiro bastante complexo e adverso, a exemplo do cenário político-econômico, as transformações no mundo do trabalho ocorridas nas últimas décadas, promovidas no bojo da reestruturação produtiva ligada ao processo de globalização e da conseqüente acumulação flexível, além da implantação da ideologia neoliberal<sup>12</sup>, pautada na privatização dos serviços estatais, aliado à redução dos direitos sociais, os quais se percebe que vêm afetando diretamente o cotidiano da população, são observadas mudanças, desde o modo de vida e das relações sociais, até o meio ambiente onde se vive inclusive no âmbito do trabalho, por onde o indivíduo passa a maior parte de sua vida, influenciando por sua vez o bem-estar do ser humano.

Todos esses processos que envolvem as transformações sobre o mundo do trabalho desembocam nas expressões da questão social e apontam novas demandas para o Serviço Social no âmbito das empresas.

Dentro dessa perspectiva, durante o processo de Estágio Curricular Obrigatório, na CASAN, observamos um alto índice de afastamentos por parte dos empregados da Empresa.

Nesse sentido, pode-se dizer que a temática do absenteísmo por atestado médico, a priori, foi escolhida através da observação empírica do cotidiano da realidade da Empresa, com base nas novas possibilidades de intervenção para o Serviço Social da Companhia.

Salientando que o absenteísmo tem sido um grande desafio para o corpo administrativo de muitas organizações, sendo que suas causas estão ligadas a fatores múltiplos tais como de ordem social, emocional e financeira, que interfere no processo de saúde/doença.

Segundo Gaidzinski (1998), o absenteísmo é caracterizado pelas ausências não previstas pelo empregador e pelo empregado ao trabalho. A autora exclui deste conceito às ausências por folgas, férias e licenças programadas, e classifica-as como previstas e não previstas.

Para a autora as ausências previstas são aquelas de direito do trabalhado, podendo ser planejadas com antecedência como as férias, folgas e

---

<sup>12</sup> Segundo Antunes (1999) essas são as respostas dadas à crise estrutural do capital eclodida no final da década de 1970.

feriados. As ausências não previstas são aquelas que caracterizam o absenteísmo, pelo seu caráter imprevisível, entre elas estão: faltas abonadas e injustificadas, licenças médicas, maternidade, paternidade, acidente de trabalho e, outras licenças amparadas por lei.

A empresa oferece ao empregado o Prêmio Assiduidade, conforme o Plano de Cargos e Salários (1991, p.58):

“É a concessão feita pela Companhia de cinco (05) dias úteis de descanso, não conversíveis em pecúnia, aos empregados que não tenham tido nenhuma falta injustificada ou não durante o período de doze (12) meses.

A cada falta o servidor perderá o direito de um dos dias do prêmio, até o máximo de cinco (05) faltas.

Serão consideradas faltas para efeito do abono acima, todo e qualquer afastamento do servidor assegurado por preceito legal ou por concessão da empresa, exceto:

- casamento;
- parto;
- atividade sindical;
- serviço militar;
- doação de sangue;
- competição esportiva – aos empregados que atingirem os índices para representar sua cidade em jogos oficiais mediante solicitação do órgão oficial;
- jurado sorteado à disposição do Tribunal do Júri;
- comparecimento comprovado para depor na justiça como testemunha;
- cessão à Justiça Federal;
- prova escolar obrigatória (vestibular);
- alistamento eleitoral;
- exercício do voto;
- alistamento militar;
- viagem a serviço da empresa, serviços externos, participação em cursos, seminários, etc...
- atestado médico por motivo de doença infecto-contagiosa.”

Desta forma, a saúde do trabalhador é tratada como se o afastamento por doença fosse de seu livre arbítrio.

Quick & Lapertosa (1982) entendem que o absenteísmo pode ser voluntário ou involuntário, representando tanto as ausências ao trabalho por razões particulares, quanto àquelas justificadas por problemas de saúde, faltas legais ocasionadas por doação de sangue, serviço militar, licença maternidade. Também destaca o absenteísmo compulsório, que resulta do impedimento de

comparecer ao trabalho por suspensão, prisão ou qualquer outro motivo que não permita a presença do empregado no local de trabalho.

Os autores dividem o absenteísmo em cinco (5) classes:

- 1- Absenteísmo voluntário: que representam as ausências ao trabalho por razões particulares, sem amparo legal;
- 2- Absenteísmo por doença, inclui todas as ausências por doenças ou procedimento médico, exceto doenças profissionais;
- 3- Absenteísmo por patologia profissional, que compreende as ausências por acidente de trabalho ou doenças profissionais;
- 4- Absenteísmo legal, aquelas faltas ao serviço amparadas por lei;
- 5- Absenteísmo compulsório, que resulta no impedimento de comparecer ao trabalho por suspensão, prisão ou outro motivo que não permita a presença ao trabalho. (ibid)

Para Chiavenato (2002), o absenteísmo refere-se a ausências nos momentos em que os empregados deveriam estar trabalhando normalmente, e amplia seu conceito, concluindo que é o somatório dos períodos em que o empregado de determinada empresa se ausenta do trabalho, incluindo atrasos.

Salientando que o absenteísmo ocasiona não só custos diretos, mas também indiretos representados pela diminuição da produtividade, aumento do custo da produção, reprodução da qualidade do produto/serviço, diminuição da eficiência no trabalho e problemas administrativos. Em suma, o absenteísmo é a frequência ou tempo de trabalho perdido quando os empregados não vão ao trabalho.

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

As empresas encaram os problemas relacionados ao absenteísmo no sentido de preveni-las com práticas que sirvam para melhorar o desempenho dos seus empregados, sua produtividade e sua qualidade de vida no trabalho.

Face a essa primeira análise, observa-se que o absenteísmo pode ter causas múltiplas, necessitando, portanto, de um aprofundado estudo.

Desta forma, no próximo item, buscaremos definir a problemática do absenteísmo por atestado médico na CASAN, onde realizamos um levantamento dos afastamentos dos empregados admitidos através de Concurso Público, no período de 2001 a 2005.

## 2.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

A partir do conhecimento empírico obtido durante o processo de estágio curricular obrigatório, através do levantamento de dados na DISMT, na Divisão de Cargos e Salários - DICS e na Divisão de Apoio Pessoal - DIAPE da Companhia Catarinense de Águas e Saneamento, buscamos definir a problemática do absenteísmo por atestado médico.

Como método de pesquisa<sup>13</sup>, utilizamos à investigação documental, tendo como objetivo geral conhecer os aspectos a cerca dos atestados médicos dos empregados admitidos na Empresa através de Concurso Público a partir de 2001.

Para Marconi e Lakatos (1991, p.174):

“A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados esta restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno pesquisado ocorre, ou depois.”

Nosso objetivo específico foi levantar o número de empregados afastados que foram admitidos no período de 2001 a 2005 identificando os fatores que envolvem a questão do absenteísmo.

Nossa pesquisa realizou-se durante o período de setembro de 2006 a janeiro de 2007, e para o desenvolvimento da mesma, utilizamos documentos oficiais da empresa.

---

<sup>13</sup> MINAYO et al., 2003, p. 17. A pesquisa é a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade, é a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo.

Inicialmente, fizemos o levantamento quantitativo de empregados admitidos através do Concurso Público realizado no dia 25 de março de 2001.

Para obtermos alguns dos dados necessários para nossa investigação, entramos em contato com a DICS, que nos forneceu a listagem completa dos empregados que foram admitidos no referido concurso.

Analisando estas informações, observamos que setecentos e sessenta e quatro (764) pessoas foram admitidas neste concurso, e destes, após o período de experiência de três (3) meses, vinte e cinco (25) não foram admitidos por não alcançarem a média exigida pela empresa, totalizando setecentos e trinta e nove (739) empregados admitidos.

A partir destes dados, iniciamos o processo de reconhecimento dos atendimentos sociais destes novos empregados, objetivando identificar quais são as questões mais freqüentes trabalhadas pelo Serviço Social nessa empresa.

O Serviço Social da Empresa já havia percebido que o número de empregados novos que procuravam pelo seu atendimento estava crescendo, principalmente a partir de 2003, e que seria necessário um estudo mais aprofundado para identificar quais seriam as questões que atingiam estes novos empregados e o porquê do número elevado de atendimentos a partir do ano de 2003, conforme o gráfico número 1.

Do ponto de vista de Chiavenato, sob a temática do absenteísmo, descrita no decorrer deste trabalho, pode-se afirmar que nem sempre as causas do absenteísmo estão no próprio empregado, e sim, no empregador.

