

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

**SERVIÇO SOCIAL E A SUA INTERVENÇÃO NAS QUESTÕES
LIGADAS A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL
INFANTIL JOANA DE GUSMÃO: um estudo sobre o
absenteísmo justificado**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

THYANI DA SILVA PEREIRA

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 02/07/04

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

FLORIANÓPOLIS, 2004.

THYANI DA SILVA PEREIRA

**SERVIÇO SOCIAL E A SUA INTERVENÇÃO NAS QUESTÕES
LIGADAS A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL
INFANTIL JOANA DE GUSMÃO: um estudo sobre o
absenteísmo justificado**

Florianópolis, junho de 2004.

THYANI DA SILVA PEREIRA

**SERVIÇO SOCIAL E A SUA INTERVENÇÃO NAS QUESTÕES
LIGADAS A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL
INFANTIL JOANA DE GUSMÃO: um estudo sobre o
absenteísmo justificado**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para 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.

Orientação: Kátia de Macedo Rebello
Área de atuação: Serviço Social na área do trabalho.

Florianópolis, 2004.

THYANI DA SILVA PEREIRA

**SERVIÇO SOCIAL E A SUA INTERVENÇÃO NAS QUESTÕES
LIGADAS A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL
INFANTIL JOANA DE GUSMÃO: um estudo sobre o
absenteísmo justificado**

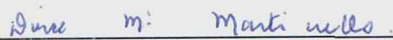
Esta monografia foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Assistente Social no Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Este trabalho de conclusão de curso foi apresentado e julgado perante a banca examinadora que atribuiu a nota 9,5 a acadêmica.

Florianópolis, 01 de julho de 2004.

Banca Examinadora



Prof. Kátia de Macedo Rebello
Orientadora



Assistente Social Dirce Maria Martinello
Primeira Examinadora



Assistente Social Luciana F. de Abreu Ranconi
Segunda Examinadora

Desiderata

“Siga placidamente por entre o ruído e a pressa e lembre-se da paz que pode haver no silêncio. Tanto quanto possível, sem sacrificar seus princípios, conviva bem com todas as pessoas. Diga sua verdade serena e claramente e ouça os outros mesmo os estúpidos e ignorantes, pois eles também têm sua história. Evite as pessoas vulgares e agressivas, elas atentam contra o espírito. Se você se comparar com os outros, pode se tornar vaidoso ou amargo, porque sempre existirão pessoas piores ou melhores que você. Usufria suas conquistas, assim como seus planos. Mantenha o interesse pela profissão, por mais humilde que ela seja. Ela é um bem verdadeiro na sorte inconstante dos tempos. Tenha cautela em seus negócios, pois o mundo está cheio de traições. Mas não deixe isso cegá-lo para a virtude que existe. Muitos lutam por ideais nobres e por toda parte a vida está cheia de heroísmo. Seja você mesmo. Sobretudo, não finja afeições. Não seja cínico sobre o amor, porque, apesar da aridez e desencanto, ele é tão perene quanto a relva. Aceite com brandura a lição dos anos, abrindo mão de bom grado das coisas da juventude. Alimente a força do espírito para ter proteção em um súbito infortúnio. Mas não se torture com fantasias. Muitos medos nascem da solidão e do cansaço. Adote uma disciplina sadia, mas não seja exigente demais. Seja gentil com você mesmo. Você é filho do universo, assim como as árvores e as estrelas: você tem o direito de estar aqui. E mesmo que não lhe pareça claro, o universo, com certeza, está evoluindo como deveria. Portanto, esteja em paz com Deus, não importa como você O conceba. E, quaisquer que sejam suas lutas e aspirações no ruidoso tumulto da vida, mantenha a paz em sua alma. Apesar de todas as falsidades, maldades e sonhos desfeitos, este ainda é um belo mundo. Lute pela sua felicidade”.

(Max Ehrmann)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS por ter me dado amparo nas horas difíceis e colocado em meu caminho às pessoas certas nas horas certas, onde pude superar emocionalmente minha doença e conviver com minhas limitações físicas.

Ao meu Pai e minha Mãe que eu tanto os amo, e que sempre estiveram comigo me apoiando e dando o amor que eu tanto precisava.

Aos meus irmãos, Douglas, Marcelo e Adryani que estiveram presentes nesta trajetória, me auxiliando e apoiando na concretização desse sonho.

Há Andréa minha irmã do coração, que depois de tanta convivência, diferenças..., aprendi te amar e respeitar, obrigada pela sua ajuda para realizar esta monografia.

Meu eterno amigo Purlano que por conhecer-me perfeitamente, esteve presente na alegria e na tristeza, cuidando-me em todos os momentos. A ti e a família Esperança que me deram um novo sentido a vida, o meu eterno agradecimento.

A minha cachorrinha Tany (in memória), que me ensinou a ser uma pessoa melhor.

Ao meu amado amigo e namorado Gilbert, pela sua paciência, e por ter estado ao meu lado, respeitando e compartilhando as alegrias e tristezas.

Sheila, por este tempo de convivência e amizade, na qual vale a minha eterna gratidão, a sua ajuda para poder realizar e finalizar este sonho. E também, meu carinho e gratidão a sua família que me acolheu, nas horas em que mais precisava.

Fernanda, minha grande amiga que muito compartilhou os momentos da minha vida. Obrigada, pelas inúmeras ajudas que me proporcionastes.

Professora Kátia, que com todo seu carinho e paciência orientou - me quanto à execução deste trabalho, onde pude vivenciar neste período uma relação humanizada afeiçoando-me muito a você.

A Dirce, que me fez acreditar no Serviço Social inovador e propositor, amadurecendo minhas concepções, se tornando um dos meus referenciais dentro da profissão.

Aninha, pelo seu carinho e auxílio. Com certeza lhe serei eternamente grata.

E a todas as minhas colegas de sala (sinto saudades), e também a todas as pessoas que participaram direta ou indiretamente dessa trajetória, meu muito obrigado!

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 01 - Sexo
- FIGURA 02 - Sexo
- FIGURA 03 - Idade
- FIGURA 04 - Idade
- FIGURA 05 - Motivo da falta justificada
- FIGURA 06 - Motivo da falta justificada
- FIGURA 07 - Média de tempo dos afastamentos
- FIGURA 08 - Média de tempo dos afastamentos
- FIGURA 09 - Principais causas de afastamento
- FIGURA 10 - Principais causas de afastamento
- FIGURA 11 - Dias de afastamento por motivo ortopédico
- FIGURA 12 - Dias de afastamento por motivo ortopédico
- FIGURA 13 - Dias de afastamento por motivo psiquiátrico
- FIGURA 14 - Dias de afastamento por motivo psiquiátrico

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas em Saúde
CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAT – Carteiras de Acidentes de Trabalho
CEME – Central de Medicamentos
CIMS – Comissões Inter-Municipais de Saúde
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIS – Comissões Inter-Institucionais de Saúde
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DASP – Departamento Autônomo de Saúde Pública
DATAPREV – Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social
FHSC – Fundação Hospitalar de Santa Catarina
FUNABEM – Fundação Nacional de Bem-Estar ao Menor
FUNDACENTRO – Fundação Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho
HIJG – Hospital Infantil Joana de Gusmão
HIV – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IAP'S – Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LER – Lesões por Esforços Repetitivos
LOPS – Lei Orgânica de Previdência Social
LOS – Lei Orgânica de Saúde
MPAS – Ministério da Previdência de Assistência Social
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
NOST – Norma Operacional Saúde do Trabalhador
NR – Normas Regulamentadoras
NTE – Ministério do Trabalho e Emprego
OIT – Organização Internacional do Trabalho
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
RH – Recursos Humanos
SAT – Seguro Acidente do Trabalho
SC – Santa Catarina
SES – Secretária Estadual de Saúde
SGAPOS – Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados
SUS – Sistema Único de Saúde
UTI – Unidade Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	LISTAS DE FIGURAS.....	06
	LISTAS SIGLAS.....	07
	APRESENTAÇÃO.....	09
1	A QUESTÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE.....	12
1.1	Reflexões sobre o processo do trabalho como uma atividade humana.....	12
1.2	As Políticas Públicas de Saúde no Brasil a Partir da Década de 80 Após a Reforma Sanitária.....	17
1.3	As Políticas de Saúde do Trabalhador.....	31
1.4	Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina e o Programa Saúde do Trabalhador.....	41
2	A PRÁTICA INTERVENTIVA DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO JUNTO A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO.....	50
2.1	Hospital Infantil e suas Diretrizes e Função Social.....	50
2.2	A Inserção do Serviço Social na Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor do Hospital Infantil.....	52
2.3	O Assistente Social como um Gestor da Política de Saúde do Trabalhador.....	58
3	ANÁLISE COMPARATIVA DO ABSENTEÍSMO JUSTIFICADO NO QUADRO FUNCIONAL DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO NOS ANOS DE 2002 E 2003.....	62
3.1	Absenteísmo: Aspectos Teóricos.....	62
3.2	Absenteísmo: uma realidade no HIJG – Identificando esse contexto.....	67
3.2.1	Justificativa.....	67
3.2.2	Objetivos.....	68
3.2.3	Metodologia.....	68
3.3	Apresentação do Resultado da Pesquisa – Uma Análise Comparativa entre os Anos de 2002 e 2003.....	70
3.3.1	Números de Servidores Afastados por Sexo nos Anos.....	70
3.3.2	Números de Servidores Afastados por Faixa Etária.....	72
3.3.3	Principais Motivos das Faltas Justificadas.....	73
3.3.4	Números de Afastamentos em Cada Setor.....	75
3.3.5	Incidências Média do Tempo dos Afastamentos.....	78
3.3.6	Principais Causas de Afastamento por Doença dos Servidores.....	80
3.3.7	Tempo de afastamento por motivos Ortopédicos.....	81
3.3.8	Tempo de afastamento por motivos Psiquiátricos.....	85
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	93
	ANEXO A: ORGANOGRAMA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA	

DE GUSMÃO.....	99
ANEXO B: IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO ESPAÇO CULTURAL.....	101

APRESENTAÇÃO

A presente monografia foi elaborada a partir da experiência de estágio no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), vivenciada de setembro de 2002 a janeiro de 2003, na área de Recursos Humanos (RH), mais especificamente na Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor (SGAPOS).

O HIJG tem seu trabalho direcionado ao atendimento pediátrico (de 0 a 15 anos), sendo uma instituição pública vinculada à Secretária Estadual da Saúde (SES), que segundo Comarella (1999), o Hospital começou a funcionar no ano de 1964 junto à maternidade Carmela Dutra, cujo nome era Hospital Infantil Edith Gama Ramos. O espaço físico tornou-se insuficiente com o decorrer do tempo, devido ao aumento do número de crianças atendidas. Mediante a esta situação, acabou recebendo apoio do Estado de Santa Catarina e do Departamento Autônomo de Edificações, para construção do novo espaço físico, tendo sua inauguração em 03 de janeiro de 1979 e entrando em funcionamento em 28 de dezembro do mesmo ano.

Atualmente o HIJG é o hospital de referência no atendimento pediátrico no Estado de Santa Catarina.

O universo humano do Hospital Infantil é formado por indivíduos que desenvolveram sua vida profissional numa instituição de saúde. Com o decorrer do tempo, observa-se componentes que interferem na qualidade de vida ou mesmo na forma de vida de cada trabalhador do HIJG.

Durante o período de estágio curricular obrigatório, foi possível observar a importância dos cuidadores de saúde, no qual estes se constituem na principal força da qualidade e eficácia dos atendimentos e serviços oferecidos

pela Instituição, como também, foi possível perceber a estreita relação entre os servidores, seu ambiente de trabalho e as doenças ocupacionais. Dentro desta perspectiva o próprio ambiente de trabalho é destacado como fator causador dos agravos à saúde do trabalhador, quando este oferece em alguns setores um ambiente inadequado e/ou possui maquinários e condições impróprias, gerando conseqüentemente o fato que muitos trabalhadores são acometidos por doenças profissionais e acidentes de trabalho, que ocorrem para o afastamento de tratamento de saúde.

Referente a ausências dos funcionários no HIJG tinha-se apenas uma noção empírica dos indicadores quantitativos do mesmo, enquanto que é crescente o número de ausências justificadas, foi então que surgiu a necessidade de pesquisar e avaliar estatisticamente a questão do absenteísmo justificado no HIJG.

O tema central dessa monografia é a questão do absenteísmo no trabalho, abordando o que define tal questão, bem como, a relação do trabalhador com seu ambiente de trabalho, e o adoecimento físico e mental.

A pesquisa documental realizada no HIJG foi sobre o absenteísmo justificado (com atestado médico), mediante o levantamento de dados estatísticos comparativos entre o ano de 2002 e 2003.

O presente trabalho contém três capítulos, sendo que, o primeiro capítulo apresenta uma breve reflexão sobre o processo de trabalho, seguido de uma explanação sobre a Política de Saúde Pública no Brasil a partir da década de 80 e a Política de Saúde do Trabalhador, e como essas políticas se operacionalizam na esfera da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina através do Programa de Saúde do Trabalhador.

O segundo capítulo contextualiza o Hospital Infantil Joana de Gusmão e suas diretrizes e função social, e dentro desse contexto destacamos a inserção do Serviço Social na Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor do HIJG (local realizado o estágio), e sua prática interventiva na área da saúde do trabalho apresentando o assistente social como um dos gestores das Políticas de Saúde do Trabalhador.

No terceiro capítulo, buscamos abordar um referencial teórico sobre a questão do absenteísmo, e posteriormente, apresentamos a pesquisa realizada no HIJG sobre o absenteísmo dos cuidadores de saúde do hospital e as etapas de concretização desse estudo. O processo da metodologia utilizada foi à catalogação dos dados (sexo, idade, motivo da falta, tempo de afastamento, tipo de doença do afastamento, tempo de afastamento nos casos ortopédicos e psiquiátricos), que foi de fundamental importância para podermos elaborar os gráficos e a tabela comparativa (números de ocorrências por setor) entre os dois anos (2002 e 2003).

Ao final, referenciamos algumas considerações a respeito da experiência e do trabalho desenvolvido, procurando apresentar algumas propostas de ação na área que também poderão contribuir para melhoria das atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, bem como, contribuir para melhor qualidade de vida dos trabalhadores do HIJG.

1 A QUESTÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE

1.1 Reflexões sobre o processo do trabalho como uma atividade humana

O trabalho tem sido uma constante na existência do ser humano, que ao longo de toda a sua trajetória histórica, sucedem-se os desdobramentos da atividade laborativa, na qual, o trabalho vem sendo desempenhado sob múltiplas formas e diferentes tipos e usos.

Segundo Menegasso (2000, p.16), “na Antiguidade, o trabalho foi entendido como atividade daqueles que haviam perdido a liberdade. O seu significado confundia-se com o de sofrimento ou infortúnio”. Na tradição judaica-cristã, o trabalho também estava associado à idéia de punição e maldição, como está na Bíblia, no Antigo Testamento no livro de Gênesis (no capítulo 3 versículo 19), “comerás o pão com o suor do teu rosto”. Em consequência deste trecho observa-se que o trabalho surge no sentido de obrigação, dever e responsabilidade. A igualdade entre trabalho e sofrimento não é o de simples cansaço, representa também uma condição social.