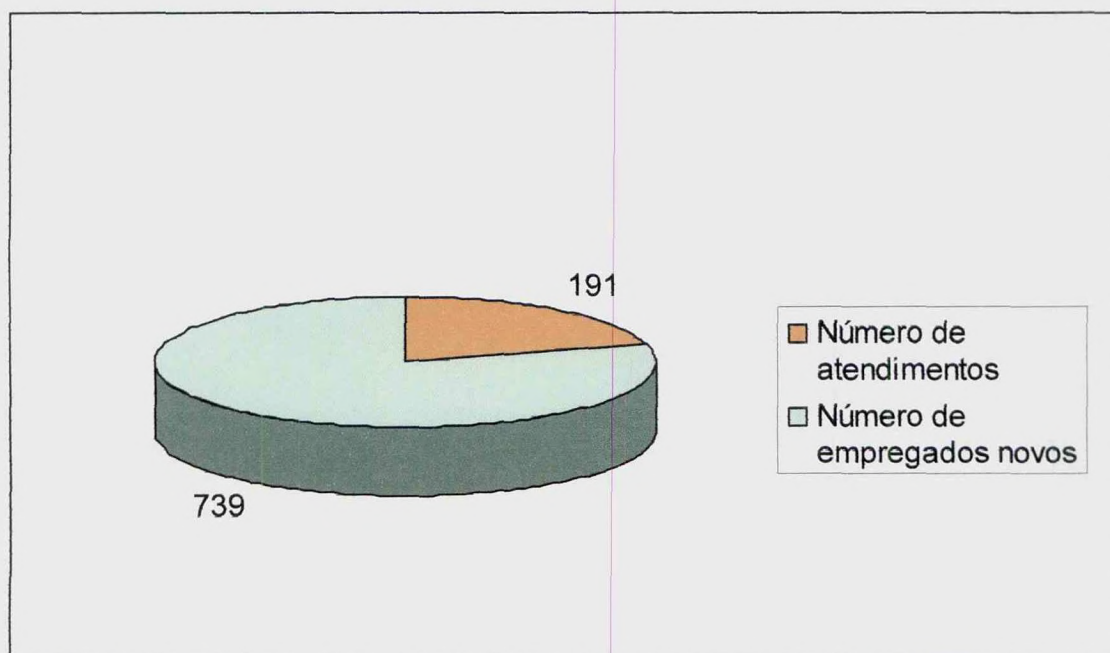
Um dos fatores identificados foi que em 2003 assume a presidência da CASAN, Walmor Paulo de Luca, causando um grande choque de gestão, e iniciando a reestruturação da empresa através do Projeto “Redesenho Organizacional para a Diretoria de Operação”, onde seu principal objetivo é a descentralização organizacional para as áreas operacionais e comerciais.

Observamos também, que neste período, através do estudo feito no Projeto de “Redesenho Organizacional”, que para as transferências ocorridas no processo de descentralização e de municipalização, causaram vários transtornos aos empregados que passaram por este processo.

Através da pesquisa nos prontuários podemos constatar que, destes empregados, muitos foram transferidos para outras cidades, causando o

afastamento da família, acarretando mais despesas com aluguel, transporte, e alimentação, e também para alguns, esta questão causou o trancamento dos estudos, sendo estes obrigados a abandonarem os mesmos.

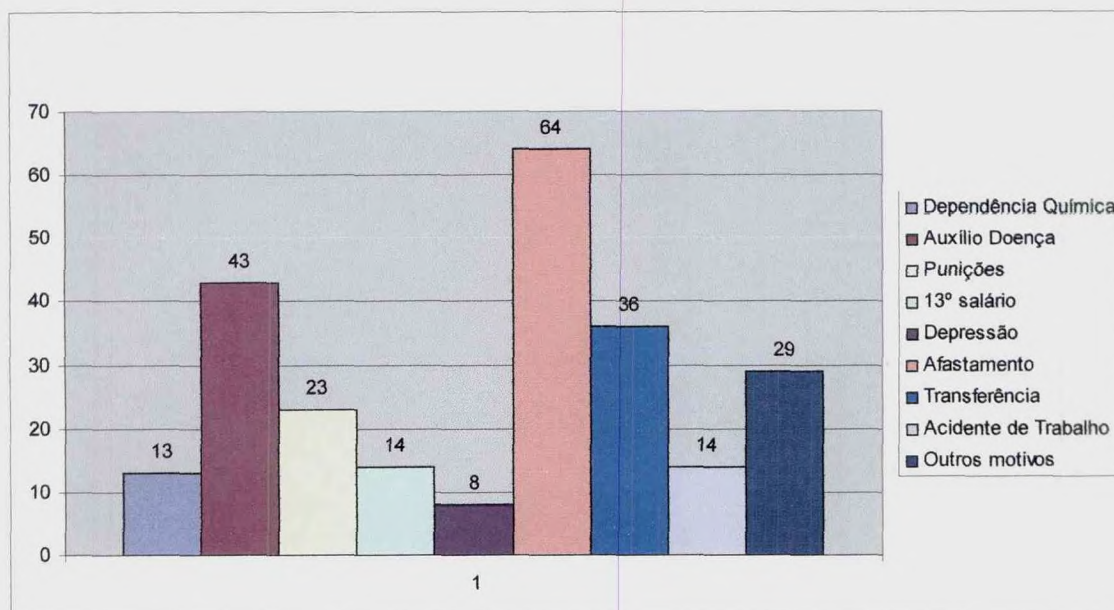
A partir de um estudo detalhado dos prontuários de atendimento do Serviço Social, identificamos que no período de 2001 a 2005, foram atendidos cento e noventa e um (191) empregados novos, conforme o gráfico abaixo.



**Gráfico N.º 2: Número de atendimentos sociais aos empregados admitidos no período de 2001 a 2005.**

Fonte: dados pesquisados pela autora nos documentos oficiais da CASAN, durante outubro/2006 e janeiro/2007.

Através do gráfico abaixo, N.º 3, observamos que dos cento e noventa e um (191) que foram atendidos pelo Serviço Social da empresa, conforme dados pesquisados nos prontuários, treze empregados já ingressaram na empresa com dependência química.



**Gráfico Nº. 3: Número de atendimentos a empregados admitidos no período de 2001 a 2005 e motivo do atendimento.**

Fonte: dados pesquisados pela autora nos documentos oficiais da CASAN, durante outubro/2006 e janeiro/2007.

Os dados referentes a afastamentos, auxílio doença, décimo terceiro salário, depressão e punições, estão relacionados com as transferências, devido às perdas dos contratos de concessões e as municipalizações que a empresa vem sofrendo a partir do ano de 2003.

Ocorreram no período entre 2001 e 2005, trinta e seis (36) transferências dos empregados admitidos neste concurso, sendo que estas transferências diretamente relacionadas aos afastamentos e ao auxílio doença.

Com estes dados, observamos que a partir de 2003, com as perdas dos contratos de concessões e com as municipalizações dos sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, o índice de absenteísmo por atestado médico vem crescendo consideravelmente, pondo em questão a satisfação no trabalho e a saúde do trabalhador.

Desta forma, Freire (1998) destaca que:

“Em face dessa importância, a saúde do trabalhador constitui uma expressão concreta, privilegiada, da realidade sócio-econômica e política das relações de trabalho. Suas evidências indiscutíveis facilitam o desvendamento das contradições ocultas por trás do discurso dominante, primordialmente mistificador, possibilitando a constituição de



sujeitos políticos em torno da luta pelo direito à saúde e condições de trabalho que não agridam. (Freire apud MOTA, 2000, p.180)

Para obtermos as informações sobre os afastamentos por atestados médicos, entramos em contato com a DIAPE, onde fizemos o pedido para acessar as informações sobre os mesmos para podermos dar continuidade a nossa pesquisa.

Porém nosso pedido não foi atendido de imediato, fato que nos causou muito desconforto, pois estes dados eram necessários para a continuidade deste trabalho.

Estes dados eram imprescindíveis para nossa pesquisa sobre o absenteísmo por atestado médico, pois, para isso era necessário que recebêssemos estas informações para podermos fazer uma comparação entre os atestados apresentados tanto pelos empregados novos, que foram admitidos no concurso já citado, como pelos empregados admitidos anteriormente a este concurso.

Aguardamos cerca de três semanas para fazer o levantamento dos dados, o que causou um grande atraso em nossa pesquisa documental.

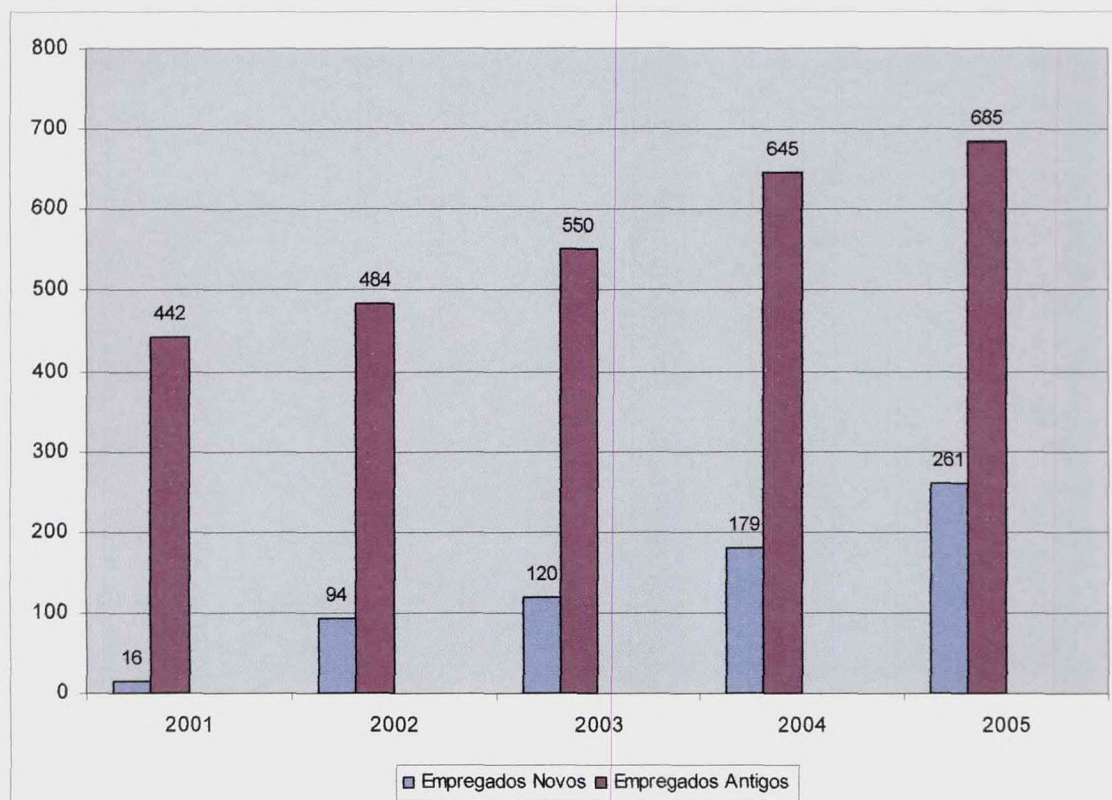
Dificuldades como esta impedem o trabalho do Serviço Social, pois a falta de acesso às informações que são importantes para o desenvolvimento de seu trabalho não estão disponíveis para consulta, dependendo, geralmente, da disposição de terceiros para dar continuidade ao seu trabalho.

Nesse sentido, Mota (2000, p. 42) postula que:

“Todavia, nem por isso se pode omitir, na trajetória de uma profissão, a existência de uma relativa autonomia teórica, política, ética e técnica que é exercida pelo profissional – sob determinadas condições objetivas – ao atuar sobre uma dada realidade, problematizando-a com o aporte dos conhecimentos sistematizados e dos princípios que formaram a sua identidade ocupacional.”

Contudo, nos foram fornecidas as informações, e reiniciamos nossa pesquisa sobre o número de atestados médicos apresentados a empresa no período de 2001 a 2005 para podermos fazer a comparação do absenteísmo

por atestado médico entre os empregados novos e os empregados antigos, conforme apresentado no gráfico abaixo.



**Gráfico N.º 4: Número de empregados afastados por atestado médico no período de 2001 a 2005.**

Fonte: dados pesquisados pela autora nos documentos oficiais da CASAN, durante outubro/2006 e janeiro/2007.

A partir do gráfico N.º 4, podemos verificar o crescimento do número de empregados que apresentaram atestados médicos.

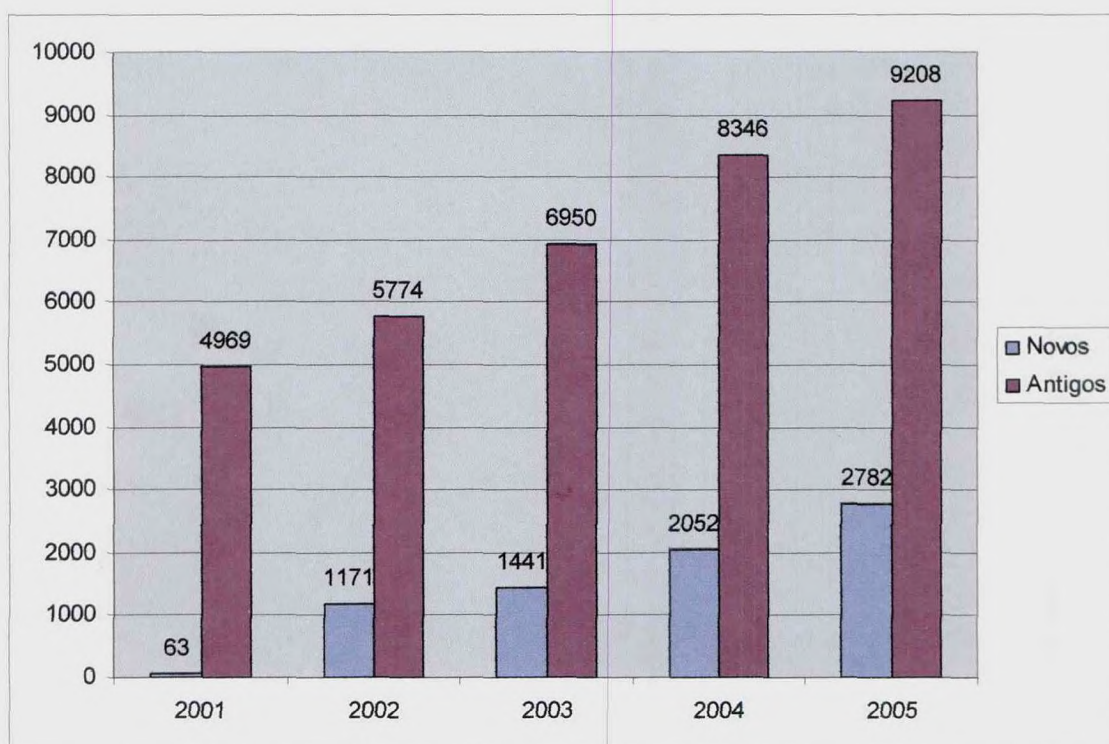
Este levantamento considera os empregados antigos e os empregados admitidos no Concurso Público de 25 de março de 2001, para que possamos fazer uma comparação de todos os atestados médicos apresentados durante o período de 2001 a 2005.

A partir da comparação dos dados, observamos que a cada ano o número de empregados que apresentaram atestados médicos vem crescendo gradativamente, tanto em relação aos empregados antigos, como em relação aos novos.

O que nos chama a atenção no gráfico número 4 é o grande aumento do número de novos empregados que apresentaram atestados médicos. Em 2001 apenas dezesseis (16) empregados e em 2005 o número é de duzentos e sessenta e um (261), enquanto que no número de empregados antigos que apresentaram atestado médico o crescimento é moderado.

Observamos que os cargos dos empregados pesquisados que mais se destacam em relação à apresentação de atestados médicos são, o de agente administrativo operacional e o de instalador hidráulico sanitário, que fazem parte do grupo operacional de atividades operacionais.

Nossa pesquisa consiste também em identificar o somatório do número de dias de atestados médicos apresentados à Empresa no período de 2001 a 2005, tanto dos empregados novos, como dos empregados antigos, a saber:



**Gráfico Nº. 5: Número de dias de afastamentos por atestado médico no período de 2001 a 2005.**

Fonte: dados pesquisados pela autora nos documentos oficiais da CASAN, durante outubro/2006 e janeiro/2007.

Através da observação do gráfico acima, podemos concluir que os empregados novos, por terem ingressado na Empresa recentemente, em relação aos antigos, apresentam um maior número de afastamentos. Mesmo

porque, a Empresa em 2005, tem em seu quadro funcional um total de um mil seiscentos e setenta e um (1.671) empregados antigos, enquanto que os empregados novos são setecentos e trinta e nove (739).

### 2.3 INTERPRETAÇÃO TEÓRICA DA REALIDADE VIVÊNCIADA NA CASAN

Neste item, realizamos um estudo da fundamentação teórica citada neste trabalho.

Durante o processo de pesquisa, observamos os reflexos das transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas na Empresa nos últimos anos, e o que os empregados vivenciaram, como a descentralização e conseqüentemente com as municipalizações.

Evidencia-se, através da pesquisa, a ausência da visão da Empresa como uma organização prestadora de serviços e, destacou-se como causa do absenteísmo por atestado médico, a insatisfação no trabalho, devido às transferências, e a falta de reconhecimento e valorização do trabalhador, pois conforme o Projeto já citado, a política de Recursos Humanos não atende as necessidades técnicas e funcionais para o desempenho profissional de seus empregados.

Demonstramos que a ausência das necessidades de segurança, citadas por Maslow, provocam incertezas nos empregados quanto a sua permanência no trabalho e causam desmotivação.

Segundo a teoria dos dois fatores de Herzberg, notamos a ausência de alguns fatores higiênicos que influenciam no comportamento dos empregados, como o sentimento de insegurança no trabalho devido às transferências, e problemas de relacionamento com chefias e colegas causados pelas faltas/ausências ao trabalho.

Observamos também que o nível de comprometimento do empregado com a Empresa praticamente inexistente, quando a desmotivação é o fator causal predominante das ausências ao trabalho.

Nesse sentido, o trabalhador que entende estar impedido de satisfazer as suas necessidades pessoais, ou por qualquer outro motivo que não

dependa da sua vontade, acredita não poder fazer algo para reverter esta situação e, continua faltando, até poder ser desligado da Empresa em alguns casos.