Apesar de ser inúmeras vezes usadas como sinônimos, na antiguidade existia uma diferenciação entre trabalho e labor. Essas palavras têm etimologias diferentes, ambas preservam ainda seu sentido, contudo atualmente são consideradas a mesma atividade. O trabalho é um dos elementos da vida ativa, por isso, não está necessariamente contido no ciclo repetitivo vital da espécie. Ou seja, é por meio do trabalho que o homem cria coisas a partir do que extrai da natureza, transformando o mundo num espaço de objetos partilhados, para a satisfação das necessidades vitais do homem. Já

o labor é um processo de transformação da natureza, para responder áquilo que é um desejo do ser humano, emprestando-lhe certa permanência e durabilidade histórica. (MENEGASSO, 2000).

Para Kaufmann (2002), o trabalho é uma atividade produtora de valor, alienada e despossuidora do valor criado. Existe uma relação de submissão consentida livremente pelo trabalhador. A idéia do direito à propriedade privada conforme o filósofo inglês John Locke surge aproximadamente ao final do modo de produção artesanal, regido pela regra, segundo a qual aquele que aplica a força de trabalho a uma matéria, e que fornece os instrumentos de trabalho tem direito ao produto, que se torna sua propriedade. Isto é, o direito à propriedade está essencialmente ligado ao trabalho.

É fundamental citar que, a teoria do valor-trabalho acompanha a Revolução Industrial e o modo de produção capitalista que lhe corresponde, e que é neste contexto segundo o autor, que surge a concepção limitante do trabalho. Para tanto, o trabalho não é apenas um modo de produzir bens de subsistência, mas é igualmente um modo de reconhecimento mútuo, constitui-se então num ingrediente essencial do cimento social.

O trabalho como compreendido na Antiguidade, não se desvincula do entendimento da escravatura, que foi um recurso para excluir o trabalho da condição de vida do homem. Essa exclusão só podia ser viável por intermédio da institucionalização da escravatura, dada a capacidade de produção e a concepção de vida e de sociedade vivenciadas naquele período histórico (MENEGASSO 2000).

É importante destacar que o capital é a potencialização da força produtiva do trabalho. Segundo Yamamoto (1994) o capital é a força produtiva,

exterior ao trabalho e instrumento de debilitação do trabalhador. A limitação do capital efetua-se de maneira antagônica, isto é, o desenvolvimento das riquezas sociais, das condições de trabalho, da ciência, aparecem como algo alienado do trabalhador, que passa a ver essas condições por ele produzidas como riqueza alheia, causa de sua pobreza. O trabalho mecanizado e automatizado, de mera vigilância, esgota ainda mais o trabalhador, afetando-lhe o sistema nervoso, depauperando a sua atividade muscular, confiscando-lhe toda a atividade física e intelectual.

O trabalho, nas fases mais avançadas do capitalismo, converte-se em um puro gasto de energia, no qual o produto do trabalho aparece claramente aos olhos do operário como alienado e a atividade produtiva como inútil. Conforme Marx (1996, p.123),

O capitalismo desenvolve, por um lado, as forças produtivas do trabalho social, criando, entre outras coisas, a possibilidade do controle de muitas doenças e o melhoramento das condições de vida, porém, de outro lado, de acordo com sua natureza contraditória, antiética, o modo de produção capitalista chega até a computar o desperdício da vida e da saúde do trabalhador e o rebaixamento de suas próprias condições de existência como parte da economia no emprego de capital constante e, assim, como meios de elevação da taxa de lucro.

A divisão do trabalho na sociedade determina a vinculação de indivíduos em órbitas profissionais específicas. Sob a égide do capital, o processo de trabalho passa a ser efetuado sob a forma de cooperação de muitos trabalhadores livres e de máquinas no interior da fábrica. Cria-se um trabalhador parcial, ou seja, as atividades são executadas por diversos trabalhadores e por um sistema de máquinas, onde as forças produtivas do trabalho coletivo são apropriadas pelo capital. A própria ciência é apropriada

pela classe capitalista e posta a seu serviço, como força produtiva do capital e não do trabalho (IAMAMOTO, 1994).

A regulamentação do trabalho assalariado, que teve início no século passado e alcançou seu apogeu no Estado Providência, está sendo desmontada sem que o modelo de compromisso social entre capital e trabalho tenha alcançado a totalidade dos países e o conjunto dos trabalhadores. As mudanças estruturais que se observam nas economias de diversos países transformam por completo os esquemas tradicionais do emprego, acarretando o deslocamento geográfico, o desemprego e a ruptura social.

Salienta Moore (1999), que a distribuição do trabalho não parou de evoluir, antes do setor primário ao secundário, depois do setor secundário ao terciário. Nos setores primários e secundários a mão-de-obra foi substituída pelas máquinas. Verifica-se hoje que, a sociedade da informação emergente (auxiliares de escritório, pessoal administrativo, etc.) está perdendo seus empregos por culpa da automatização. Em cada etapa, o investimento de capital traduz-se, apesar de um decréscimo da mão-de-obra, em um incremento da produção.

Todavia a precarização do trabalho como desde seu início continua a existir no mundo moderno. Iamamoto (2001) mostra que a “qualidade das condições de trabalho e qualidade de vida”, visa à rentabilidade do capital investido, sendo que o trabalhador terá que investir mais com menor custo e assim, gerar maior lucratividade. Para a autora esse discurso da qualidade tem o objetivo de mascarar o verdadeiro sentido deste processo, pois esclarece que a “qualidade” vem junto com o fenômeno da terceirização, com o enxugamento

do pessoal das empresas, afetando radicalmente as condições de vida e de trabalho do conjunto dos trabalhadores.

As transformações no mundo do trabalho vêm acompanhadas de profundas mudanças na esfera do Estado, isto é, na Reforma do Estado exigida pelas políticas de ajustes. O mundo está vivenciando uma terceira revolução industrial acompanhada de profundas transformações mundiais, cuja força de trabalho não tem preço, porque a demanda é maior que a oferta, tornando a força de trabalho descartável para o mercado de trabalho, colocando em risco para esses segmentos a possibilidade de defesa e reprodução da própria vida (IAMAMOTO, 2001).

O mundo do trabalho encontra-se acometido de mutações profundas que fecham as perspectivas e abrem vias incertas, a tecnologia e a globalização que se aceleram contribuem para valorizar o capital e reduzir progressivamente o valor de duração do trabalho. O problema é que as turbulências são permanentes, não sendo evidente a forma de como se poderia readaptar aqueles que as empresas rejeitam.

No entanto, verifica-se uma grande relação entre o trabalho do assistente social e o mundo trabalho. Iamamoto (2001) observa que, o trabalho cotidiano do serviço social busca efetivar os direitos sociais. E que este, sempre foi chamado pelas instituições para eliminar focos de tensões sociais, criar um comportamento produtivo da força de trabalho, contribuindo para reduzir o absenteísmo, viabilizar benefícios sociais e atuar nas relações humanas na esfera do trabalho. Ressalta também, que o momento presente desafia os assistentes sociais, por estarem em contato direto com as questões trabalhistas, de saúde pública, etc., onde os profissionais devem se qualificar

para acompanhar e explicar as particularidades da questão social no nível nacional, regional e municipal, diante das estratégias de descentralização das políticas públicas. Nesse caso, o desafio do Profissional está em conhecer a fundo a inserção dessas políticas, como aspectos da vida humana e como o trabalho, por exemplo, estão caracterizado no bojo das Políticas Públicas de Saúde e do Trabalhador, objeto de análise desse estudo.

1.2 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil a Partir da Década de 80 após a Reforma Sanitária

Para uma melhor contextualização da Política de Saúde no Brasil a partir da década de 80 até o final do mandato do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, é importante recuperarmos brevemente o panorama e a trajetória histórica percorrida pela mesma, principalmente no final da década de 70.

As primeiras manifestações das políticas de saúde brasileira ocorrem ainda na Primeira República (1889 -1930), através da implantação a nível nacional dos serviços de saúde pública dirigido pelo governo central, que segundo Noronha (1995), o governo adotou o modelo das campanhas sanitárias para as graves epidemias existentes nas áreas urbanas. Este modelo concentra suas decisões, intervindo de forma repressiva, favorecendo o surgimento e consolidação de uma estrutura administrativa de saúde centralizadora, corporativista e tecnoburocrática.

Ainda conforme o autor, este modelo da “ideologia campanhista” sobrevive por mais de 70 anos, no âmbito da burocracia sanitária, sendo este também, o aspecto principal na formação de planejadores e gestores dos

serviços públicos de saúde, e presente também nas secretárias estaduais de saúde. O ensino da saúde pública no Brasil vai estar subordinado a essa lógica até o início da década de 70, expandindo por todo país uma burocracia fortemente influenciada por essas idéias que, no processo de descentralização dos anos 80, ainda atuará corporativamente como forte agente de resistência (NORONHA, 1995).

A primeira etapa do governo de Getulio Vargas (1930 a 1945), “foi marcada pela intensa produção legislativa, com muitas inovações no campo das relações de trabalho e das políticas sociais, sobretudo na Previdência Social” (SILVA, M., 1995). Neste período, inicia-se na sociedade brasileira a tendência acentuada de consolidar o poder nacional centralizado, dando origem à organização e padronização nacional no serviço público.

Logo em 1930, com o Decreto nº 19.433 (de 26.11) cria-se o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, onde suas principais atribuições estavam relacionadas com Previdência. O novo Ministério impulsionou a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP'S, iniciada na Primeira República, mas consolidada a partir deste momento.

As políticas de assistência médica se manifestam com a criação do IAP'S, que segundo Noronha (1995, p.74),

os primórdios do desenvolvimento da assistência médica no Brasil estão centrados na prática liberal e no surgimento de instituições de cunho curativo e filantrópico (principalmente nas Santas Casas e Beneficência de grupos de imigrantes), destinados aos pobres e indigentes.

A Conferência Nacional de Saúde – CNS foi instituída em 13 de janeiro de 1937 através da Lei nº 378. As duas primeiras Conferências ocorreram respectivamente em 1941 e 1950, no qual trataram de estabelecer um campo institucional próprio ao sanitário, vinculado ao Ministério Saúde.

No final do período de 1946 a 1964 no Governo de João Goulart, aumenta o debate sobre o papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde, que tem como uma das grandes expressões a III Conferência Nacional de Saúde (1963), na qual propôs a radical municipalização da assistência a saúde no Brasil. Porém, este debate é brutalmente interrompido pela Revolução de 1964 e pelos 20 anos de ditadura militar subsequentes. Estas mudanças orientaram um crescimento da produção de atos médicos, construções de vários hospitais (financiado pelo setor público), laboratórios e serviços privados, multiplicação do número de egressos das faculdades de medicina e odontologia.

A década de 70 foi um período nítido de capitalização da medicina no país. Em 1975, a Lei nº 6.229 institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, que segundo Silva, M. (1995), era o modelo predominante na época, onde as instituições públicas e privadas tiveram suas competências definidas e as ações de saúde pública separadas, ou seja, as ações de atenção médica considerada não rentáveis designadas para setor estatal e as ações rentáveis para o setor privado.

No decorrer da década de 70 o modelo assistencial teve o Estado como o principal financiador, contudo este modelo apresentou vários problemas, como o de exclusão de parcelas expressivas da população, o modelo econômico vigente, e as pressões dos setores populares que começaram a surgir, em defesa de uma reforma sanitária.

Contudo, foi no governo do general Ernesto Geisel (1974-78), que as políticas públicas adquiriram as características que exerceram influências significantes nas mudanças ocorridas no sistema de saúde na década de 80,

sendo seu marco o II Plano Nacional de Desenvolvimento – PND, e a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS. Segundo Noronha (1995), uma das principais características seria a incorporação de segmentos populacionais à Previdência Social e ao sistema médico–hospitalar dela dependente, reduzindo aos poucos as barreiras burocráticas de acesso aos serviços de saúde, aumentando a oferta de serviços e a instalação de unidades de assistência.

No Brasil no ano de 1978 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, que ao longo dos anos seguintes consolida uma extensa rede de representações administrativas em todos os Estados.

Na década de 80 se presenciou transformações profundas no sistema de saúde brasileiro, determinadas pela política-institucional do país, que durante este período vivenciou a crise e o final do regime militar, uma transição conflituosa da redemocratização do país, com as primeiras eleições diretas em 30 anos para presidente da República e a elaboração da “Constituição Federal”.

Ainda conforme o autor, as políticas públicas de saúde traduziram, durante toda a década de 80, a dinâmica desta evolução, expandindo a cobertura assistencial e foi acompanhada por uma progressiva incorporação ao discurso oficial das bandeiras de luta da oposição.

O início da década de 80 também trouxe à tona a crise que a Previdência Social enfrentava ao longo das últimas décadas, que segundo Silva, M. (1995), para sociedade a crise tornou-se evidente por vários aspectos: no financeiro, pelos déficits e seus altos valores divulgados, baixos valores

benefícios, atraso nos pagamentos; no administrativo, ineficaz na fiscalização e cobrança de débitos, com a estrutura burocrática e desorganizada, poucos postos de atendimento; e nos indicadores éticos e político, devido a denúncias constantes de fraudes e corrupção, o clientelismo, um sistema incapaz de atender dignamente seus usuários.

Com esses acontecimentos, intensificam-se os movimentos de críticas ao modelo de saúde vigente, por parte dos movimentos populares. Na busca aparente de alternativas pelo poder central, o Ministério da Saúde, sem a participação popular, realiza a VII Conferência Nacional de Saúde (24/03/1980), tendo como tema os “Serviços Básicos de Saúde” ampliando o debate sobre a descentralização, tanto assistencial quanto organizacional.

Em 1981, segundo Noronha (1995), os setores governamentais da área econômica e da Previdência Social foram os responsáveis pela politização da questão da saúde, ao decretar falência do sistema e intensificar o debate público, tanto no Congresso Nacional como na imprensa.

Neste período também aconteceu um crescimento da produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores na crítica sobre as condições de saúde da população, propondo alternativas para construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática.

O sistema de saúde brasileiro no início da década de 80 encontra-se sob forte contestação devido suas características básicas, descritas da seguinte forma por Draibe (apud Noronha 1995, p.82):

- I. centralizador das decisões, a nível financeiro e operacional, no Governo Federal e, dentro dele no interior do INAMPS... que se constituiu no real ‘executor’ da política governamental para o setor como um todo;
- II. privilegiador de uma forma de financiamento que apoia-se na... captação de recursos independentes do orçamento

- fiscal... via contribuição sociais... extremamente vulneráveis às crises econômicas;
- III. cristizador de redes de atendimento separados e não integradas...;
- IV. privatizante, do ponto de vista da execução dos serviços...;
- V. deteriorador da capacidade instalada do setor público...;
- VI. constituidor de uma rede de equipamentos... (que) não obedeceu a critérios vinculados à distribuição dos problemas de saúde da população;
- VII. tendente a expandir cobertura, abrangendo um número cada vez maior de usuários, ainda que segmentado e diferenciando o acesso para distintos segmentos das classes subalternas;
- VIII. de planejamento, gestão, avaliação e controle cada vez mais difíceis...;
- IX. inefetivo naquilo que toca às necessidades nosológicas da população brasileira nas diferentes regiões do país e às necessidades de acesso, quantidade e qualidade de serviços...;
- X. atuando sem hierarquia, regionalização, sistemas de referência, mecanismos de integração e sendo predominantemente hospitalocêntrico.

O Governo Federal busca formular alternativas para crise financeira no país, durante 1981 e 1982, e nesta direção iniciaram a reorganização de serviços da saúde, especialmente em nível estadual, municipal e local. De todo o conjunto de medidas propostas, a única em consenso foi a de criação do CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, subordinado diretamente ao Presidente da República.

Através do plano da CONASP, surgiu as Ações Integradas de Saúde - AIS, e sua implementação visava alcançar níveis de articulação institucional com ações mais eficientes e eficazes. Teve seu primeiro período no ano de 1983-84, caracterizou-se pelas limitações da conjuntura daquele momento acompanhado pela crise da Previdência Social.

O Governo em 1982, não suportando mais os gastos da Previdência Social com o INAMPS, adotou medidas de reorientação da sua política médica, implantando a Autorização Internação Hospitalar - AIH, com objetivo de

modificar a forma de pagamento do setor privado contratado, estabelecendo o pagamento por diagnósticos e não mais por atos e, por outro lado as AIS já trazem uma característica de universalização. Além de possibilitarem uma maior integração entre as instituições públicas de saúde, as AIS, proporcionaram também a criação das Comissões Inter-Institucionais de Saúde - CIS e CIMS, que posteriormente constituíram-se nos atuais Conselhos de Saúde.

Em todos os planos havia uma idéia de integração da saúde pública com assistência médica individual, e por este motivo eles foram combatidos pelos grupos de médicos privados e pela própria burocracia do INAMPS. Esta pressão seria devido ao crescimento das empresas médicas advindas nos últimos anos, juntamente com os grupos médicos e convênios da iniciativa privada, que estavam lucrando financeiramente e incentivando a assistência médica privatizada, com a crise da saúde no Brasil.

Com o surgimento da Nova República em 1985, as estratégias das AIS vão ganhar expressão nacional, no esforço de implementação do programa caracterizado pela universalização do acesso aos serviços de saúde, a integridade das ações e a unificação dos serviços.

O movimento social se intensificou e foi possível uma discussão maior sobre os rumos que deveria tomar o sistema de saúde. Segundo Rodrigues Neto (1994), estava previsto nos planos do novo Governo a discussão das novas diretrizes jurídico-institucional do país, para debater a nova proposta de estrutura política de saúde, através da realização da Assembléia Nacional Constituinte, onde contou com a participação de vários segmentos sociais, e na convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Segundo Noronha (1995), em 20 de julho de 1987, através do Decreto 94.657, o presidente da República cria os Sistemas Unificados e Descentralizados - SUDS, e tinha como diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços, integridade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos; e sobrevive até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990.

Na VIII Conferência que ocorreu em 1986, discutiu a situação de saúde no país e aprovou um relatório, cujo suas diretrizes seria a construção de projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que já estava legitimada pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares. O referido Projeto foi em 1987, para discussão na Assembléia Nacional Constituinte, concorrendo com outras propostas e incluindo uma seção sobre Saúde na Constituição Brasileira.

A Reforma Sanitária, de acordo com Rodrigues Neto (1994, p.11), “é a proposta para democratização da saúde no país”. Para o autor, a saúde não é apenas conseguida com assistência médica, a saúde deveria ser compreendida como resultado das circunstâncias de vida das pessoas, ou seja, pelo acesso das pessoas ao emprego, a um salário digno, à educação, a uma boa condição de habitação e saneamento, a uma boa alimentação, à cultura e lazer; e claro ao acesso digno de um sistema de saúde com qualidade.

Significa que a conquista da saúde é de responsabilidade do Governo e da participação e fiscalização da sociedade, por meio de suas políticas sociais e econômicas. A saúde deve ser conscientizada como o direito das pessoas,

direito este adquirido pelo simples fato de existirem, de serem cidadãos e de pertencerem a uma sociedade.

A proposta que a Reforma Sanitária fez para reorientar o Sistema de Saúde Brasileiro que culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo seu princípio básico: a Saúde é direito de todos e dever do Estado.

Em 1988 a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. “Essa seção sobre a Saúde incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da 8º Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS”. (RODRIGUES NETO, 1994, p.13).

Esta foi uma grande vitória, que colocou a Constituição Federal brasileira entre as mais avançadas no campo do direito à saúde. Antes da promulgação da mesma em 1988, a saúde era entendida enquanto ausência de doenças, pois, o sistema era organizado de forma a atender em primeiro lugar, a demanda das pessoas que estavam à procura de assistência médica curativa.

Conforme Rodrigues Neto (1994), o SUS é um sistema, que é formado por instituições dos três níveis do governo (Federal, Estadual e Municipal), e o setor privado quando contratado pelo SUS, deve atuar conforme as diretrizes das normas do serviço público. O SUS deve atender a todos gratuitamente, conforme suas necessidades, na qual, independe se a pessoa contribui ou não com a Previdência Social; devendo atuar de maneira integral, isto é, não deve ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo, onde as ações de saúde devem estar voltadas para o indivíduo e para comunidade;

deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pelas execuções das ações. O SUS deve se organizar de forma racionalizada, de maneira que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população, e não como é hoje, onde em muitos locais existem serviços hospitalares, porém, inexistem os serviços básicos de saúde; deve ser eficaz e eficiente, pois, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando o um problema se apresenta na comunidade; e finalmente o sistema deve ser democrático, onde não haja exclusão das pessoas, sendo este, o direito de todos usufruírem seus serviços.

Na Constituição Federal em relação ao SUS, traz em seu Art. 198 os três principais alicerces, conforme Brasil (1998):

- ⌚ Descentralização com direção única em cada esfera do governo (Federal, Estadual e Municipal);
- ⌚ Atendimento integral com prioridades para as ações preventivas (vacinação, medicamento e saneamento básico) sem prejuízo dos serviços assistenciais (ambulatoriais, postos de saúde e hospitais);
- ⌚ Participação da comunidade (controlando o uso do dinheiro público, participando das decisões).

Ainda ficou estabelecido na Constituição Federal que o Sistema Único de Saúde deve:

- ⌚ Controlar e fiscalizar procedimentos gerais na área as saúde;
- ⌚ Executar ações de vigilância para dar condições de saúde prevenir doenças, inclusive as de saúde do trabalhador;
- ⌚ Na área de saúde a formação de recursos humanos;

- ⌚ Participar dos programas e da execução das ações de saneamento básico;
- ⌚ Desenvolver na área de atuação o científico e tecnológico;
- ⌚ Fazer a inspeção e fiscalização de alimentos;
- ⌚ Contribuir na proteção do meio ambiente, nele incluído o do trabalho.

Na Constituição de 88, a Saúde foi incluída dentro de um capítulo chamado de Seguridade Social, que conforme Rodrigues Neto (1994, p.13) “a Seguridade Social é o conjunto das ações de Saúde, Previdência Social (pensões, aposentadoria e outros benefícios financeiros) e Assistência Social”. A Saúde é financiada pela Seguridade Social, além de outras fontes (Estados, Municípios e outros recursos da União).

A Saúde é considerada como direito de todos, de responsabilidade do Estado e de relevância pública, com a Constituição Federal de 1988 (1999, p.117):

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art.197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A Constituição Federal previa também a elaboração e aprovação das Leis Orgânicas (cada uma dessas correspondentes a uma área da Seguridade Social), num prazo de seis meses, que no caso da saúde, a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Contudo, começaram as dificuldades, pois o Governo resistia a enviar o Projeto de Lei ao Congresso Nacional. Neste período, as preocupações

pragmáticas do Governo de José Sarney, eram garantir primeiramente, ao mandato de cinco anos para Presidente da República, e posteriormente, a sua própria sobrevivência política no ano de 1989, em decorrência da campanha eleitoral plena de denúncias e acusações, contra esse mesmo governo.

Os fatos políticos no final na década de 80, num contexto de grave e crescente crise fiscal, institucional e política do governo, produziram, uma ruptura no processo contínuo de maturação da reforma sanitária brasileira.

Conforme Noronha (1995, p. 106), ainda neste período

que durante todo ano de 1989, não se registra nenhuma iniciativa significativa para consolidação da Seguridade Social em termos de legislação complementar ou ordinária no Congresso Nacional, e os movimentos da sociedade civil perdem a capacidade de influenciar o andamento político das transformações no setor da saúde.

Somente no segundo semestre de 1990, já no governo de Fernando Collor, e após muita negociação do Ministério Saúde com o movimento da Reforma Sanitária, que é aprovada a Lei Orgânica da Saúde – LOS.

Para organizar o funcionamento do SUS, foi elaborada e aprovada a Lei Orgânica da Saúde – LOS – que é o conjunto de duas leis: Lei nº 8080 / 90 e Lei nº 8142 / 90, editadas, para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. São Leis nacionais que têm o caráter de norma geral, contém diretrizes e os limites respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios.

Apesar da resistência por parte do Governo, que não facilitava a implantação real do SUS, o processo não parou, pois, foram criadas os Conselhos de Saúde, nos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal).

Um fato importante neste processo, conforme Rodrigues Neto (1994, pg.14), foi que

só após o 'impeachment' de Collor e a posse do Governo de Itamar é que alguns passos mais concretos foram dados, especialmente com publicação, pelo Ministério da Saúde, da Norma Operacional Básica nº1, de maio de 1993, que estabeleceu normas e procedimentos para efetivar o processo de descentralização para Estados e Municípios de forma gradual, a partir do preenchimento de critérios de viabilidade em cada situação, até que cada Município pudesse ficar autônomo na condução e gestão do SUS no seu âmbito.

Ainda conforme o autor, na mesma época, foi dado um passo importante no processo de reestruturação do nível federal do SUS, com a extinção do INAMPS, sendo este, o foco de resistência à implementação do mesmo.

O controle social do Sistema Único de Saúde contará em cada esfera de governo, sem causar danos as funções do Poder Legislativo, com duas instâncias colegiadas que são: o Conselho de Saúde e a Conferência de Saúde. É sempre importante lembrar que tais instâncias resultam, na maioria das vezes, por meio de pressões e lutas populares, legitimadas pelo poder público.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, que devem existir em cada cidade, em cada Estado e um para todo País, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, nos aspectos financeiros e econômicos, na instância correspondente. Os Conselhos devem ser paritários, isto é, metade dos membros são os usuários da saúde, e a outra metade é dividida entre representantes do governo, de empresas privadas de saúde e funcionários públicos da saúde.

Os Conselhos se inserem como instâncias produtoras de efeitos sobre o funcionamento do Estado e da sociedade, e na contribuição para a democracia

de ambos, onde no âmbito do Estado imprime maior responsabilidade pública aos governos, e na sociedade, viabiliza a emergência de novos sujeitos políticos e identidades coletivas que,

conferindo “status público” a grupos de interesse até então excluídos, os conselhos funcionam também como catalisadores da disseminação de organizações civis que, independentemente da participação formal nesses órgãos, vão se constituindo como sujeitos políticos e aumentando sua capacidade de intervenção do processo da política pública. Numerosos grupos de interesse ganharam identidade e organização na sua interação com os conselhos. Exemplo notável é dado pelas organizações de pacientes ou portadores de patologias, de importância crescente na arena de saúde, dentro e fora dos conselhos (CARVALHO, 1988 apud SOUSA, 2003, p.80-81).

A Conferência de Saúde reunirá vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. As Conferências municipais e estaduais são realizadas a cada dois anos e a Conferência Nacional ocorre a cada quatro anos.

As Conferências de Saúde constituem-se em espaço de intermediação entre os interesses da sociedade civil e do Estado, sendo que, esse espaço, em alguns momentos: ora se assenta no agravo das diferenças ou dos conflitos inconciliáveis, ora destaca o estabelecimento de pactos ou conflitos conciliáveis, em outros, enfatiza a prevalência do interesse público.

A importância das Conferências de Saúde repousa, portanto, na possibilidade concreta de favorecer o exercício da democracia participativa. É que, nesta, os serviços mantidos com recursos públicos tem, na definição de suas diretrizes, a participação dos segmentos para os quais são dirigidos, além dos operadores do processo e mais os responsáveis pelos meios de sua prestação, está na possibilidade concreta (SOUSA, 2003.p.81).

A potencialidade das Conferências consiste em estimular as pessoas a serem protagonistas na vida pública, não apenas a cada processo eleitoral,

mas de forma permanente, através de suas entidades representativas, nesta concepção, o respeito à diversidade e o favorecimento da autonomia e da liberdade, podem ser conquistados. A sociedade civil, a quem interessa melhores condições de vida e da democracia, deve difundir suas idéias, e participar no controle social potencializando assim, conquistas nas políticas públicas de saúde.

Nessas Conferencias são debatidas as propostas de novas políticas e ações, para os diversos segmentos da sociedade a partir de suas atuais necessidades, como as políticas de atuação à saúde da mulher, idoso, saúde pública, à família e ao trabalhador, sendo que esta última vem construindo desde sua origem uma trajetória que passaremos a seguir.

1.3 As Políticas de Saúde do Trabalhador

A partir dessa política geral vão ocorrendo a setorização dessas políticas, que por sua vez, vão se constituindo a partir das suas especificidades, sendo implementadas e fortalecidas. No caso em questão, como políticas públicas de saúde ao trabalhador, as quais vem assegurar a estes, acesso a saúde e previdência, tanto em nível de prevenção, quanto em nível assistencial.

Para falarmos sobre esta questão, é importante resgatar a sua origem, para tanto, faz-se necessário iniciarmos com período que coincide com a primeira guerra mundial, e que devido, manifestações e reivindicações ocorridas em diversos Congressos de Trabalhadores, levaram à Conferência da Paz em 1919, organizada pela Sociedade das Nações, a criar, pelo Tratado

de Versalhes, a Organização Internacional do Trabalho - OIT. Segundo Sússekind (1994, p. 8), “a OIT foi criada com propósito de dar às questões trabalhistas um tratamento uniformizado, com fundamento na justiça social”.

O sistema de Seguro Acidente do Trabalho - SAT, foi criado no Brasil em 1919, Decreto Legislativo nº 3724, de 15/01/1919, se tornando a primeira Lei de Acidente do Trabalho (como decorrência da primeira greve geral do país, realizada em 1917). Seu caráter era eminentemente indenizatório, aplicável apenas à indústria e controlado por seguradoras privadas. Em 1921, a OIT fez a recomendação de se organizar em estabelecimentos industriais “Comissões de Segurança do Trabalho”, no qual, o Brasil adotou esta recomendação somente duas décadas depois.

Como salienta Oliveira, H. (1996), já no período colonial ocorria indício de programas de Previdência Social no Brasil, onde na década de 1920 é que se começa a desenvolver as instituições assistenciais e previdenciária. Com a Lei do Deputado Eloy Chaves em 1923 é dito como marco da Previdência Social brasileira, através da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensão – CAP's. Sendo que através da Lei de Eloy Chaves articula-se uma abordagem paternalista da reforma social, que fluía a partir do sentido de controle social onde essa Lei estabeleceu bases legais e conceituais para lidar com a questão social.

As CAP's, eram fundos colhidos pelos empregadores e operários, para garantir aposentadoria e assistência a saúde para os trabalhadores, para tanto, essas caixas de aposentadoria e pensão era por empresa, por isso, as pessoas teriam que estar trabalhando para receber tal benefício. Como indaga Malloy (1986, p. 75),

as CAPs deveriam funcionar como entidades autônomas semipúblicas, sob supervisão do governo. A entidade pública específica, reguladora, era o Conselho do Trabalho que assumiu o dever de aconselhamento sobre os assuntos ligados à previdência social, bem como sobre as relações de trabalho.

Na década de 30, o Estado procurou tomar medidas de assistência social e proteção ao trabalho, pois o operariado nascente tornou-se motivo de preocupação política, e não podemos deixar de citar o surgimento do Serviço Social no Brasil neste período.