Desta forma, percebemos que os fatores responsáveis pela insatisfação no trabalho é provocada pela ausência de fatores motivacionais que envolvem as políticas da Empresa e a administração, a segurança no cargo, as relações com os colegas e chefias, entre outras questões, como proposto por Herzberg, analisadas neste trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que a temática do absenteísmo por atestado médico é complexa e exige um trabalho multiprofissional na Empresa, já que, na causa do mesmo, há muito mais fatores associados do que a própria doença.

Nesse contexto, o profissional de Serviço Social deve ampliar seu campo de ação e redirecionar sua prática de forma multidisciplinar, com o Médico do Trabalho, Enfermeira do Trabalho, Técnicos de Segurança e a própria Gerência de Recursos Humanos.

Embora o absenteísmo seja uma característica da relação de trabalho sobre os moldes do capitalismo, não podemos negar a necessidade de intervenção deste profissional.

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

Contudo, o assistente social, pode e deve contribuir no processo de trabalho da CASAN, através de uma ação educativa e da busca de alternativas para a solução de problemas relacionados às mais diversas situações do empregado com a família, o trabalho e o meio ambiente em que vive, questões estas que também estão diretamente relacionadas ao absenteísmo.

Nesse contexto, o assistente social, contraditoriamente, contribui para o bem estar do trabalhador, e concomitantemente para o bem-estar da Empresa, e de uma forma geral contribui também para a sociedade, pois na medida em que consegue melhor qualidade de vida para o empregado, consegue também reduzir os gastos com o benefício auxílio doença<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Auxílio-doença: é o benefício concedido ao segurado da Previdência Social atingido pelo risco social doença. Tem direito a esse benefício o segurado impedido de trabalhar por mais de 15 dias consecutivos, por motivo de doença ou acidente. Para trabalhadores com carteira assinada, os primeiros 15 dias de afastamento são pagos pelo empregador, e a Previdência Social pagará a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. O trabalhador para fazer jus ao recebimento do benefício, deve contribuir para a Previdência Social, no mínimo, por 12 meses. O segurado deverá se submeter à perícia médica da Previdência Social, e, ficando comprovada a incapacidade receberá o benefício. <[http://www.iserv.com.br/trabalhador/auxilio\\_doenca.htm](http://www.iserv.com.br/trabalhador/auxilio_doenca.htm)>. Acessado em 28/fevereiro/2007.

Nosso trabalho teve como um de seus objetivos, a estimulação e a compreensão dos motivos do absenteísmo por atestado médico na Empresa, fundamentada na motivação para o trabalho e na saúde do trabalhador. Nesse sentido a motivação foi entendida como um conjunto de motivos que levam os indivíduos a buscarem satisfações pessoais, além de realizarem os objetivos da Empresa.

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

Com relação ao absenteísmo por atestado médico, sugerimos a adoção de políticas preventivas, que visem melhores condições de saúde e de trabalho dos empregados que atuam nesta instituição.

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

No cenário da motivação, a saúde do trabalhador, aliada a uma ação educativa e preventiva multiprofissional do Serviço Social, Médico do trabalho e a Gerência de Recursos Humanos, é uma estratégia para alcançar os desejos dos empregados e do empregador.

Trata-se de um movimento de construção que resulte no alcance dos objetivos do trabalhador, como benefícios, reconhecimento, realização profissional e pessoal, a qualidade de vida, entre outros, e dos objetivos da empresa através da qualidade dos serviços prestados, a redução do absenteísmo e a produtividade.

Concedido como um benefício social espontâneo pela empresa, o Serviço Social torna-se fundamental na redução do absenteísmo, na preservação das condições físicas e mentais do trabalhador, bem como da humanização do ambiente de trabalho.

Sugerimos que o Serviço Social tenha acesso as todas as informações que forem necessárias para o desenvolvimento de seu trabalho na Empresa,

não dependendo de terceiros para a consulta de informações, e que participe dos processos de transferências dos empregados, bem como da construção das políticas de Recursos Humanos, para poder ter um maior entendimento sobre as questões.



## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. São Paulo: Cortez, 4ª ed., 1997.

ANTUNES, Ricardo. **Neoliberalismo, Trabalho e Sindicatos.** São Paulo: Boitempo, 1997.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho:** Ensaio sobre a Afirmação e a Negação do Trabalho. São Paulo: Boitempo.1999.

BALBINOTT, Claudia. **O Imaginário Social dos Trabalhadores da CASAN** (Regional Florianópolis): A Privatização e suas Conseqüências. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). UFSC: Florianópolis, 1996.

BEZERRA. Luiz Abner de Holanda. **As Interfaces entre História e Saúde Organizacional:** o Caso da CASAN. Tese (Livro – Docência). UFSC, 2003.

CASAN. **Manual de Recursos Humanos.** Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

CASAN. **Plano de Cargos e Salários.** Santa Catarina. Florianópolis, 1991.

CASAN. **Projeto de Redesenho Organizacional para a Diretoria de Operação.** Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

CASAN. **Regimento Interno da CASAN.** Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

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

CRESS/SC. **Caderno de Estudos.** Santa Catarina. Nº. 1. Florianópolis, 1997.

CRESS/MT. **Conselho Regional de Serviço Social do Mato Grosso do Sul.** 21ª Região. [www.cress-ms.org.br](http://www.cress-ms.org.br). Acessado em 23/janeiro/2007.

CULTURA BRASIL. [www.culturabrasil.org](http://www.culturabrasil.org). Acessado em 20/novembro/2006.

FIOCRUZ. [www.coc.fiocruz.br](http://www.coc.fiocruz.br). Acessado em 20/novembro/2006.

GAIDZINSKI, R. R. **Dimensionamento do Pessoal de Enfermagem em Instituições Hospitalares.** Tese (Livro - Docência). USP, 1998.

GRUPO META. **Serviço Social na Empresa: Utopia ou Realidade?** São Paulo: Cortez, 1980.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: Ensaio Crítico 3.** São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Dimensões Históricas, Teóricas e Ético-políticas.** CRESS/CE, Fortaleza, 1997.

INATEL. [www.inatel.br](http://www.inatel.br). Acessado em 20/novembro/2006.

ISERV. [www.iserv.com.br](http://www.iserv.com.br). Acessado em 28/fevereiro/2007.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MARRAS, Jean Pierre. **Administração de Recursos Humanos: do Operacional ao Estratégico.** 3ª ed. São Paulo: Futura, 2000.

MELO, Ana Inês S. Cardoso; Almeida, Gláucia Elaine Silva de. **Interdisciplinaridade: Possibilidades e Desafios para o Trabalho Profissional.** In: O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Públicas. Módulo 4. CFESS – ABEPSS – CEAD/NED. UNB, 2000.

MINAYO, Maria C. de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** Ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MOTA, Ana Elizabete. **A Nova Fábrica de Consensos: Ensaio sobre a Reestruturação Empresarial, o Trabalho e as Demandas ao Serviço Social.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MOTA, Ana Elizabete. **O Feitiço da Ajuda: as Determinações do Serviço Social na Empresa.** São Paulo: Cortez, 1985.

MOTTA, F. C. P. **As Empresas e a Transmissão da Ideologia.** Revista de Administração de Empresas. V. 32, Nº. 5. São Paulo, nov/dez 1992.

NETTO, J. P.; FALCÃO, M. C. **Cotidiano: Conhecimento e Crítica.** São Paulo: Cortez, 1987.

PRONTOMED. [www.prontomed.med.br](http://www.prontomed.med.br). Acessado em 23/novembro/2006.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. **Análise do Absenteísmo em Usina Siderúrgica.** Revista Brasil Saúde Ocupacional. V. 10, Nº. 40. São Paulo, out/dez 1982.

REY, Beatriz Fortes. **O Serviço Social em Organizações Empresariais.** Porto Alegre. EDIPU CRS, 1993.

ROCHA. C. S.; FRITSCH, R. **Qualidade de Vida no Trabalho: Conceitos e Práticas Complementares.** Serviço Social & Sociedade. Revista Quadrimestral de Serviço Social. Ano XXIII. Nº. 69. Ed. Cortez, março de 2002.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de Vida no Trabalho: Evolução e Análise no Nível Gerencial.** Petrópolis. RJ: Vozes, 1994.

**Segurança e Medicina do Trabalho.** Manuais Atlas, 59ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

WIKIPEIA. [www.wikepia.org](http://www.wikepia.org). Acessado em 20/janeiro/2007.

## ANEXO A

### NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

#### 7.1. Do objeto.

7.1.1. Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

7.1.2. Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PCMSO, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

7.1.3. Caberá à empresa contratante de mão-de-obra prestadora de serviços informar a empresa contratada dos riscos existentes e auxiliar na elaboração e implementação do PCMSO nos locais de trabalho onde os serviços estão sendo prestados.

#### 7.2. Das diretrizes.

7.2.1. O PCMSO é parte integrante do conjunto mais amplo de iniciativas da empresa no campo da saúde dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR.

7.2.2. O PCMSO deverá considerar as questões incidentes sobre o indivíduo e a coletividade de trabalhadores, privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre sua saúde e o trabalho.

7.2.3. O PCMSO deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores.

7.2.4. O PCMSO deverá ser planejado e implantado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os identificados nas avaliações previstas nas demais NR.