A ditadura do Governo Vargas, segundo Silva, M. (1995), baseava-se numa Constituição autoritária, pela qual o Congresso, as Assembléias e as Câmaras Municipais foram fechados e o presidente da república governara por Decretos. O Estado brasileiro, então foi definindo seu papel na regulação das relações sociais a partir da formulação das Políticas Sociais que foram tomando forma através de Legislação Trabalhista, Sindical, Previdenciária e Assistencial.

Com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPS, estes passaram a ser organizados por categorias profissionais e, o Estado foi quem gerou essas instituições, vinculadas estreitamente ao poder central.

Ainda neste período, como fora comentado no capítulo anterior, surge a Lei nº 378 em 13 de janeiro de 1937 que instituiu a Conferência Nacional de Saúde - CNS.

Em 1941 e 1945 foram realizadas (respectivamente) as duas primeiras Conferências, no qual estabeleceu-se um campo institucional próprio ao sanitarismo, vinculado ao Ministério da Saúde.

Conforme, Brasil, L. (2002), em 1º de maio de 1943 através do Decreto - Lei nº 5.452, foi instituído a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT; e em 10 de Novembro de 1944 através do Decreto - Lei nº 7.036, que ficou conhecida como Nova Lei de Prevenção de Acidentes (conforme recomendação da OIT em 1921), que mais tarde seria criada a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA.

No Governo de João Goulart (1961-1964) ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde, tendo seus temas abordados a situação sanitária, a municipalização e a Política Nacional de Saúde. Também, neste período, são criados pelos tecnocratas do Ministério do Trabalho as Carteiras de Acidentes de Trabalho – CAT do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriais.

A Lei Orgânica de Previdência Social – LOPS foi sancionada em 1960, pela Lei nº 3.807, unificando

o Regime Geral da previdência social para atender todos os trabalhadores sujeitos ao regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), excluídos, no entanto, os trabalhadores rurais e domésticos e os profissionais autônomos. Estes, porém, constituíam parcela significativa da população economicamente ativa, prestando serviços indiretos ao esforço de acumulação. Os funcionários públicos, civis e militares, continuavam vinculados a seus próprios sistemas (OLIVIERA, H. 1996, p.62).

O movimento militar de 64 provocou mudanças no sistema previdenciário, caracterizado pela unificação do sistema, centralização administrativa, e o fim da co-gestão, ou seja, o regime político autoritário desmobilizou a classe operária e setores populares, ocorrendo à intervenção do Estado na previdência social, excluindo a representação dos trabalhadores nas decisões. O Decreto – Lei nº 72/66 unificou as instalações previdenciárias,

criando em seu lugar o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, filiando todos os trabalhadores independentes de categorias.

Em 1964 ocorre o golpe de Estado, que conforme Faleiros (1992), é marcada pela chegada dos militares (aliança entre militares – tecnocratas - capitalistas internacionais) no poder, uma grande expansão na industrialização voltada aos bens duráveis, fundamentada no aumento da produtividade e no prolongamento da jornada de trabalho, e beneficiando as elites através da livre empresa sem intervencionismo do Estado (Estado Liberal).

Ainda segundo autor, a primeira fase do Golpe de Estado é dirigida por Marechal Castelo Branco, e seu governo é registrado por uma série de decretos-leis, no qual destacamos o Decreto - Lei n° 293, de 28/02/1967 que considera os seguros de acidentes do trabalho como seguros privados.

Neste mesmo Governo, foi realizado em 1966, a IV Conferência Nacional de Saúde, na qual, se tratou setorialmente sobre recursos humanos. Também foi criado a Fundação Centro Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho – FUNDACENTRO, pela Lei n° 5161 de 20/10/66, que tinha como finalidade de cuidar dos aspectos preventivos dos acidentes do trabalho, sendo o mesmo financiado pro entidades públicas e empresas privadas.

Em 1967, surge as Comissões Internas de Acidentes – CIPA, que por disposição legal, obrigava a instalação de CIPA nas empresas, cujo número de empregados ultrapassasse a uma centena. Através do Decreto – Lei n° 229, de 26/02/1967, a CIPA nas empresas passou a integrar a CLT.

Na década de 70, seu marco foi à criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS (1974), onde então, este Ministério passa ser a instituição que administra o sistema de previdência social, “com a função de

supervisionar e coordenar programas específicos, tais como o INPS, bem como desenvolver programas de previdência e assistência”, como salienta Oliveira, H. (1996, p. 64).

O período de Governo do General Ernesto Geisel (1974–1978), foi marcado pelo o número de acidentes de trabalho foi muito elevado no país, assim como, os baixos salários. Porém, o governo autoritário articula medidas (leis na previdência e prevenção) visando às políticas de retorno ao trabalho, aumento da produtividade, diminuição dos custos da prevenção passando pela profissionalização da prevenção.

Em relação aos trabalhadores acidentados, estes para terem direito aos benefícios assistenciais e previdenciários, devem ser submetidos à avaliação pericial da Previdência e ou do Judiciário, conforme o caso, assim como as condições de trabalho são analisadas pelos engenheiros de segurança. Por sua vez, o Estado incentiva convênios para manter serviços médicos nas empresas, no qual, os quinze primeiros dias de ausência do trabalho o acidentado fica a encargo da empresa.

Podemos verificar alguns acontecimentos deste período, como a V Conferência Nacional de Saúde, ocorreu em Agosto de 1975 e foi constituída por cinco temas oficiais: o Sistema Nacional de Saúde; o Programa de Saúde Materno – Infantil; o Sistema de Vigilância Epidemiológica; o Controle das Grandes Endemias e a Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.

A Lei n° 6367, de 10/10/76, de benefícios relacionado ao acidente de trabalho, e faz distinção entre as doenças profissionais e doenças do trabalho, que segundo Faleiros (1992, p. 237), “são doenças profissionais (§ 1° do art.2) aquelas inerentes ou particulares a um ramo determinado de atividade e

presente na relação organizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social”.

Em agosto de 1977, ocorreu a VI Conferência Nacional de Saúde, tendo como temas: a situação das grandes endemias; a interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde, e nos Anais desta Conferência, houve registro sobre a atribuição dos Ministérios, entre esses destacamos algumas competências para o Ministério do Trabalho que especifica alguns aspectos de saúde voltada à relação de trabalho,

quando à Higiene e Segurança do trabalho, a Prevenção de Doenças Profissionais e do Trabalho, a Proteção e disciplina Corporativa e Política Salarial das Profissões de Saúde, cabendo-lhe particularmente: a) Desenvolver as atividades de Higiene e Segurança do Trabalho em consonância com as necessidades da área de saúde e tendo em vista a prioridade das ações preventivas; b) Desenvolver Programas de Preparação de Mão-de-obra para setor saúde (BARROS e FREITAS, 1988 apud SILVA, C. 2002, p. 21).

Em setembro deste mesmo ano, foi criada através da Lei nº 6439 (01/09/77), o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, tendo como objetivo a reorganização e racionalização dos gastos com atendimento médico do INPS (devido o reconhecimento formal da crise previdenciária). A partir desta nova modificação, como salienta Oliveira, H. (1996, p. 65), “distribuíram-se atividades específicas em instituições especializadas, abandonando-se o critério de classificá-las por clientela, como vinha sendo adotado”.

Autora ainda continua, que o SIMPAS, seria constituído por uma nova estrutura administrativa, aos órgãos da Previdência Social, composta por três autarquias (IAP's, INPS e INAMPS), duas fundações (Legião Brasileira de Assistência - LBA e a Fundação Nacional de Bem-Estar ao Menor –

FUNABEM), uma empresa pública (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV) e um órgão autônomo (Central de medicamentos – CEME).

A arrecadação descontada na folha de pagamento dos trabalhadores urbanos seria uma das principais fontes de renda para manter o SIMPAS, sendo este, o órgão responsável para atender a demanda da problemática da saúde do trabalhador, e seus dependentes. Como destaca Oliveira, H. (1996, p. 76-77),

a partir da implantação do SIMPAS, restringiu-se à competência do INPS ao desenvolvimento de programas de previdência social urbana e rural, abrangendo: a) os benefícios e outras prestações em dinheiro, inclusive os relativos a acidente do trabalho; b) a realização dos exames médico-periciais indispensáveis à instrução desses benefícios; c) reabilitação profissional do segurado incapacitado por doença ou acidente de trabalho e do aposentado ou pensionista inválido; d) a prestação de serviço social aos beneficiários em suas necessidades relacionadas com os programas do Instituto.

Nessa perspectiva insere-se o Serviço Social, como uma profissão cuja intervenção deverá se voltar para elaboração de programas, para os beneficiários da Previdência Social que se encontram afastados do trabalho por doença ou que estejam em auxílio doença. Procura também, auxiliar o segurado em seu relacionamento com o INPS e com os demais recursos do SIMPAS, visando solucionar os problemas decorrentes de situação de risco social cobertas pelo regime da previdência, busca também a habilitação ao benefício, manutenção do vínculo previdenciário e a reintegração à força de trabalho.

Em 22 de dezembro de 1977, através da Lei nº 6514, oficializava-se mais uma revisão do Capítulo V, do Título II da CLT. Nesta revisão a CIPA ganhou mais ênfase, nos enunciados dos artigos 163, 164 e 165 da CLT.

Em 08 de Junho de 1978, através da Portaria nº 3214, institui-se as 28 Normas Regulamentadoras - NR, de Segurança e Medicina do Trabalho, do Capítulo V da CLT, na qual, falaremos um pouco mais sobre a Norma Regulamentadora da Ergonomia (NR17), no decorrer do trabalho.

Durante a década de 80, é que ocorrem as mudanças profundas no panorama histórico na sociedade brasileira, e como já mencionado anteriormente, a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS (1986), foi um momento importante para o progresso da questão da Saúde do Trabalhador, incluindo definitivamente esta temática no âmbito da saúde.

Através de um grupo de técnicos da área, com a VIII Conferência, surgiu a idéia de promover a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – CNST. Ainda no ano de 1986, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, sugeriu que incluísse as ações de saúde do trabalhador entre as competências do Sistema Único de Saúde.

Segundo Silva, C. (2002), foi possível perceber a alteração do discurso nesta VIII Conferência que além de incluir a Saúde do Trabalhador, também o considera como competência dos Órgãos Governamentais, no qual, os trabalhadores fazem parte do processo, através do conhecimento e controle. Isto significa, que o trabalhador passa ser responsável pela sua saúde e pelo seu ambiente de trabalho, combatendo assim, a alienação do sistema de produção de trabalho.

Sendo oportuno ressaltar, que em 1983 ocorreu a Criação da Central Única dos Trabalhadores – CUT, em que ao longo desses anos, a ação sindical, luta por melhores condições de vida, saúde e trabalho são parte de sua trajetória.

Como já comentado anteriormente, com promulgação da Constituição de 88, foi aprovada uma seção sobre saúde, sendo esta incluída no Capítulo da Seguridade Social, e seguindo a lógica cronológica, quatro anos depois da VIII Conferência, para estruturar o funcionamento do SUS, foi elaborada e aprovada a Lei Orgânica da Saúde – LOS. A Lei nº 8080 / 90 e Lei nº 8142 / 90 foram editadas para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde.

Segundo Freitas (2000, p. 71), a Lei nº 8080 de 19/09/90 regulamentou o texto constitucional, explicitando ainda mais as responsabilidades e atribuições do SUS na execução de ações em saúde do trabalhador, principalmente no Artigo 6º:

§3º- Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que destina, através das ações de vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Com a publicação pelo Ministério da Saúde, da Norma Operacional Básica nº 1 de Maio de 1993 se estabeleceu normas e procedimentos para efetivar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, onde ficou estabelecida gradualmente a responsabilidade de atendimento por parte do Estado e do Município, tornando-se assim autônomo na condução e gestão do SUS.

Atualmente a Saúde do Trabalhador vem sendo amplamente debatida nas mais recentes Conferências de Saúde, tanto na esfera Federal, Estadual e Municipal, o que tem contribuído para a abertura de novos debates, principalmente de algumas situações mais recentes ligadas ao avanço e

inserção da tecnologia nos processos de trabalho e que vem trazendo novas demandas de prevenção e assistência ao trabalhador. Quanto à operacionalização dessas políticas na esfera do Estado são os órgãos estaduais os principais gestores, junto aos trabalhadores conforme apresentamos a seguir.

1.4 Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina e o Programa de Saúde do Trabalhador

O início dos anos 70 representa um marco para a regionalização dos serviços de saúde em Santa Catarina. Com a Reforma Administrativa Estadual em 1970 cria-se a Secretária de Saúde, que segundo Chede (2002), sua área de competência inclui saúde pública, atividade médica e paramédica, assistência médico-dentária e hospitalar, e atividades complementares. A estrutura da Secretária de Saúde é composta pela Coordenação de Saúde Pública e Hospitalar (órgão central), Departamento Autônomo de Saúde Pública - DASP e a fundação Hospitalar de Santa Catarina - FHSC (os dois órgãos descentralizados).

A Secretária de Saúde de 1970 a 1973 elabora um projeto denominado de Reorganização dos Serviços de Saúde Pública do Estado ou Projeto CARS (Centros Administrativos Regionais de Saúde), e que através deste projeto, ocorreu a divisão do Estado em seis regiões geo-sanitárias. A implantação da Secretária Estadual de Saúde foi executada gradativamente em 1973, tendo como principal finalidade a implementação de uma estrutura técnica

administrativa a nível intermediário, com competência de assegurar nas unidades de saúde locais condições de oferecer atenção integral de saúde à população.

Contudo, a extinção do CARS ocorre com o surgimento da Lei Orgânica da Saúde – LOS (as Leis 8080/90 e 8142/90), que em seu preceito legal o conjunto dessas duas leis são para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde.

Ainda conforme Chede (2002), a Lei nº 8245 (17/04/91), que dispõe sobre a estruturação da administração pública, e sobre as diretrizes para a reforma administrativa do poder executivo e entre outras entidades da administração indireta, extingue o DASP e FHSC (extintos como resultado do cumprimento da Lei Orgânica de Saúde de 1990).

A Lei Orgânica da Saúde consolidou o gestor único para a saúde que é o SUS, em cada esfera de Governo (União, Estadual, Municipal). Para atender as diretrizes do SUS, a Secretária de Estado de Saúde reorganizou-se, onde atualmente no Estado fazem parte de sua estrutura: 10 unidades próprias hospitalares e 18 unidades administrativas regionais de saúde.

O Hospital Infantil Joana de Gusmão é parte integrante do contexto estrutural das unidades hospitalares vinculadas a Secretária Estadual de Saúde, que a nível estadual é uma das entidades gestoras, com o compromisso de cumprir adequadamente as diretrizes do SUS.

A Secretária (SES) tem como missão,

assegurar todos os cidadãos do Estado o acesso aos serviços de saúde, coordenando, planejando e avaliando a política e as ações de saúde no Estado, tendo como referência a resolutividade dos serviços, o estímulo a parcerias, regionalização da saúde e controle social, visando a promoção e a recuperação da saúde da população (CHEDE, 2002, p.75).

Porém, sabemos que serviços de saúde mesmo depois de todos avanços na Constituição Federal, a rede pública continua excluindo a população, mesmo que em alguns casos de forma mascarada, em que o direito assegurado por Lei se encontra banalizado pela crescente burocracia, em filas de espera para tratamento, e cortes nas verbas destinadas a saúde.

Com a Lei nº 8080/90, a saúde do trabalhador abrange a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional, com a participação no âmbito da competência do SUS no três níveis de gestão. Também é de responsabilidade do SUS desenvolver a formulação de políticas econômicas e sociais que visem a promoção da saúde, garantindo as pessoas e a coletividade condições de bem estar físico, mental e social.

Sendo assim, cabe ao Ministério da Saúde a coordenação nacional da Política de Saúde do Trabalhador, assim como é de competência do SUS a execução de ações pertinentes a esta área, conforme determinam a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde, como também, as determinações contidas na NOB - SUS 01/96 (incluir a saúde do trabalhador como campo de atuação da atenção a saúde, necessitando de detalhamento para produzirem efeito de instrumento operacional). E com a Instrução Normativa nº1 (15/05/97), do Ministério da Saúde, que recomendam à publicação e aprovação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST.

Esta Norma (NOST), é complementar a NOB - SUS (01/96), e que em seu Art. 1º tem como objetivo orientar e instrumentalizar a realização das ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, urbano e rural, dirigidos pelos seguintes princípios básicos:

I- *Universalidade e eqüidade, onde todos os trabalhadores, urbanos e rurais, com carteira assinada ou não, empregados, desempregados ou aposentados, trabalhadores em empresas publicas ou privadas, devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde;*

II- *Integralidade das ações, tanto em termos do planejamento quanto da execução, com um movimento constante em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas de vigilância da saúde, uma vez que os agravos à saúde, advindos do trabalho, são essencialmente preveníveis;*

III- *Direito à informação sobre a saúde, por meio da rede de serviços do SUS, adotando uma prática cotidiana o acesso e o repasse de informações aos trabalhadores, sobretudo os riscos, os resultados de pesquisas que são realizadas e que dizem respeito diretamente à prevenção e à promoção da qualidade de vida;*

IV- *Controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas;*

V- *Regionalização e hierarquização das ações de saúde do trabalhador, que deverão ser executadas por todos os níveis da rede de serviços, segundo o grau de complexidade, desde as básicas até as especializadas, organizadas em um sistema de referência e contra-referência, local e regional;*

VI- *Utilização do critério epidemiológico e da avaliação de riscos no planejamento e avaliação das ações, no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos;*

VII- *Configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho.*

Referente a mesma Norma podemos encontrar no seu Art. 2º, que é de competência dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a execução de ações na área de saúde do trabalhador, considerando as diferenças de gênero.

Ainda em seu Art. 3º, é delegado aos Municípios, por intermédio de suas Secretarias de Saúde, a realizações de ações discriminadas, conforme a condição de gestão em que estejam habilitados, como seguem:

I - Na Gestão Plena de Atenção Básica, assumirá as seguintes ações de saúde do trabalhador:

a) *garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, por meio da rede própria ou contratada, dentro de seu próprio nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir;*

b) *realização de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação das situações de risco e a tomada de medidas pertinentes para a resolução da situação e a investigação epidemiológica;*

c) *notificação dos agravos a saúde e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como base de dados de interesse nacional;*

d) *estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em saúde do trabalhador;*

e) *utilização dos dados gerados nas atividades de atenção à saúde do trabalhador, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de saúde neste campo, e alimentar os bancos de dados de interesse nacional;*

II - Na Gestão Plena do Sistema Municipal, assumirá, além das já previstas pela condição de Gestão Plena de Atenção Básica, as seguintes ações de saúde do trabalhador:

a) *emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações (seqüelas) deles resultantes, por meio de recursos próprios ou do apoio de outros serviços de referência;*

b) *instituição e operacionalização de um sistema de referência para o atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, capaz de dar suporte técnico especializado para o estabelecimento da relação do agravo com o trabalho, a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da saúde, assim como para a realização dos encaminhamentos necessários que a situação exigir;*

c) *realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendo o levantamento e análise de informações, a inspeção*

sanitária nos locais de trabalho, a identificação e avaliação das situações de risco, a elaboração de relatórios, a aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica;

d) instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional, direta ou indiretamente a eles expostos;

Parágrafo único. O Município deverá manter unidade especializada de referência em Saúde do Trabalhador, para facilitar a execução das ações previstas neste artigo.

Estas são algumas Normas existentes referentes atenção à saúde dos trabalhadores. O Sistema de Saúde no Brasil está aos poucos se institucionalizando na rede pública de serviços, atual SUS, que busca edificar uma prática de saúde inovadora, dirigida aos trabalhadores submetido às controvérsias intrínsecas ao campo das relações de saúde e trabalho, e também à crise da saúde presentes na atualidade. Salientarmos que muitas vezes o referido assunto pode ficar na ideologia e acaba por não se concretizar.

A Secretária de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina implica na reorganização do modelo de gestão do SUS, sendo que é de fundamental importância ao desenvolvimento das ações (que colaboram para a diminuição das doenças e agravos), o reconhecimento do

ambiente de trabalho, não apenas como um espaço de ocorrência de doenças ocupacionais, mas também como um distrito sanitário, no qual o estilo de vida, a alimentação, as relações de trabalho, as condições ambientais e o histórico genético/ familiar, são fatores potenciais de agravamento da saúde que transcendem a questão doença/ambiente de trabalho,

exige novos paradigmas de gestão (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE).

Neste sentido foi criado o Programa de Promoção da Saúde do Trabalhador, que referencia -se no conceito integral da saúde, cujo, o objetivo está voltado para o desenvolvimento das ações preventivas, e para a redução dos fatores que potencializam os agravos da saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e nas relações de trabalho. Preocupação esta, que com a passar dos tempos, surge também por parte das empresas em promover a saúde do trabalhador.

Segundo as informações desse Programa, a sua principal diretriz será:

motivar as organizações empresariais e de representação sindical, públicas e privadas, a compreender e intervir nos problemas de saúde no ambiente de trabalho, formulando estratégias de superação dos agravos decorrentes do ambiente e dos processos de trabalho, e daqueles resultantes dos fatores sociais, culturais e biológicos próprios de cada indivíduo.

As organizações empresariais para ingressarem no Programa deverão manifestar seu interesse na implantação do mesmo, através de contato com as Unidades Regionais de Serviço da Secretária de Estado da Saúde, ou em contato com a Gerencia de Atenção Básica – SC.

Nesse Programa englobam várias questões referentes à saúde do trabalhador, como podemos verificar em uma das justificativas do Programa que,

além dos agravos decorrentes do ambiente do trabalho que produzem as doenças conhecidas como doenças ocupacionais, doenças do trabalho e acidentes de trabalho, o estilo de vida do indivíduo, associado a hábitos inadequados como dietas não apropriadas, stress, sedentarismo, fumo, álcool e outras práticas negativas, resulta em elevação do absenteísmo, diminuição da produtividade e doenças que devoram boa parte do lucro das organizações e produzem prejuízos de ordem física e econômica à família do trabalhador.

Salientamos que, algumas dessas questões serão abordadas no decorrer do trabalho, principalmente a questão do absenteísmo no Hospital Infantil, que foi fonte de pesquisa.

A Promoção da Saúde do Trabalhador, busca em seu conceito, que o trabalhador tenha mais qualidade de vida, e não apenas a ausência de doenças, possibilitando a prevenção de agravos maiores no futuro, assim como, possibilitando uma melhora na execução da produção do seu trabalho.

Conforme Dias (1996, p.27), podemos conceituar saúde do trabalhador como “uma prática social instituinte, que se propõe a contribuir para a transformação da realidade de saúde dos trabalhadores, e por extensão a da população como um todo, a partir da compreensão dos processos de trabalho”. Esses processos de trabalho podem estar vinculados aos processos de trabalhos particulares, de forma articulada ao conjunto de valores, crenças e idéias e representações sociais próprios de um momento da história humana, como também ao consumo de bens e serviços. Aqui, o trabalho é entendido como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital.

No item a seguir iremos apresentar o Hospital Infantil, este grande pólo de referência no Estado no atendimento hospitalar pediátrico e o universo de serviços que oportunizados pela estrutura administrativa e pela estrutura de Recursos Humanos que o compõe.

2 A PRÁTICA INTERVENTIVA DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO JUNTO À SAÚDE DO TRABALHADOR DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

2.1 Hospital Infantil e suas Diretrizes e Função Social

O Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG, é uma Instituição pública vinculada à Secretaria Estadual da Saúde (SES). Seu trabalho está direcionado ao atendimento de pediatria, à criança de 0 a 15 anos de idade, de todo o Estado de Santa Catarina. Seu principal objetivo é prestar auxílio e atendimento primário, secundário e terciário a todas as crianças e adolescentes do Estado de Santa Catarina que são encaminhados para esta Instituição.

O Hospital Infantil localiza-se no bairro da Agrônômica, na rua Rui Barbosa, nº 152, e possui uma área física de 22.000 m², e em sua estrutura física possui: uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI Geral, uma UTI Neonatal, Centro Cirúrgico, Ambulatório, Hospital Dia (atendimento a crianças com HIV), Ambulatório Oncológico, Serviços de Emergências (Interna e Externa), Unidade de Internação, Unidade de Queimados, Unidade para doenças infecto-contagiosas, Banco de sangue, Berçário, Centro de Estudos, Farmácia, Laboratório, Área de Radiologia, Área Administrativa e Área de Apoio (lavanderia, nutrição, manutenção, higienização e etc).

Atualmente o HIJG conta com 146 leitos ativos, e segundo informações da Subgerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos (RH), no ano de 2002 foram realizadas: 6.777 internações, 40.111 atendimentos ambulatoriais, 99.410 atendimentos na emergência. Enquanto que no ano de 2003, até o mês de outubro, foram realizadas: 7.332 internações, 59.270 atendimentos

ambulatoriais, 93.668 atendimentos na emergência, podemos assim, verificar um aumento quantitativo nos atendimentos.

Segundo Chede (2002), o HIJG tem como diretrizes básicas o Sistema Unificado de Saúde – SUS, e as políticas do governo do Estado conforme Lei nº 8.080 de 19/09/1990 e a Lei nº 8.142 de 28/12/1990.

O quadro funcional do HIJG está composto por 827 funcionários, no qual 667 são estatutários, 117 contratados pela consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e 43 funcionários são terceirizados.

Os servidores estatutários possuem benefícios diferenciados dos outros trabalhadores da mesma Instituição. Estão nesta condição por terem sido inseridos na Instituição através de concurso público.

Já os funcionários contratados têm seus direitos garantidos pela consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e a cada término de contrato provoca a insegurança de permanecer ou não no emprego.

Os funcionários terceirizados são principalmente aqueles que trabalham na área de higienização do HIJG, no entanto, a responsabilidade dos seus direitos, pertence à empresa contrata para fornecer tais serviços para a Instituição.

Neste quadro funcional os profissionais estão distribuídos em nível de apoio que envolve cargo de agente de serviços gerais, telefonistas, artífices I e II, auxiliares de enfermagem, nível técnico em atividades administrativas e de enfermagem e nível superior.

O HIJG é uma Instituição de renome Nacional, considerado um Hospital Referência, verifica-se então, que quando uma Instituição recebe um título de valor como este, ela está fornecendo aos seus usuários um atendimento de

qualidade. No entanto, o bom andamento dos serviços prestado está relacionado diretamente com o fator humano, isto é, o funcionário do HIJG, que pela sua competência e dedicação ao trabalho é o grande responsável pelo título de Hospital Referência que à Instituição recebeu.

Verifica-se claramente a diferenciação que há entre as três formas de geração de emprego na Instituição. No entanto, o profissional responsável pelo gerenciamento de pessoal, necessita estar consciente e esclarecido das leis que regem as três formas de contratação de emprego, para poder orientar os seus funcionários e/ou servidores.

Sendo assim, a Coordenadoria de Administração e Desenvolvimento Organizacional em Recursos Humanos, responsável pelos servidores que fazem parte do quadro funcional do HIJG, foi dividida em três subgerência, conforme o organograma do HIJG (Anexo A), para melhor atender aos anseios e necessidades de seus funcionários e também da Instituição. Portanto, as subgerências são: Subgerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Subgerência de Administração de Recursos Humanos e a Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor (SGAPOS).

2.2 A inserção do Serviço Social na Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor do Hospital Infantil

A Subgerência de Apoio e Orientação ao Servidor – SGAPOS, foi local de realização do estágio curricular obrigatório. A SGAPOS é responsável pelo

atendimento ao servidor, está sob a responsabilidade de uma assistente social, e seu trabalho está norteado pelas Políticas Públicas do Trabalho como a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e o do Estatuto dos Servidores Estaduais, além das Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador, Normas Regulamentadoras, bem como seu instrumental metodológico e técnico-operativo e categorias teóricas da profissão. Tem como função orientar os servidores dos seus direitos trabalhistas, bem como, tem responsabilidade de promover atividades que proporcionem aos funcionários uma qualidade de vida melhor no local de trabalho, articulando os direitos e deveres, entre a Direção do HIJG e os servidores.

Os instrumentos teóricos utilizados estão contidos em textos referentes à Antropologia, Filosofia, Acumulação Capitalista, Política Social, Sociologia, Direito, Formação sócio-histórico do Brasil, Desigualdades Sociais, Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social, Administração, Economia Política, Ciência Política, Ciências Sociais e Saúde, Processo de trabalho, Planejamento em Serviço Social, Pesquisa e Ética profissional. A interdisciplinaridade de conhecimentos se faz presente e necessária, para a eficiência dos instrumentos teóricos, e posteriormente na execução da prática profissional.

A metodologia aplicada que viabiliza o estudo a análise, a intervenção e avaliação e os instrumentais técnicos operativos são: encaminhamentos, as observações, as entrevistas, visitas domiciliares, encaminhamentos, reuniões, parecer social, planejamento estratégico, entre outros.

Na SGAPOS as ações realizadas são direcionadas a promoção da saúde do trabalhador. E referente ao Programa de Saúde do Trabalhador da

Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina, a Assistente Social Dirce Maria Martinello, responsável pela Subgerência, o mesmo foi utilizado uma única vez, quando foi implantado o “Projeto Controle de Tabagismo e Prevenção de Câncer”, no qual, os demais Programas, que serão apresentados posteriormente, não houve qualquer envolvimento com o Programa desenvolvido pela Secretaria.

A Assistente Social através da Subgerência, procura alcançar o bem estar dos funcionários, desenvolvendo trabalhos relacionados com a sensibilização das pessoas, como o caso da abertura de um Espaço Cultural no HIJG, palestras que proporcionem informações sobre saúde.

Também existe uma grande preocupação por parte desta Subgerência no que se refere às Políticas de Saúde do Trabalhador da Saúde, que através da parceria e apoio da FUDACENTRO¹, buscam soluções para os problemas, que em alguns casos podem ser emergenciais, bem como, também as ações de caráter preventivo, para que o trabalhador possa usufruir um ambiente mais saudável.

Em relação aos programas desenvolvidos neste Departamento, podemos destacar alguns projetos que estão ligados diretamente à saúde do trabalhador no HIJG:

- ⌚ **Projeto Controle Tabagismo e Prevenção de Câncer:** foi implementado no ano de 2001 no HIJG, que tem como objetivo dar apoio aos servidores que desejam parar de fumar e precisam de incentivo. Para os funcionários que participam do Projeto são oferecidos acompanhamentos médicos, psicológicos ou internação, bem como,

¹ Fundação Centro Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho – Entidade de pesquisa científica e tecnológica em segurança e saúde ocupacional, orientada pelo Governo brasileiro vinculado ao Ministério do Trabalho.

medicamentos de todo processo de recuperação. A SGAPOS divulga e mobiliza os funcionários para participarem do Projeto, através de palestras.