#### 7.3. Das responsabilidades.

##### 7.3.1. Compete ao empregador:

a) garantir a elaboração e efetiva implementação do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia; (107.001-0 / I2)

b) custear sem ônus para o empregado todos os procedimentos relacionados ao PCMSO; (107.046-0)

c) indicar, dentre os médicos dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SES0MT, da empresa, um coordenador responsável pela execução do PCMSO; (107.003-7 / I1)

d) no caso de a empresa estar desobrigada de manter médico do trabalho, de acordo com a NR 4, deverá o empregador indicar médico do trabalho, empregado ou não da empresa, para coordenar o PCMSO; (107.004-5 / I1)

e) inexistindo médico do trabalho na localidade, o empregador poderá contratar médico de outra especialidade para coordenar o PCMSO. (107.005-3 / I1)

7.3.1.1. Ficam desobrigadas de indicar médico coordenador as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o Quadro 1 da NR 4, com até 25 (vinte e cinco) empregados e aquelas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro 1 da NR 4, com até 10 (dez) empregados.

7.3.1.1.1. As empresas com mais de 25 (vinte e cinco) empregados e até 50 (cinquenta) empregados, enquadradas no grau de risco 1 ou 2, segundo o Quadro 1 da NR 4, poderão estar desobrigadas de indicar médico coordenador em decorrência de negociação coletiva.

7.3.1.1.2. As empresas com mais de 10 (dez) empregados e com até 20 (vinte) empregados, enquadradas no grau de risco 3 ou 4, segundo o Quadro 1 da NR 4, poderão estar desobrigadas de indicar médico do trabalho coordenador em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.3.1.1.3. Por determinação do Delegado Regional do Trabalho, com base no parecer técnico conclusivo da autoridade regional competente em matéria de segurança e saúde do trabalhador, ou em decorrência de negociação coletiva, as empresas previstas no item.

7.3.1.1 e subitens anteriores poderão ter a obrigatoriedade de indicação de médico coordenador, quando suas condições representarem potencial de risco grave aos trabalhadores.

7.3.2. Compete ao médico coordenador:

a) realizar os exames médicos previstos no item 7.4.1 ou encarregar os mesmos a profissional médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem como com o ambiente, as condições de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada trabalhador da empresa a ser examinado; (107.006-1 / I1).

b) encarregar dos exames complementares previstos nos itens, quadros e anexos desta NR profissionais e/ou entidades devidamente capacitados, equipados e qualificados. (107.007-0 / I1)

7.4. Do desenvolvimento do PCMSO.

7.4.1. O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos:

- a) admissional; (107.008-8 / I3)
- b) periódico; (107.009-6 / I3)
- c) de retorno ao trabalho; (107.010-0 / I3)
- d) de mudança de função; (107.011-8 / I3)
- e) demissional. (107.012-6 / I3)

7.4.2. Os exames de que trata o item 7.4.1 compreendem:

- a) avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental; (107.013-4 / I1)
- b) exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos nesta NR e seus anexos. (107.014-2 / I1)

7.4.2.1. Para os trabalhadores cujas atividades envolvem os riscos discriminados nos Quadros I e II desta NR, os exames médicos complementares deverão ser executados e interpretados com base nos critérios constantes dos referidos quadros e seus anexos. A periodicidade de avaliação dos indicadores biológicos do Quadro I deverá ser, no mínimo, semestral, podendo ser reduzida a critério do médico coordenador, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva de trabalho. (107.015-0 / I2)

7.4.2.2. Para os trabalhadores expostos a agentes químicos não-constantes dos Quadros I e II, outros indicadores biológicos poderão ser monitorizados, dependendo de estudo prévio dos aspectos de validade toxicológica, analítica e de interpretação desses indicadores. (107.016-9 / I1)

7.4.2.3. Outros exames complementares usados normalmente em patologia clínica para avaliar o funcionamento de órgãos e sistemas orgânicos podem ser realizados, a critério do médico coordenador ou encarregado, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou ainda decorrente de negociação coletiva de trabalho. (107.017-7 / I1)

7.4.3. A avaliação clínica referida no item 7.4.2, alínea "a", com parte integrante dos exames médicos constantes no item 7.4.1, deverá obedecer aos prazos e à periodicidade conforme previstos nos subitens abaixo relacionados:

7.4.3.1. no exame médico admissional, deverá ser realizada antes que o trabalhador assumira suas atividades; (107.018-5 / I1)

7.4.3.2. no exame médico periódico, de acordo com os intervalos mínimos de tempo abaixo discriminados:

a) para trabalhadores expostos a riscos ou a situações de trabalho que impliquem o desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional, ou,

ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser repetidos:

a.1) a cada ano ou a intervalos menores, a critério do médico encarregado, ou se notificado pelo médico agente da inspeção do trabalho, ou, ainda, como resultado de negociação coletiva de trabalho; (107.019-3 / I3)

a.2) de acordo com a periodicidade especificada no Anexo n.º 6 da NR 15, para os trabalhadores expostos a condições hiperbáricas; (107.020-7 / I4)

b) para os demais trabalhadores:

b.1) anual, quando menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 45 (quarenta e cinco) anos de idade; (107.021-5 / I2)

b.2) a cada dois anos, para os trabalhadores entre 18 (dezoito) anos e 45 (quarenta e cinco) anos de idade. (107.022-3 / I1)

7.4.3.3. No exame médico de retorno ao trabalho, deverá ser realizada obrigatoriamente no primeiro dia da volta ao trabalho de trabalhador ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto. (107.023-1 / I1)

7.4.3.4. No exame médico de mudança de função, será obrigatoriamente realizada antes da data da mudança.

(107.024-0 / I1)

7.4.3.4.1. Para fins desta NR, entende-se por mudança de função toda e qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique a exposição do trabalhador à risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança.

7.4.3.5. No exame médico demissional, será obrigatoriamente realizada até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de: (107.047-9)

135 (cento e trinta e cinco) dias para as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o Quadro I da NR 4;

90 (noventa) dias para as empresas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro I da NR 4.

7.4.3.5.1. As empresas enquadradas no grau de risco 1 ou 2, segundo o Quadro I da NR 4, poderão ampliar o prazo de dispensa da realização do exame demissional em até mais 135 (cento e trinta e cinco) dias, em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.



7.4.3.5.2. As empresas enquadradas no grau de risco 3 ou 4, segundo o Quadro I da NR 4, poderão ampliar o prazo de dispensa da realização do exame demissional em até mais 90 (noventa) dias, em decorrência de negociação coletiva assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.4.3.5.3. Por determinação do Delegado Regional do Trabalho, com base em parecer técnico conclusivo da autoridade regional competente em matéria de segurança e saúde do trabalhador, ou em decorrência de negociação coletiva, as empresas poderão ser obrigadas a realizar o exame médico demissional independentemente da época de realização de qualquer outro exame, quando suas condições representarem potencial de risco grave aos trabalhadores.

7.4.4. Para cada exame médico realizado, previsto no item 7.4.1, o médico emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, em 2 (duas) vias.

7.4.4.1. A primeira via do ASO ficará arquivada no local de trabalho do trabalhador, inclusive frente de trabalho ou canteiro de obras, à disposição da fiscalização do trabalho. (107.026-6 / I2)

7.4.4.2. A segunda via do ASO será obrigatoriamente entregue ao trabalhador, mediante recibo na primeira via. (107.027-4 / I2)

7.4.4.3. O ASO deverá conter no mínimo:

a) nome completo do trabalhador, o número de registro de sua identidade e sua função; (107.048-7 / I1)

b) os riscos ocupacionais específicos existentes, ou a ausência deles, na atividade do empregado, conforme instruções técnicas expedidas pela Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho-SSST; (107.049-5 / I1)

c) indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o trabalhador, incluindo os exames complementares e a data em que foram realizados; (107.050-9 / I1)

d) o nome do médico coordenador, quando houver, com respectivo CRM; (107.051-7 / I2)

e) definição de apto ou inapto para a função específica que o trabalhador vai exercer, exerce ou exerceu; (107.052-5 / I2)

f) nome do médico encarregado do exame e endereço ou forma de contato; (107.053-3 / I2)

g) data e assinatura do médico encarregado do exame e carimbo contendo seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina. (107.054-1 / I2)

7.4.5. Os dados obtidos nos exames médicos, incluindo avaliação clínica e exames complementares, as conclusões e as medidas aplicadas deverão ser registrados em prontuário clínico individual, que ficará sob a responsabilidade do médico-coordenador do PCMSO. (107.033-9 / I3)

7.4.5.1. Os registros a que se refere o item 7.4.5 deverão ser mantidos por período mínimo de 20 (vinte) anos após o desligamento do trabalhador. (107.034-7 / I4)

7.4.5.2. Havendo substituição do médico a que se refere o item 7.4.5, os arquivos deverão ser transferidos para seu sucessor. (107.035-5 / I4)

7.4.6. O PCMSO deverá obedecer a um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o ano, devendo estas ser objeto de relatório anual. (107.036-3 / I2)

7.4.6.1. O relatório anual deverá discriminar, por setores da empresa, o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o próximo ano, tomando como base o modelo proposto no Quadro III desta NR. (107.037-1 / I1)