- 🕒 **Projeto de Reorganização da Cozinha e do Refeitório do HIJG:** mediante o Estudo Ergonômico realizado pela FUNDACENTRO na cozinha do HIJG, constatou-se a necessidade de criar maneiras para tratar as causas de absenteísmo provocado por doença, melhorando as condições de trabalho dos servidores da Nutrição, bem como, propondo ações preventivas. Atuando sobre a organização dos serviços, através da reorganização da cozinha e do refeitório (no espaço de trabalho, nos serviços, nos equipamentos e no fornecimento de alimentos).
- 🕒 **Projeto de Prevenção de Câncer do Colo Uterino e Mamas:** foi implementado e concluído no ano de 2001. Seu objetivo foi possibilitar a todas as servidoras do HIJG a realização do exame preventivo de câncer de colo uterino, onde através do atendimento individual foi orientado o auto exame de mama.
- 🕒 **Projeto do Espaço Cultural:** foi implementado em 2002, o seu objetivo visa tornar o ambiente de trabalho num local agradável e sadio, para que os funcionários possam exercer suas funções com prazer. E também, trabalhar a motivação, onde os funcionários pudessem participar expondo seus talentos artísticos em pinturas em telas, onde muitos desses estão no anonimato (Anexo B).

Estas são algumas das muitas atividades desenvolvidas pelo Serviço Social na SGAPOS juntos aos funcionários do HIJG.

Os funcionários geralmente buscam o apoio ou orientação da SGAPOS quando estão com dificuldades materiais como medicamentos, necessidades de exames, entre outros, também apoio de ordem emocional quando estão no limite máximo de stress, dependência química e outras doenças relacionadas ao trabalho. Bem como, problemas de relacionamentos e conflitos internos, e em consequência ao absenteísmo, sendo possível observar a diversidade de situações que ocorre nessa Instituição. A assistente social desta subgerência trabalha dentro de limitações no seu dia-a-dia. O fator verba é um grande problema, pois ele impede a continuação de muitos projetos.

A SGAPOS não possui uma caixa de fundos para que possa facilitar o atendimento de situações, como por exemplo: solicitação de vale transporte para tratamento de saúde. No entanto, para atender aos seus usuários, a subgerência recorre a variadas políticas públicas. Inicia-se tal investigação dentro da Instituição, quando não alcança um resultado positivo, busca as informações fora do âmbito Institucional.

A assistente social não tem sala própria, a falta de espaço físico preservado, dificulta no atendimento individualizado ao servidor. A SGAOS divide uma sala pequena com o setor de marketing do HIJG, no entanto o entra e sai da sala ocasiona um atendimento inadequado, pois as pessoas se inibem na hora de falar sobre a situação problema que os afligem e com isso, o profissional corre o risco não compreender a problemática na sua integra.

Podemos mencionar que a questão política é um forte agravante, sendo está Instituição um hospital público, o seu bom andamento depende da administração do governo de plantão. Verifica-se a falta de respeito e confirma que a democracia ocorre parcialmente, ou seja, ela só existe para quem está

no comando. Foi vivenciado no estágio o período de eleições no governo brasileiro (eleição para presidente, governadores, deputados federais e estaduais e senadores). Visualizaram as intrigas, as brigas, as repressões e principalmente o medo das pessoas quando ocorre uma transição política. Os chefes de setores mostraram-se os mais apreensíveis, pois dependia do resultado das eleições para os mesmos permanecer ou não nas suas atuais funções.

A assistente social está envolvida diretamente com as questões de relacionamento e comportamento humano, ou seja, é a grande articuladora nas situações de desentendimento e discussões entre os funcionários e, também é a ponte de ligação de garantia de direitos e deveres entre a direção do HJG e os seus servidores.

Segundo Yamamoto (2000, p. 20):

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e, construir propostas de trabalho criativas que sejam capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. No entanto, o Assistente Social deve ser um profissional propositivo e não só executivo.

O profissional de Serviço Social pode ser considerado um facilitador dos processos de gestão e desenvolvimento em recursos humanos, ou seja, um agente interno de mudanças, um prestador de serviços. Acreditamos que, para a prática profissional devem ser eficaz e eficiente na área da administração pública, onde o Serviço Social atua no planejamento, execução e na área das políticas sociais e de programas e projetos públicos, a formação e a identidade deste profissional devem estar sustentadas, nas habilidades e competências necessárias para transformar as relações materiais e sociais.

Segundo Chiavenato (1995), as competências são características da personalidade; os comportamentos assumidos pelos profissionais nos seus relacionamentos com as demais pessoas na organização ao executar suas atividades que fazem parte de sua formação; habilidades são características desenvolvidas através do conhecimento técnico necessário para que o profissional realize seu trabalho.

Assim sendo, entende-se que o profissional de Serviço Social tem na sua formação fundamentos que direciona e legitima a prática voltada à prestação de serviços aos trabalhadores.

2.3 O Assistente Social como um gestor da Política de Saúde do Trabalhador

O projeto profissional do assistente social precisa empenhar-se em exercer uma prática realista, inserida no contexto atual onde deve apresentar como um dos seus objetivos - oportunizar as pessoas a vivência de experiências concretas de participação na gestão do cotidiano da Instituição.

As atuais questões existentes na sociedade brasileira repercutem profundamente no Serviço Social, destacando-se a entrada dos movimentos sociais na cena política e a incapacidade de o Estado absorver suas demandas. Verifica-se, uma crise das políticas sociais e dos serviços assistenciais e conseqüentemente o crescimento no setor informal da economia.

Iamamoto (1997, p.8) indaga que

O Assistente Social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que implementam políticas sociais,

especialmente políticas públicas. Ou, nos termos de NETTO (1992), um executor terminal de políticas sociais, que atua na relação direta com a população usuária. Mas hoje, o próprio mercado demanda, além de um trabalho na esfera da execução, a formulação de políticas públicas e a gestão de políticas sociais.

O Serviço Social vem se afirmando como sendo uma profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo da sociedade.

Os espaços para a prática profissional, existentes no mercado de trabalho, tanto em campos empresariais como também os oferecidos nas instituições conforme Costa (2000), se relacionam, sobretudo à atuação junto ao setor de Recursos Humanos do sistema, seja como colaborador ou instrutor junto a programas de treinamento em serviços. O trabalho consiste em: prestação ou gerência de benefícios, voltadas para programas de formação e de qualificação de mão-de-obra ou de qualidade total; atender funcionários envolvidos em questões trabalhistas, problemas de alcoolismo, emocionais, de relação no trabalho; saúde do trabalhador; inserção em programas de refilantropização da assistência, para responder as questões sociais; e a participação do assistente social em Conselhos de Políticas Sociais Setoriais.

É importante ressaltar também, que o Serviço Social ao trabalhar com políticas de corte público ou privado, produz serviços como: treinamento, realização de programas para aposentadoria, viabiliza benefícios assistências e previdenciários, presta serviços de saúde, faz prevenção de acidente de trabalho, cursos e reuniões voltados à discussão sobre rotinas, disciplinas, bem como problemas envolvendo funcionários e usuários, isto é, o dia-a-dia deste profissional objetiva à saúde física e mental do trabalhador. É por isso que o trabalho do assistente social tem um efeito nas condições materiais e sociais daqueles cuja sobrevivência depende do trabalho. Pois ele 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, etc (IAMAMOTO, 2001).

Mas os profissionais nos seus processos de trabalho precisam ter clareza e conhecimento, consideradas as condições específicas do que produzem, para dar conta de suas explicações, da mesma forma que existe uma grande distância entre viver a continuidade da sociedade capitalista e decifrar o que é esse cotidiano.

Para Fernandes (1996) as ações que compreendem a promoção da saúde, o tratamento de doenças, o atendimento às necessidades sociais e expectativas das pessoas e da organização, a vivência de atitudes e comportamentos que levem a uma vida social, melhorias nas condições e no ambiente de trabalho, estão relacionadas principalmente com a gestão dinâmica e contingencial de fatores físicos, tecnológicos e sociopsicológicos que afetam a cultura e renovam o clima organizacional, refletindo-se no bem-estar do trabalhador e na produtividade das empresas.

Para tanto, como comenta Iamamoto (2001), os resultados ou produtos dos processos de trabalho em que participam os assistentes sociais buscam construir uma prática de saúde inovadora, dirigida aos trabalhadores, sujeita às contradições intrínsecas ao campo das relações saúde e trabalho. Situando-se tanto no campo da reprodução da força de trabalho, da obtenção das metas de produtividade e rentabilidade das empresas, da viabilização de direitos e da prestação de serviços públicos de interesse da coletividade e da educação sócio-política. O reconhecimento do caráter cooperativo do processo de trabalho deste profissional pode afetar hábitos, modos de pensar,

comportamentos, práticas dos indivíduos sociais em suas múltiplas relações e dimensões da vida cotidiana na produção e reprodução social.

Essas reflexões nos permitiram compreender que a importância do profissional de Serviço Social numa instituição no campo da Saúde do Trabalhador, que este é e pode ser definidor de novas expressões como melhoria de condições e valorização profissional e esse contexto se altera a partir de uma leitura constante dessa realidade onde o estudo, a pesquisa desvenda e permite ao profissional se apropriar de dados e referências com que lhe possibilitam propor e desenvolver estratégias interventiva no campo das relações saúde e trabalho na perspectiva de direitos sociais no seu contexto de trabalho. Nessa perspectiva o Serviço Social no HIJG buscando a partir de sua intervenção compreender as interfaces das relações de trabalho das unidades de saúde, realizou um estudo o qual vem a seguir ser relatado.

3 ANÁLISE COMPARATIVA DO ABSENTEÍSMO JUSTIFICADO NO QUADRO FUNCIONAL DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO NOS ANOS DE 2002 E 2003

3.1 Absenteísmo: Aspectos Teóricos

Na revisão de literatura, encontramos vários conceitos e abordagens referentes ao absenteísmo, que são condicionados pela valorização de diferentes aspectos, assim temos diversas definições para o mesmo termo.

Para Chiavenato (1997), o absenteísmo se refere às ausências nos momentos em que os empregados deveriam estar trabalhando normalmente. O autor amplia o conceito dizendo que é o somatório dos períodos que os empregados de uma determinada organização ausentam-se do trabalho incluindo os atrasos.

Já para Jorge (1995), absenteísmo representa as ausências ao trabalho por faltas e licenças médicas, ou seja, ausências não programadas. As férias e folgas são excluídas por serem consideradas ausências planejadas dentro de uma jornada de trabalho legal.

Conforme Magalhães et al. (1995), o absenteísmo é definido como sendo as ausências no trabalho por motivo de férias, licenças e faltas.

Absenteísmo também pode ser segundo Barbosa (2004), a ausência ao trabalho por qualquer razão: doenças, acidentes de trabalho, direitos legais (doação de sangue, participação em júris ou eleições, licença maternidade etc.), fatores sociais (como doença de parentes, por exemplo), fatores culturais extra ou intra-empresariais (emendar feriados, copa do mundo, feriados

religiosos não oficiais, legalização de uma falta gerada por outra motivação não relacionada à saúde, etc.).

No entanto, verifica-se que o absenteísmo tem se tornado um problema crucial para as organizações e administradores e suas causas estão ligadas a múltiplos fatores que o tornam complexo e de difícil gerenciamento.

Assim, o absenteísmo é uma expressão utilizada para denominar as faltas ou ausências dos trabalhadores no local de trabalho. Comenta Chiavenato (2002, p. 191), que

nem sempre as causas do absenteísmo estão no próprio empregado, mas na organização, na supervisão deficiente, no empobrecimento das tarefas, na falta de motivação e estímulo, nas condições desagradáveis de trabalho, na precária integração do empregado à organização e nos impactos psicológicos.

O absenteísmo ocasiona não só custos diretos, mas também indiretos, representados pela diminuição da produtividade, aumento do custo da produção, redução da qualidade do produto, diminuição da eficiência no trabalho e problemas administrativos.

As principais causas de absenteísmo (falta ao trabalho), se devem ao ambiente empresarial, isto é, os baixos salários, a insalubridade, o desconforto, ou o mal ambiente de trabalho provoca tais ausências (BARBOSA, 2004).

As causas das ausências não previstas de acordo com McDonald & Shaver apud Nascimento (2003), podem ser classificadas em três categorias: causas intrínsecas, causas extrínsecas e causas de personalidade.

- ⌚ Causas intrínsecas: estão relacionadas à natureza e condições do trabalho e refletem a satisfação do trabalhador (o trabalho em si, supervisão ineficiente, falta de controle, sobrecarga de trabalho e exaustão física);

- ⌚ Causas extrínsecas: estão principalmente relacionadas às políticas de pessoal da organização (políticas de pessoal compassivo com as faltas e liberais em fornecer licença de saúde, falta de canais de comunicação da administração, falta de seleção, treinamento e orientação adequados, falta de perspicácia em alocar o funcionário em setores apropriados, baixos salários e condições de trabalho); e as
- ⌚ Causas de personalidade: dizem respeito ao comportamento do trabalhador (empregados que criam conflitos entre os membros do grupo, personalidades mais propensas às faltas como: hipocondríaco, imaturo, abusivo, desmotivado e fugitivo e problemas pessoais relacionados ao uso de drogas e álcool).

Em relação às doenças, o comportamento pode variar entre as pessoas, pois, uma mesma patologia com a mesma gravidade pode motivar ou não um trabalhador a não comparecer ao emprego. Algumas vezes a sua ausência independe da sua decisão, como ocorre nas doenças e acidentes graves. Por outro lado, o absenteísmo pode estar demonstrando uma rejeição ao trabalho, insatisfação com o salário, com as políticas da empresa, com as condições de trabalho. Isto é, particularmente verdade nas faltas de pequena duração e quase sempre próxima de feriados ou fins de semana (BARBOSA, 2004).

Indaga Garcia (1989), que na antiguidade, observou-se que as doenças variam entre as distintas sociedades e mesmo entre os diferentes grupos que integram a mesma sociedade. Esta distribuição das doenças sugere uma relação entre a estrutura social e a doença. A distribuição desigual de elementos que contribuem para a produção da doença ocorre em sociedades

onde predominam modos de produção em que existem relações de exploração, isto é, classes sociais antagônicas.

É importante apresentar que existem alguns fatores que desencadeiam o absenteísmo, conforme Meira (1982) apud Nascimento (2003) esses fatores podem ser classificados em três categorias:

- ⌚ Fatores naturais, como condições climáticas e epidemiológicas;
- ⌚ Fatores socioeconômicos como conjuntura econômica, sexo, idade, estado civil, categoria, tempo de empresa, condições de trabalho e nível salarial;
- ⌚ Fatores inerentes à própria empresa, isto é, sua política, pessoal, porte, supervisão, chefia e benefícios implantados nas áreas de assistência médica, condução e alimentação.

Funcionários insatisfeitos e desmotivados são propensos a apresentarem falhas na realização de suas tarefas e maior incidência de agravos a saúde, apresentando maior número do absenteísmo. A apresentação de atestados médicos por parte dos funcionários gera um clima de desconfiança por parte das chefias imediatas quanto a sua veracidade e responsabilidade do trabalhador pelas ausências (SANTOS, 1999).

Por outro lado, quando se está doente, tenta-se esconder o fato aos outros, como também da família e dos vizinhos. Somente depois de muitas protelações, que às vezes, se chega na doença, que se confirma como vergonhosa,

bastou uma doença ser evocada para que, em seguida, venham numerosas justificativas, como se fosse preciso se desculpar. Não se trata da culpa no sentido próprio que refletiria uma vivência individual, e sim de um sentimento coletivo de vergonha...

Maciçamente, com efeito, emerge uma verdadeira concepção de doença, própria do meio. Concepção dominada pela acusação. Toda doença seria, de alguma forma voluntária... porque é preguiçoso... Acusação cuja origem não se conhece claramente, acusação pelo grupo social no seu conjunto. Essa atitude em relação à doença pode ir muito longe...acusam esse cara de passividade, e se ele se afunda mais na doença e no sofrimento, é porque ele quer e porque ele cede à passividade (DEJOURS, 1992, p. 29).

Para Alves (2003), o absenteísmo é a principal razão da baixa produtividade em inúmeras organizações e no segmento hospitalar não é diferente. Pode-se dividir o absenteísmo em dois grupos: ausência legítima (justificadas) e ausências não-justificadas. O absenteísmo excessivo não só impede de cumprir as metas de trabalho, causando grandes dificuldades operacionais, mas também põe em dúvida a habilidade de gerentes, chefes, supervisores, em lidar com o problema.

Essas faltas influenciam diretamente na quantidade e qualidades dos serviços prestados e constituem fonte de preocupação para administradores e gerentes, principalmente quando o absenteísmo é decorrente de doenças (SILVA,1999 apud NASCIMENTO,2003).

Para Fernandes (1996), o contingencial de fatores físicos, tecnológicos e sociopsicológicos que afetam a cultura e renovam o clima organizacional, refletem no bem-estar do trabalhador e na produtividade das empresas.

Quando as pessoas são de alguma forma agredidas pelo trabalho, elas trabalham mal. Não faz muita diferença se essa agressão é devida a agentes físicos, químicos, biológicos ou outros; enfim, se agride a pessoa física ou psicoemocionalmente (SELL, 2002, p.38).

No trabalho realizado com os funcionários do HIJG, o absenteísmo também constitui um fenômeno presente com repercussões tanto na qualidade da assistência prestada como na produtividade.

3.2 Absenteísmo: uma realidade no HIJG – Identificando esse contexto

3.2.1 Justificativa

Esta pesquisa foi elaborada frente à necessidade de avaliar estatisticamente o nível de absenteísmo justificado (mediante apresentação de atestado médico) no Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG, visto que até presente momento não se têm dados quanto aos indicadores quantitativos sobre essa situação.

O HIJG é um hospital referência no Estado de Santa Catarina no atendimento pediátrico de Alta Complexidade, tendo como diretrizes básicas às políticas de governo do Estado conforme a Lei nº 8080 de 19/09/90 e a Lei nº 8142 de 28/12/90 do Sistema Único de Saúde –SUS.

Face-a essa condição é responsável por uma gama de atendimentos e serviços especializados que se constitui no diferencial e para tal, têm no suporte humano um elemento fundamental dada à complexidade de exigências e competências determinadas para o atendimento de crianças e adolescentes. Esse corpo funcional está distribuído em: atividades de apoio (que envolve cargo de Agente de Serviços Gerais, Telefonistas, Artífices I e II e auxiliares de enfermagem), nível técnico (em atividades administrativas e de enfermagem), nível superior (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, pedagogos, psicólogos, bioquímicos, entre outros).

De outro lado, temos a complexidade inerente aos vários serviços oferecidos por um hospital onde a diversidade e a gama de atribuições geram fatores ou fenômenos na relação de trabalho, constituindo questões relativas à insalubridade e da periculosidade (que são riscos por agentes biológicos,

físicos e químicos), o risco ambiental, o ergonômico e mecânico, de relações humanas, todos existentes nos ambientes e processos de trabalho de modo geral. Estes agentes podem causar doenças e acidentes de trabalho e ser considerado como uma das principais causas do absenteísmo.

3.2.2 Objetivos

Geral

- ⌚ Fazer o levantamento quantitativo do absenteísmo justificado dos funcionários do Hospital Infantil Joana de Gusmão no ano de 2002 e 2003, para posterior análise comparativa dos dados.

Específico

- ⌚ Verificar a predominância de gênero e idade nas ocorrências das faltas justificadas;
- ⌚ Levantar o tempo de afastamento, bem como, o número de afastamentos por setor do HIJG nos respectivos anos;
- ⌚ Conhecer as principais causas de afastamento por atestado médico;
- ⌚ Levantar as questões relacionadas com a ergonomia e a saúde mental;

3.2.3 Metodologia

A metodologia definida para proceder esse estudo estatístico foi a Pesquisa Documental. Segundo Gil (1991, p.51), “a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”. Ainda

conforme autor, na pesquisa documental as fontes são diversificadas e dispersas, no qual podemos encontrar documentos conservados nos arquivos de órgãos públicos ou privados, ofícios, regulamentos e os que de alguma forma já foram analisados (tabelas estatísticas, relatórios de pesquisa).

A Coleta de Dados processa-se no Livro “Registros dos Atestados” do setor de Recursos Humanos do Hospital, do ano de 2002 (a partir de janeiro) até setembro de 2003, sendo que se buscou preservar a identidade dos funcionários garantindo o sigilo quanto à identificação dos mesmos.

No ano de 2002 foram analisadas as situações de 496 funcionários (estatutários e celetistas)² e no ano de 2003 foram analisados 325 funcionários, estes escolhidos aleatoriamente. A pesquisa avaliou os seguintes dados: sexo, idade, motivo da falta, tempo de afastamento, tipo de doença que gerou o afastamento e tempo de afastamento nas causas de maior incidência.

A tabulação dos dados foi estatística com cálculo percentual e apresentada na forma de gráficos e tabelas e analisadas comparativamente cada uma dessas, com objetivo de refletir esses dados, identificando a movimentação e mudanças desses dois anos.

Com essas informações foi possível refletir e analisar a situação do absenteísmo dos funcionários do HIJG, bem como, direcionar ações efetivas para intervirem nessa realidade.

² ESTATUTARIOS - OS servidores da saúde até o ano de 1989 eram regidos pela CLT e após uma reforma administrativa foram transplantados para o regime estatutário. Atualmente, conforme a Lei n° 6745 (Estatuto dos Servidores) no seu art.5º, somente mediante aprovação previa em concurso público, que será efetuada a admissão ao serviço estadual. CELETISTAS - são os funcionários contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

3.3 Apresentação do Resultado da Pesquisa – Uma análise comparativa dos anos de 2002 e 2003

3.3.1 Número de servidores afastados por sexo nos anos

Ano 2002

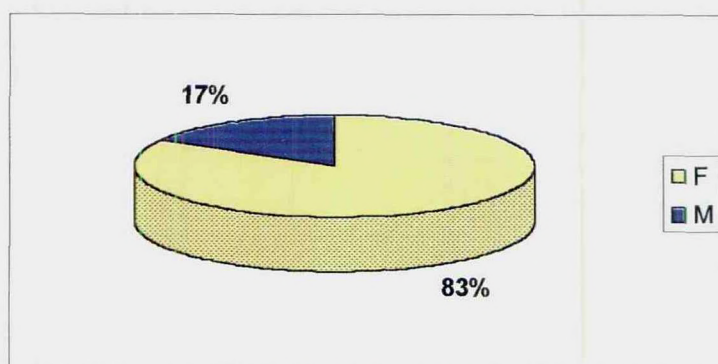


Figura 01: Sexo

Ano 2003

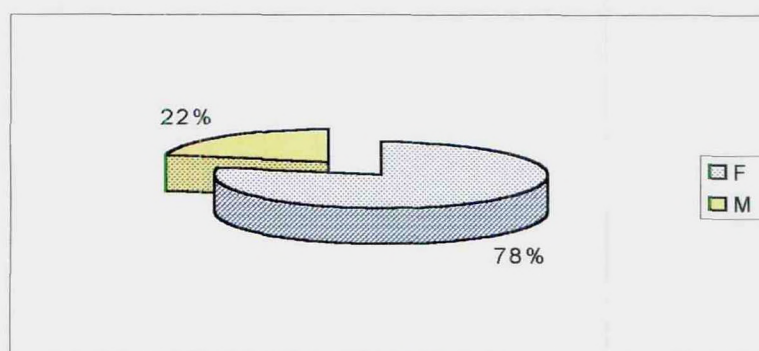


Figura 02: Sexo

Em relação ao sexo podemos verificar através da Fig.01 e Fig.02, a predominância do gênero feminino nos afastamentos. Também identificamos que no ano de 2003 (Fig.02), aconteceu um aumento de 5% nas ocorrências dos afastamentos do gênero masculino.

O uso da categoria gênero é utilizado nos estudos e pesquisas na área de Saúde Ocupacional, contribuindo e ampliando a compreensão do fenômeno no processo saúde-doença,

a partir da complexidade dos fatores que neste caso intervêm, introduz a dimensão da desigualdade sexual para explicar os diferentes impactos que a exposição aos mesmos riscos químicos, ergonômicos e psíquicos nos locais de trabalho provocam no homem e mulher (OLIVEIRA, E. 1995, p.150).

Ainda conforme a autora, a utilização da categoria gênero como categoria explicativa dos diferentes locais construídos socialmente e culturalmente para o homem e para a mulher, possibilita resultados importantes, e que a inserção do segmento feminino no trabalho se distingue tanto biologicamente como socialmente do masculino.

O aumento crescente de mulheres que se inserem no mercado de trabalho, como forma de aumentar a renda familiar, onde também, seus salários fazem parte integrante e imprescindível do sustento da casa, sendo que, em alguns casos é a única fonte de renda familiar. Esse fato tem sido uma constante nas famílias devido à crise econômica e também ao desemprego vivido pelos homens.

Esse procedimento provocou alterações significativas no cotidiano, pois além das atividades laborais, a mulher desempenha seu papel social de esposa, dona de casa e mãe, atribuições que demandam uma segunda jornada de trabalho.

Conforme Nascimento (2003), a relação da realidade profissional da mulher e o absenteísmo, mostra uma correlação entre ambas, que se dá, pelo acúmulo de tarefas, pois até terminarem a jornada formal nas empresas, estas

profissionais se deparam com vasto leque de atividades domésticas e familiares a serem solucionadas.

3.3.2 Número de servidores afastados por faixa etária

Ano 2002

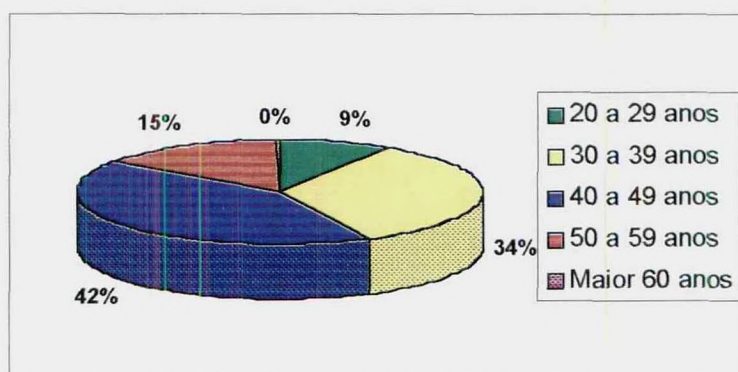


Figura 03: Idade

Ano 2003

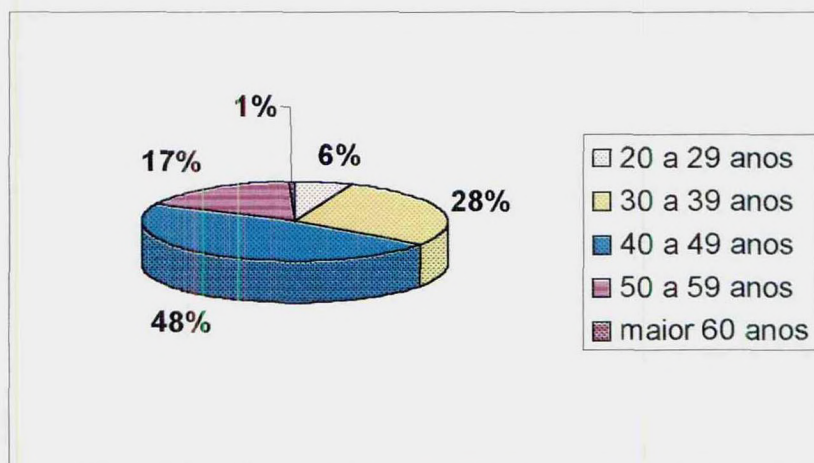


Figura 04: Idade

Na análise comparativa sobre essa questão da faixa etária ocorrida nos dois anos identificamos uma alteração da incidência de afastamento na faixa de 30 a 39 anos que reduziu em 6% enquanto que na faixa de 40 a 49 anos esse índice aumentou para 6%.

Esse dado nos reporta a questão do tempo de serviço que na faixa de 40 a 49 anos o trabalhador já cumpre um tempo de serviço de 20 anos em media, retratando um certo desgaste principalmente se acrescido de dupla jornada de trabalho, quando o desgaste físico gera algumas causas de afastamento.

Normalmente os servidores da saúde pelo próprio ritmo de trabalho do hospital são levados a realização de hora-plantão para substituir outras faltas no setor. Essa dupla jornada é um fator de desgaste físico e conseqüentemente sobrecarrega-os emocionalmente.

3.3.3 Principais motivos das faltas justificadas

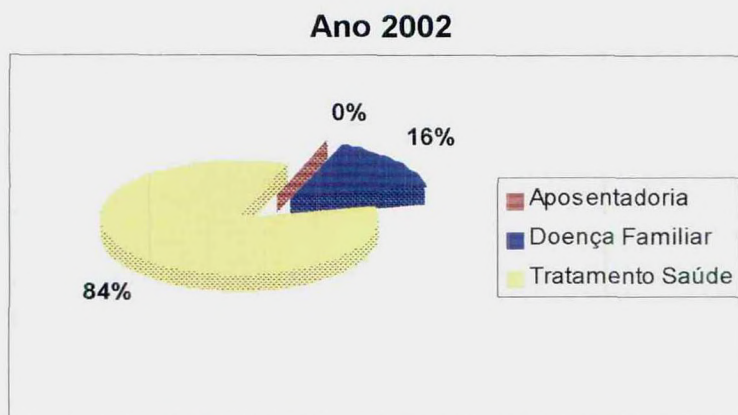


Figura 05: Motivo da falta justificada

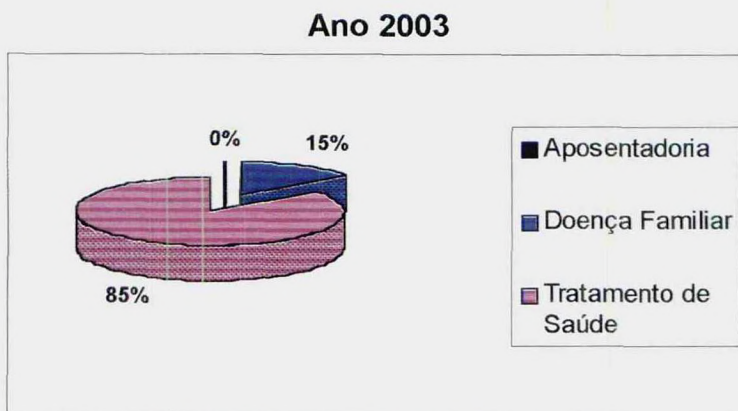


Figura 06: Motivo da falta justificada

Conforme o Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais, estão especificados sobre o assunto nos Artigos:

Art. 26 o funcionário é obrigado a avisar a sua Chefia imediata no dia em que, por doença ou força maior, não puder comparecer ao serviço.