7.4.6.2. O relatório anual deverá ser apresentado e discutido na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR 5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas daquela comissão. (107.038-0 / I1)

7.4.6.3. O relatório anual do PCMSO poderá ser armazenado na forma de arquivo informatizado, desde que este seja mantido de modo a proporcionar o imediato acesso por parte do agente da inspeção do trabalho. (107.039-8 / I1)

7.4.6.4. As empresas desobrigadas de indicarem médico coordenador ficam dispensadas de elaborar o relatório anual.

7.4.7. Sendo verificada, através da avaliação clínica do trabalhador e/ou dos exames constantes do Quadro I da presente NR, apenas exposição excessiva (EE ou SC+) ao risco, mesmo sem qualquer sintomatologia ou sinal clínico, deverá o trabalhador ser afastado do local de trabalho, ou do risco, até que esteja normalizado o indicador biológico de exposição e as medidas de controle nos ambientes de trabalho tenham sido adotadas. (107.040-1 / I1)

7.4.8. Sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais, através de exames médicos que incluam os definidos nesta NR; ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, através dos exames constantes dos Quadros I (apenas aqueles com interpretação SC) e II, e do item 7.4.2.3 da presente NR, mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico-coordenador ou encarregado:

a) solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT; (107.041-0 / I1)

b) indicar, quando necessário, o afastamento do trabalhador da exposição ao risco, ou do trabalho; (107.042-8 / I2)

c) encaminhar o trabalhador à Previdência Social para estabelecimento de nexos causal, avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho; (107.043-6 / I1)

d) orientar o empregador quanto à necessidade de adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho. (107.044-4 / I1)

## 7.5. Dos primeiros socorros.

7.5.1. Todo estabelecimento deverá estar equipado com material necessário à prestação dos primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida; manter esse material guardado em local adequado e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim. (107.045-2 / I1)

## DIRETRIZES E PARÂMETROS MÍNIMOS PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA AUDIÇÃO EM TRABALHADORES EXPOSTOS A NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA ELEVADOS

(redação dada pela Portaria nº 19 de 09 de Abril de 1998)

### 1. Objetivos

1.1. Estabelecer diretrizes e parâmetros mínimos para a avaliação e o acompanhamento da audição do trabalhador através da realização de exames audiológicos de referência e seqüenciais.

1.2. Fornecer subsídios para a adoção de programas que visem a prevenção da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados e a conservação da saúde auditiva dos trabalhadores.

### 2. Definições e Caracterização

2.1. Entende-se por perda auditiva por níveis de pressão sonora elevados as alterações dos limiares auditivos, do tipo sensorineural, decorrente da exposição ocupacional sistemática a níveis de pressão sonora elevados. Tem como características principais a irreversibilidade e a progressão gradual com o tempo de exposição ao risco. A sua história natural mostra, inicialmente, o acometimento dos limiares auditivos em uma ou mais freqüências da faixa de 3.000 a 6.000 Hz. As freqüências mais altas e mais baixas poderão levar mais tempo para serem afetadas. Uma vez cessada a exposição, não haverá progressão da redução auditiva.

2.2. Entende-se por exames audiológicos de referência e seqüenciais o conjunto de procedimentos necessários para avaliação da audição do trabalhador ao longo do tempo de exposição ao risco, incluindo:

- a. anamnese clínico-ocupacional;
- b. exame otológico;

- c. exame audiométrico realizado segundo os termos previstos nesta norma técnica.
  - d. outros exames audiológicos complementares solicitados a critério médico.
3. Princípios e procedimentos básicos para a realização do exame audiométrico

3.1. Devem ser submetidos a exames audiométricos de referência e seqüenciais, no mínimo, todos os trabalhadores que exerçam ou exercerão suas atividades em ambientes cujos níveis de pressão sonora ultrapassem os limites de tolerância estabelecidos nos anexos 1 e 2 da NR 15 da Portaria

3.214 do Ministério do Trabalho, independentemente do uso de protetor auditivo.

3.2. O audiômetro será submetido a procedimentos de verificação e controle periódico do seu funcionamento .

3.2.1. Aferição acústica anual.

3.2.2. Calibração acústica, sempre que a aferição acústica indicar alteração, e , obrigatoriamente, a cada 5 anos.

3.2.3. Aferição biológica é recomendada precedendo a realização dos exames audiométricos. Em caso de alteração, submeter o equipamento à aferição acústica.

3.2.4. Os procedimentos constantes dos itens 3.2.1 e 3.2.2 devem seguir o preconizado na norma ISSO 8253-1, e os resultados devem ser incluídos em um certificado de aferição e/ou calibração que acompanhará o equipamento.

3.3. O exame audiométrico será executado por profissional habilitado, ou seja, médico ou fonoaudiólogo, conforme resoluções dos respectivos conselhos federais profissionais.

3.4. Periodicidade dos exames audiométricos.

3.4.1. O exame audiométrico será realizado, no mínimo, no momento da admissão, no 6º (sexto) mês após a mesma, anualmente a partir de então, e na demissão.

3.4.1.1. No momento da demissão, do mesmo modo como previsto para a avaliação clínica no item 7.4.3.5 da NR -7, poderá ser aceito o resultado de um exame audiométrico realizado até:

- a. 135 (cento e trinta e cinco) dias retroativos em relação à data do exame médico demissional de trabalhador de empresa classificada em grau de risco 1 ou 2;
- b. 90 (noventa) dias retroativos em relação à data do exame médico demissional de trabalhador de empresa classificada em grau de risco 3 ou 4 .

3.4.2. O intervalo entre os exames audiométricos poderá ser reduzido a critério do médico coordenador do PCMSO, ou por notificação do médico agente de inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva de trabalho.

3.5. O resultado do exame audiométrico deve ser registrado em uma ficha que contenha, no mínimo:

- a. nome, idade e número de registro de identidade do trabalhador;
- b. nome da empresa e a função do trabalhador;
- c. tempo de repouso auditivo cumprido para a realização do exame audiométrico;
- d. nome do fabricante, modelo e data da última aferição acústica do audiômetro;
- e. traçado audiométrico e símbolos conforme o modelo constante do Anexo 1;
- f. nome, número de registro no conselho regional e assinatura do profissional responsável pelo exame audiométrico.

3.6. Tipos de exames audiométricos

O trabalhador deverá ser submetido a exame audiométrico de referência e a exame audiométrico seqüencial na forma abaixo descrita:

3.6.1. Exame audiométrico de referência, aquele com o qual os seqüenciais serão comparados e cujas diretrizes constam dos subitens abaixo, deve ser realizado:

- a. quando não se possua um exame audiométrico de referência prévio;
- b. quando algum exame audiométrico seqüencial apresentar alteração significativa em relação ao de referência, conforme descrito nos itens 4.2.1, 4.2.2 e 4.2.3 desta norma técnica.

3.6.1.1. O exame audiométrico será realizado em cabina audométrica, cujos níveis de pressão sonora não ultrapassem os níveis máximos permitidos, de acordo com a norma ISO 8253.1.

3.6.1.1.1. Nas empresas em que existir ambiente acusticamente tratado, que atenda à norma ISO 8253.1, a cabina audiométrica poderá ser dispensada.

3.6.1.2. O trabalhador permanecerá em repouso auditivo por um período mínimo de 14 horas até o momento de realização do exame audiométrico.

3.6.1.3. O responsável pela execução do exame audiométrico inspecionará o meato acústico externo de ambas as orelhas e anotará os achados na ficha de registro. Se identificada alguma anormalidade, encaminhará ao médico responsável.

3.6.1.4. Vias, freqüências e outros testes complementares.

3.6.1.4.1. O exame audiométrico será realizado, sempre, pela via aérea nas freqüências de 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 e 8.000 Hz.

3.6.1.4.2. No caso de alteração detectada no teste pela via aérea ou segundo a avaliação do profissional responsável pela execução do exame, o mesmo será

feito, também, pela via óssea nas frequências de 500, 1.000, 2.000, 3.000 e 4.000 Hz.

3.6.1.4.3. Segundo a avaliação do profissional responsável, no momento da execução do exame, poderão ser determinados os limiares de reconhecimento de fala (LRF).

3.6.2. Exame audiométrico seqüencial, aquele que será comparado com o de referência, aplica-se a todo trabalhador que já possua um exame audiométrico de referência prévio, nos moldes previstos no item 3.6.1. As seguintes diretrizes mínimas devem ser obedecidas:

3.6.2.1. Na impossibilidade da realização do exame audiométrico nas condições previstas no item 3.6.1.1, o responsável pela execução do exame avaliará a viabilidade de sua realização em um ambiente silencioso, através do exame audiométrico em 2

(dois) indivíduos, cujos limiares auditivos, detectados em exames audiométricos de referência atuais, sejam conhecidos. Diferença de limiar auditivo, em qualquer frequência e em qualquer um dos 2 (dois) indivíduos examinados, acima de 5 dB(NA) (nível de audição em decibel) inviabiliza a realização do exame no local escolhido.

3.6.2.2. O responsável pela execução do exame audiométrico inspecionará o meato acústico externo de ambas as orelhas e anotará os achados na ficha de registro.

3.6.2.3. O exame audiométrico será feito pela via aérea nas frequências de 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 e 8.000 Hz.

4. Interpretação dos resultados do exame audiométrico com finalidade de prevenção

4.1. A interpretação dos resultados do exame audiométrico de referência deve seguir os seguintes parâmetros:

4.1.1. São considerados dentro dos limites aceitáveis, para efeito desta norma técnica de caráter preventivo, os casos cujos audiogramas mostram limiares auditivos menores ou iguais a 25 dB(NA), em todas as frequências examinadas.

4.1.2. São considerados sugestivos de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados os casos cujos audiogramas, nas frequências de 3.000 e/ou 4.000 e/ou 6.000 Hz, apresentam limiares auditivos acima de 25 dB(NA) e mais elevados do que nas outras frequências testadas, estando estas comprometidas ou não, tanto no teste da via aérea quanto da via óssea, em um ou em ambos os lados.

4.1.3. São considerados não sugestivos de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados os casos cujos audiogramas não se enquadram nas descrições contidas nos itens 4.1.1 e 4.1.2 acima.

4.2. A interpretação dos resultados do exame audiométrico seqüencial deve seguir os seguintes parâmetros:

4.2.1. São considerados sugestivos de desencadeamento de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos em que os limiares auditivos em todas as freqüências testadas no exame audiométrico de referência e no seqüencial permanecem menores ou iguais a 25 dB(NA), mas a comparação do audiograma seqüencial com o de referência mostra uma evolução dentro dos moldes definidos no item 2.1 desta norma, e preenche um dos critérios abaixo:

- a. a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de freqüências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB(NA);
- b. a piora em pelo menos uma das freqüências de 3.000, 4.000 ou 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 15 dB(NA).

4.2.2. São considerados, também sugestivos de desencadeamento de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos em que apenas o exame audiométrico de referência apresenta limiares auditivos em todas as freqüências testadas menores ou iguais a 25 dB(NA), e a comparação do audiograma seqüencial com o de referência mostra uma evolução dentro dos moldes definidos no item 2.1 desta norma, e preenche um dos critérios abaixo:

- a. a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de freqüência de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB(NA);
- b. a piora em pelo menos uma das freqüências de 3.000, 4.000 ou 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 15 dB(NA).

4.2.3. São considerados sugestivos de agravamento da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos já confirmados em exame audiométrico de referência, conforme item 4.1.2., e nos quais a comparação de exame audiométrico seqüencial com o de referência mostra uma evolução dentro dos moldes definidos no item 2.1 desta norma, e preenche um dos critérios abaixo:

- a. a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de freqüência de 500, 1.000 e 2.000 Hz, ou no grupo de freqüências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB(NA);
- b. a piora em uma freqüência isolada iguala ou ultrapassa 15 dB(NA).

4.2.4. Para fins desta norma técnica, o exame audiométrico de referência permanece o mesmo até o momento em que algum dos exames audiométricos seqüenciais for preenchido algum dos critérios apresentados em 4.2.1, 4.2.2 ou

4.2.3. Uma vez preenchido por algum destes critérios, deve-se realizar um novo exame audiométrico, dentro dos moldes previstos no item 3.6.1 desta norma técnica, que será, a partir de então, o novo exame audiométrico de referência. Os exames anteriores passam a constituir o histórico evolutivo da audição do trabalhador.

5. Diagnóstico da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados e definição da aptidão para o trabalho.

5.1. O diagnóstico conclusivo, o diagnóstico diferencial e a definição da aptidão para o trabalho, na suspeita de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, estão a cargo do médico coordenador do PCMSO de cada empresa, ou do médico encarregado pelo mesmo para realizar o exame médico, dentro dos moldes previstos na NR - 7, ou, na ausência destes, do médico que assiste ao trabalhador.

5.2. A perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, por si só, não é indicativa de inaptidão para o trabalho, devendo-se levar em consideração na análise de cada caso, além do traçado audiométrico ou da evolução seqüencial de exames audiométricos, os seguintes fatores:

- a. a história clínica e ocupacional do trabalhador;
- b. o resultado da otoscopia e de outros testes audiológicos complementares;
- c. a idade do trabalhador;
- d. o tempo de exposição pregressa e atual a níveis de pressão sonora elevados;
- e. os níveis de pressão sonora a que o trabalhador estará, está ou esteve exposto no exercício do trabalho;
- f. a demanda auditiva do trabalho ou da função;
- g. a exposição não ocupacional a níveis de pressão sonora elevados;
- h. a exposição ocupacional a outro(s) agente(s) de risco ao sistema auditivo;
- i. a exposição não ocupacional a outro(s) agentes de risco ao sistema auditivo;
- j. a capacitação profissional do trabalhador examinado;
- k. os programas de conservação auditiva aos quais tem ou terá acesso o trabalhador.

## 6. Conduas Preventivas

6.1. Em presença de trabalhador cujo exame audiométrico de referência se enquadre no item 4.1.2, ou algum dos exames audiométricos seqüenciais se enquadre no item 4.2.1 ou 4.2.2 ou 4.2.3, o médico coordenador do PCMSO, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico, deverá:

- a. definir a aptidão do trabalhador para a função, com base nos fatores ressaltados no item 5.2 desta norma técnica;
- b. incluir o caso no relatório anual do PCMSO;
- c. participar da implantação, aprimoramento e controle de programas que visem a prevenção da progressão da perda auditiva do trabalhador acometido e de outros expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no item 9.3.6 da NR-9;
- d. disponibilizar cópias dos exames audiométricos aos trabalhadores.

6.2. Em presença de trabalhador cujo exame audiométrico de referência se enquadre no item 4.1.3, ou que algum dos exames audiométricos seqüenciais se enquadre nos itens 4.2.1.a., 4.2.1.b, 4.2.2.a, 4.2.2.b, 4.2.3.a ou 4.2.3.b, mas



cuja evolução foge dos moldes definidos no item 2.1 desta norma técnica, o médico coordenador do PCMSO, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico, deverá:

- a. verificar a possibilidade da presença concomitante de mais de um tipo de agressão ao sistema auditivo;
- b. orientar e encaminhar o trabalhador para avaliação especializada;
- c. definir sobre a aptidão do trabalhador para função;
- d. participar da implantação, aprimoramento, e controle de programas que visem a prevenção da progressão da perda auditiva do trabalhador acometido e de outros expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no item 9.3.6 da NR-9.
- e. disponibilizar cópias dos exames audiométricos aos trabalhadores.

## ANEXO B

### NR 9 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS

#### 9.1. Do objeto e campo de aplicação.

9.1.1. Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

9.1.2. As ações do PPRA devem ser desenvolvidas no âmbito de cada estabelecimento da empresa, sob a responsabilidade do empregador, com a participação dos trabalhadores, sendo sua abrangência e profundidade dependentes das características dos riscos e das necessidades de controle.

9.1.2.1. Quando não forem identificados riscos ambientais nas fases de antecipação ou reconhecimento, descritas nos itens 9.3.2 e 9.3.3, o PPRA poderá resumir-se às etapas previstas nas alíneas "a" e "i" do subitem 9.3.1.

9.1.3. O PPRA é parte integrante do conjunto mais amplo das iniciativas da empresa no campo da preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR, em especial com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO previsto na NR 7.

9.1.4. Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PPRA, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

9.1.5. Para efeito desta NR, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.

9.1.5.1. Consideram-se agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infra-som e o ultra-som.

9.1.5.2. Consideram-se agentes químicos as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza

da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou por ingestão.

9.1.5.3. Consideram-se agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

## 9.2. Da estrutura do PPRA.

9.2.1. O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá conter, no mínimo, a seguinte estrutura:

- a) planejamento anual com estabelecimento de metas, prioridades e cronograma;
- b) estratégia e metodologia de ação;
- c) forma do registro, manutenção e divulgação dos dados;
- d) periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PPRA.

9.2.1.1. Deverá ser efetuada, sempre que necessário e pelo menos uma vez ao ano, uma análise global do PPRA para avaliação do seu desenvolvimento e realização dos ajustes necessários e estabelecimento de novas metas e prioridades.

9.2.2. O PPRA deverá estar descrito num documento-base contendo todos os aspectos estruturais constantes do item 9.2.1.

9.2.2.1. O documento-base e suas alterações e complementações deverão ser apresentados e discutidos na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR 5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas desta Comissão.

9.2.2.2. O documento-base e suas alterações deverão estar disponíveis de modo a proporcionar o imediato acesso às autoridades competentes.

9.2.3. O cronograma previsto no item 9.2.1 deverá indicar claramente os prazos para o desenvolvimento das etapas e cumprimento das metas do PPRA.

## 9.3. Do desenvolvimento do PPRA.

9.3.1. O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá incluir as seguintes etapas:

- a) antecipação e reconhecimento dos riscos;
- b) estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle;
- c) avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores;
- d) implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia;
- e) monitoramento da exposição aos riscos;
- f) registro e divulgação dos dados.

9.3.1.1. A elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação do PPRA poderão ser feitas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT ou por pessoa ou equipe de pessoas que, a critério do empregador, sejam capazes de desenvolver o disposto nesta NR.

9.3.2. A antecipação deverá envolver a análise de projetos de novas instalações, métodos ou processos de trabalho, ou de modificação dos já

existentes, visando a identificar os riscos potenciais e introduzir medidas de proteção para sua redução ou eliminação.

9.3.3. O reconhecimento dos riscos ambientais deverá conter os seguintes itens, quando aplicáveis:

- a) a sua identificação;
- b) a determinação e localização das possíveis fontes geradoras;
- c) a identificação das possíveis trajetórias e dos meios de propagação dos agentes no ambiente de trabalho;
- d) a identificação das funções e determinação do número de trabalhadores expostos;
- e) a caracterização das atividades e do tipo da exposição;
- f) a obtenção de dados existentes na empresa, indicativos de possível comprometimento da saúde decorrente do trabalho;
- g) os possíveis danos à saúde relacionados aos riscos identificados, disponíveis na literatura técnica;
- h) a descrição das medidas de controle já existentes.

9.3.4. A avaliação quantitativa deverá ser realizada sempre que necessária para:

- a) comprovar o controle da exposição ou a inexistência de riscos identificados na etapa de reconhecimento;
- b) dimensionar a exposição dos trabalhadores;
- c) subsidiar o equacionamento das medidas de controle.

9.3.5. Das medidas de controle.

9.3.5.1. Deverão ser adotadas as medidas necessárias suficientes para a eliminação, a minimização ou o controle dos riscos ambientais sempre que forem verificadas uma ou mais das seguintes situações:

- a) identificação, na fase de antecipação, de risco potencial à saúde;
- b) constatação, na fase de reconhecimento de risco evidente à saúde;
- c) quando os resultados das avaliações quantitativas da exposição dos trabalhadores excederem os valores dos limites previstos na NR 15 ou, na ausência destes os valores limites de exposição ocupacional adotados pela American Conference of Governmental Industrial Hygienists-ACGIH, ou aqueles que venham a ser estabelecidos em negociação coletiva de trabalho, desde que mais rigorosos do que os critérios técnico-legais estabelecidos;
- d) quando, através do controle médico da saúde, ficar caracterizado o nexo causal entre danos observados na saúde dos trabalhadores e a situação de trabalho a que eles ficam expostos.

9.3.5.2. O estudo, desenvolvimento e implantação de medidas de proteção coletiva deverão obedecer à seguinte hierarquia:

- a) medidas que eliminam ou reduzem a utilização ou a formação de agentes prejudiciais à saúde;
  - b) medidas que previnam a liberação ou disseminação desses agentes prejudiciais à saúde;
- trabalho;

c) medidas que reduzam os níveis ou a concentração desses agentes no ambiente de trabalho.

9.3.5.3. A implantação de medidas de caráter coletivo deverá ser acompanhada de treinamento dos trabalhadores quanto os procedimentos que assegurem a sua eficiência e de informação sobre as eventuais limitações de proteção que ofereçam;

9.3.5.4. Quando comprovado pelo empregador ou instituição, a inviabilidade técnica da adoção de medidas de proteção coletiva ou quando estas não forem suficientes ou encontrarem-se em fase de estudo, planejamento ou implantação ou ainda em caráter complementar ou emergencial, deverão ser adotadas outras medidas obedecendo-se à seguinte hierarquia:

- a) medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho;
- b) utilização de Equipamento de Proteção Individual - EPI.

9.3.5.5. A utilização de EPI no âmbito do programa deverá considerar as Normas Legais e Administrativas em vigor e envolver no mínimo:

- a) seleção do EPI adequado tecnicamente ao risco a que o trabalhador está exposto e à atividade exercida, considerando-se a eficiência necessária para o controle da exposição ao risco e o conforto oferecido segundo avaliação do trabalhador usuário;
- b) programa de treinamento dos trabalhadores quanto à sua correta utilização e orientação sobre as limitações de proteção que o EPI oferece;
- c) estabelecimento de normas ou procedimento para promover o fornecimento, o uso, a guarda, a higienização, a conservação, a manutenção e a reposição do EPI, visando a garantir a condições de proteção originalmente estabelecidas;
- d) caracterização das funções ou atividades dos trabalhadores, com a respectiva identificação dos EPI utilizado para os riscos ambientais.

9.3.5.6. O PPRA deve estabelecer critérios e mecanismos de avaliação da eficácia das medidas de proteção implantadas considerando os dados obtidos nas avaliações realizadas e no controle médico da saúde previsto na NR 7.

9.3.6. Do nível de ação.

9.3.6.1. Para os fins desta NR, considera-se nível de ação o valor acima do qual devem ser iniciadas ações preventivas de forma a minimizar a probabilidade de que as exposições a agentes ambientais ultrapassem os limites de exposição. As ações devem incluir o monitoramento periódico da exposição, a informação aos trabalhadores e o controle médico.

9.3.6.2. Deverão ser objeto de controle sistemático as situações que apresentem exposição ocupacional acima dos níveis de ação, conforme indicado nas alíneas que seguem:

- a) para agentes químicos, a metade dos limites de exposição ocupacional considerados de acordo com a alínea "c" do subitem 9.3.5.1;

b) para o ruído, a dose de 0,5 (dose superior a 50%), conforme critério estabelecido na NR 15, Anexo I, item 6.

#### 9.3.7. Do monitoramento.

9.3.7.1. Para o monitoramento da exposição dos trabalhadores e das medidas de controle deve ser realizada uma avaliação sistemática e repetitiva da exposição a um dado risco, visando à introdução ou modificação das medidas de controle, sempre que necessário.

#### 9.3.8. Do registro de dados.

9.3.8.1. Deverá ser mantido pelo empregador ou instituição um registro de dados, estruturado de forma a constituir um histórico técnico e administrativo do desenvolvimento do PPRA.

9.3.8.2. Os dados deverão ser mantidos por um período mínimo de 20 (vinte) anos.

9.3.8.3. O registro de dados deverá estar sempre disponível aos trabalhadores interessados ou seus representantes e para as autoridades competentes.

#### 9.4. Das responsabilidades.

##### 9.4.1. Do empregador:

I - estabelecer, implementar e assegurar o cumprimento do PPRA como atividade permanente da empresa ou instituição.

##### 9.4.2. Dos trabalhadores:

I - colaborar e participar na implantação e execução do PPRA;

II - seguir as orientações recebidas nos treinamentos oferecidos dentro do PPRA;

III - informar ao seu superior hierárquico direto ocorrências que, a seu julgamento, possam implicar risco à saúde dos trabalhadores.

#### 9.5. Da informação.

9.5.1. Os trabalhadores interessados terão o direito de apresentar propostas e receber informações e orientações a fim de assegurar a proteção aos riscos ambientais identificados na execução do PPRA.

9.5.2. Os empregadores deverão informar os trabalhadores de maneira apropriada e suficiente sobre os riscos ambientais que possam originar-se nos locais de trabalho e sobre os meios disponíveis para prevenir ou limitar tais riscos e para proteger-se dos mesmos.

## 9.6. Das disposições finais.

9.6.1. Sempre que vários empregadores realizem, simultaneamente, atividades no mesmo local de trabalho terão o dever de executar ações integradas para aplicar as medidas previstas no PPRA visando à proteção de todos os trabalhadores expostos aos riscos ambientais gerados.

9.6.2. O conhecimento e a percepção que os trabalhadores têm do processo de trabalho e dos riscos ambientais presentes, incluindo os dados consignados no Mapa de Riscos, previsto na NR 5, deverão ser considerados para fins de planejamento e execução do PPRA em todas as suas fases.

9.6.3. O empregador deverá garantir que, na ocorrência de riscos ambientais nos locais de trabalho que coloquem em situação de grave e iminente risco um ou mais trabalhadores, os mesmos possam interromper de imediato as suas atividades, comunicando o fato ao superior hierárquico direto para as devidas providências.

**RISCO** = CAPACIDADE DE UMA GRANDEZA COM POTENCIAL PARA CAUSAR LESÕES OU DANOS À SAÚDE DAS PESSOAS.

**PERIGO** = CONDIÇÃO DE RISCO COM PROBABILIDADE DE CAUSAR LESÃO FÍSICA OU DANOS À SAÚDE DAS PESSOAS, POR AUSÊNCIA DE MEDIDAS DE CONTROLE.

## ANEXO C

FORMULÁRIO: AVALIAÇÃO DE ABSENTEÍSMO - CÓDIGO, SIAD/439

AVALIAÇÃO DE ABSENTEÍSMO			
SERVIDOR			
NOME	MATRÍCULA	CARGO	LOCAL DE TRABALHO
ABSENTEÍSMO			
<input type="checkbox"/> COM ATESTADO MÉDICO		<input type="checkbox"/> SEM ATESTADO MÉDICO	
CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS NAS AUSÊNCIA DO SERVIDOR			
DATA E ASSINATURA DA CHEFIA			
PARECER DO SERVIÇO MÉDICO/SOCIAL			
DATA E ASSINATURA			
OBSERVAÇÕES			
ENCAMINHAMENTOS			