Art. 62 Conceder-se-á licença:

I – para tratamento de saúde;

II – por motivo de doença em pessoa da família;

Art.66 A licença para tratamento de saúde será concedida por iniciativa da Administração Pública ou a Pedido do funcionário ou seu representante.

Art. 69 Ao funcionário que, por motivo de doença do cônjuge, parentes ou afins até o segundo grau, ou de pessoa que viva sob sua dependência, esteja impossibilitado de exercer o seu cargo, a face à indispensabilidade de sua assistência pessoal será concedida licença.

Destacamos que 84% do índice referentes ao motivo de afastamento (ver Fig.05) seriam para Tratamento de Saúde, aumentando 1% em 2003 (ver Fig.06). E, referente ao afastamento para tratamento de saúde; estes podem estar relacionados com doenças ocupacionais ou com acidentes de trabalho.

Acidente de trabalho é o acontecimento fortuito que ocorre pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal, distúrbio psicológico ou perturbação funcional e que causa morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

Doença do trabalho é aquela gerada ou desencadeada em função, direta ou indireta das condições em que o trabalho é realizado.

Doença profissional é aquela gerada ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar à determinada atividade ou profissão (SIVIERI, 1996, p.81).

Os servidores públicos estaduais através do Decreto nº 1456, de 23/12/1996, possui assistência em decorrência de acidente em serviço e doença profissional, de acordo com:

Art.1º Denomina-se acidente em serviço o dano físico e mental sofrido pelo servidor que se relacione, mediata ou imediatamente, com exercício das funções, atividades e atribuições do cargo por ele ocupado.

Art. 2º Equiparam-se ao acidente em serviço:

I – a doença profissional, assim entendida e inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade e constante de legislação específica de qualquer esfera;

II – as doenças do trabalho que, mesmo não constando de legislação específica, guarde de perfeita relação de nexos causal³ com as atividades efetivamente desempenhadas ou com as condições ambientais ergonômicas inerentes ao exercício dessas atividades;

III – a doença de trabalho proveniente de contaminação acidental, no exercício de atividade ligada a agente biológico, com perfeita relação do nexos causal.

O motivo da falta pode caracterizar a questão do absenteísmo justificado, retratando um quadro que merece ser trabalhado pelo HIJG considerando os fatores intervenientes do processo saúde/ doença no trabalho como: condições de trabalho, stress, fadiga, número de horas trabalhadas, atividade funcional, alimentação, sono, acidentes de trabalho, lazer, etc.

3.3.4 Número de afastamentos em cada setor

SETOR	2002	2003
	GERAL	GERAL
ALBERGUE	01	-
ALMOXARIFADO	-	01
AMBULATORIO	22	21
BERÇARIO	29	15
BIBLIOTECA	-	01
CARDIOLOGIA	-	01

³ O nexos causal constitui a relação de causa e efeito entre o evento e o resultado, sendo abrangente, pois inclui a concausalidade e os casos de agravamento (MONTEIRO, 1998, pg.11).

CENTRAL TELEF.	06	03
CENTRO CIRURGICO	26	27
CENTRO ESTUDOS	04	01
CENTRAL MATERIAIS	18	11
CLINICA INTERNA	01	04
CONTAS MEDICAS	01	-
COSTURA	01	04
DIREÇÃO GERAL	-	04
EMERG. EXTERNA	20	17
EMERG. INTERNA	15	21
FARMACIA	13	03
FINANCEIRO	01	02
FISIOTERAPIA	-	02
FONODIOLOGIA	-	01
GERENCIA ENFER.	01	-
HIGIENIZAÇÃO	09	08
HOSPITAL DIA	08	04
INFORMATICA	01	-
ISOLAMENTO	10	08
LACTARIO	27	05
LAVANDERIA	09	13
MANUTENÇÃO	02	04
NÃO IDENTIFICAD.	03	-
NEONATAL	02	-
NUTRIÇÃO	51	27
ONCOLOGIA	11	12
ORTOPEDIA	04	04
PEDAGOGIA	04	02
PORTARIA	09	03
PSICOLOGIA	04	04
QUEIMADOS	06	01
QUIMIOTERAPIA	02	-
RAIO X	23	15
R. H.	08	04
REGISTRO GERAL	01	-
ROUPARIA	03	-
SERVIÇO SOCIAL	07	05
TRANSPORTE	05	-
UNIDADE A	11	09
UNIDADE B	23	11
UNIDADE C	15	12
UNIDADE D	32	07
UNIDADE E	07	10
UTI GERAL	32	14
UTI NEO	08	04

Tabela 01: Número de afastamento por setor

O levantamento do absenteísmo ocorre dentro da legalidade através dos atestados médicos, onde a maioria dos atestados apresenta o afastamento do funcionário da sua atividade laborativa. Esses atestados podem caracterizar indisposições passageiras transpondo-se a agravos mais sérios de saúde.

Através da tabela podemos verificar que os setores que encontram maiores números de atestados são: Ambulatório, Berçário, Centro Cirúrgico, Emergência Externa, Lactário, Nutrição, Raio X, Unidade B, Unidade D, UTI Geral. Esses setores deveriam ser acompanhados diretamente, estudando as possibilidades de melhorar o ambiente de trabalho.

Acredita-se que a sobrecarga de trabalho (como hora-plantão), como a ocorrência de desvio de funções dentro do Hospital, como a agregação de novos serviços (por exemplo, o ambulatório de quimioterapia, o ambulatório de ortopedia, Hospital Dia, a alimentação para acompanhantes, a Central de Internações, entre outros), sem a contratação de mais pessoal, fazem com que alguns setores sofram uma sobrecarga maior de trabalho, comprometendo a qualitativamente o desenvolvimento das atividades, como também o sofrimento e adoecimento dos trabalhadores.

3.3.5 Incidência média de tempo dos afastamentos

Ano 2002

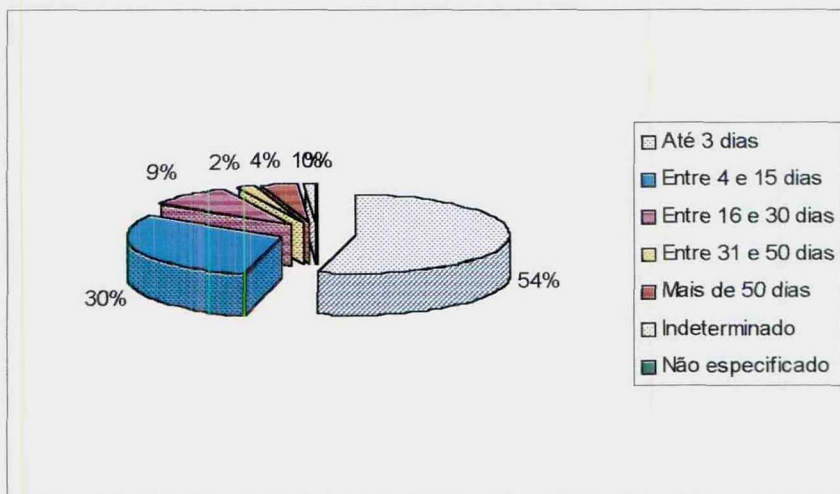


Figura 07: Média de tempo dos afastamentos

Ano 2003

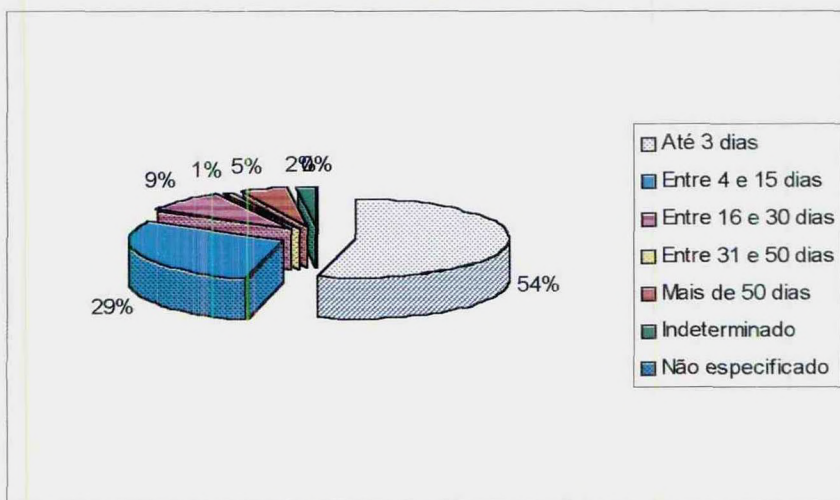


Figura 08: Média do tempo dos afastamentos

Em relação ao tempo de afastamento conforme a Figura 07 e a Figura 08 podemos verificar que os afastamentos de até 3 (três) dias predominam em

54% dos casos, nessa condição, a maior incidência concentra-se nos afastamentos previstos em Lei, sem necessidade de avaliação pericial. Neste caso, o servidor fica sem perda salarial e abono alimentação, pois, mesmo às vezes o trabalho sendo fatigante, o financeiro se torna imperioso. Este fator financeiro, também pode ser verificado no caso de quando superior a 15 dias de afastamento (os funcionários regidos pela CLT após quinze dias de afastamento, são encaminhados para perícia medica do INSS), diminuiu consideravelmente o número de ocorrências.

Por outro lado, segundo Nascimento (2003), alguns servidores em função de afastamentos constantes de colegas acabam sentindo-se sobrecarregados nas atividades cotidianas e utiliza-se também de atestados médicos como estratégia para se ausentarem do trabalho.

Devemos ficar atentos, pois, o tempo de afastamento de poucos dias identifica não apenas a questão saúde, mas uma provável fadiga que representa o trabalho rotineiro e estressante que estes trabalhadores estão sujeito, devido principalmente ao nível de exigência do profissional para lidar com as crianças e adolescentes fragilizadas pela doença.

3.3.6 Principais causas de afastamento por doença dos servidores

Ano 2002

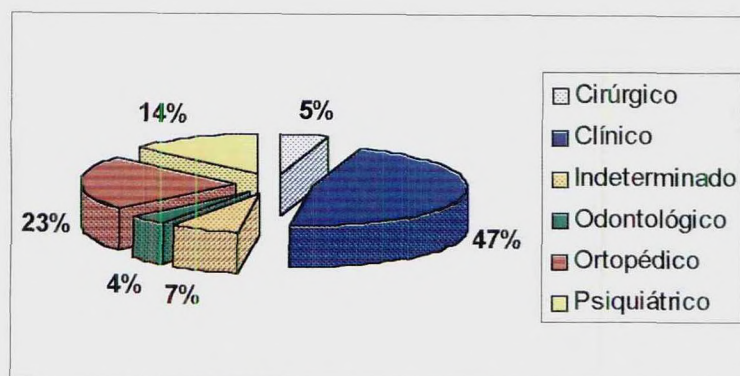


Figura 09: Principais causas de afastamento

Ano 2003

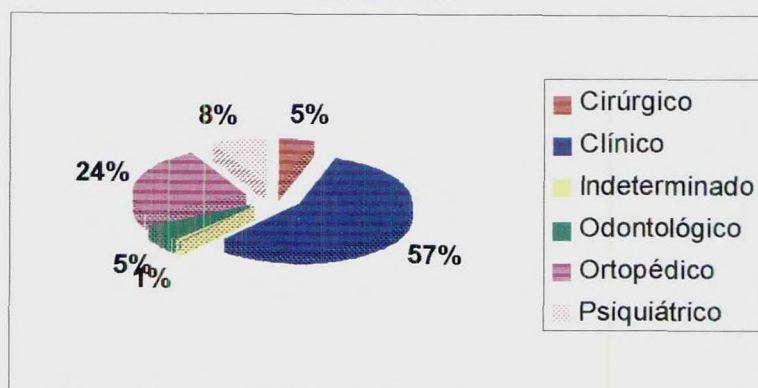


Figura 10: Principais causas de afastamento

Para delimitarmos aos tipos de doença que levaram aos afastamentos dividimos em seis grupos, sendo alguns mais específicos, para avaliarmos os casos em seus respectivos anos. Esses grupos seriam: Cirúrgico (todo afastamento por cirurgia), Clínico e/ou ambulatorial (inclui neste grupo várias especialidades clínicas médicas, por exemplo: Ginecologista, Reumatologista, Cardiologista, Neurologista). Indeterminado (afastamento não especificado por qual motivo clínico), Odontológico (para qualquer afastamento dessa ordem), Ortopédico e Psiquiátrico.

Destacamos que os maiores índices de afastamentos são por motivos clínicos, ortopédicos e psiquiátricos em ambos os anos. Em análise comparativa entre o ano de 2002 (Fig.09) e 2003 (Fig.10) destacamos respectivamente que o clínico em 2002 era de 47% para 57% em 2003, já o ortopédico era de 23% em 2002 para 24% em 2003 e o psiquiátrico de 14% para 8% em 2003.

Os motivos clínicos são mais diversos e nestes podem ser incluídas os agendamentos de consultas, exames, doenças mais comuns como a gripe, e outras do gênero. Contudo, já a maior incidência das demais causas de afastamento, estão encontradas na ordem ortopédica e psiquiátrica.

As doenças ortopédicas e psiquiátricas se relacionam com a própria relação de trabalho, e se reportam as questões da ergonomia e da saúde mental. Por solicitação e interesse por parte da Direção do hospital às doenças ortopédicas e psiquiátricas foram analisadas mais especificamente.

3.3.7 Tempo de afastamento por motivo Ortopédico

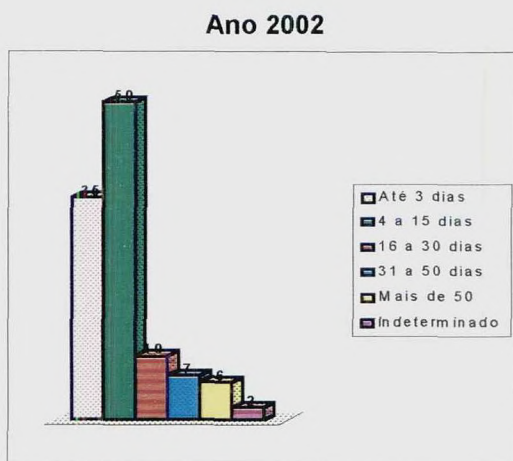


Figura 11: Tempo de afastamento por motivos ortopédicos

Ano 2003

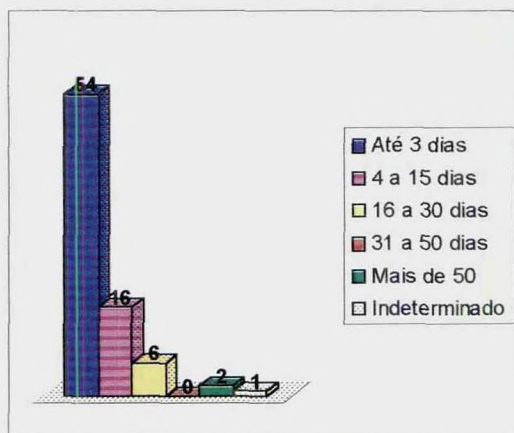


Figura 12: Tempo de afastamento por motivos ortopédicos

O afastamento por motivos ortopédicos pode estar diretamente ligado aos problemas no ambiente de trabalho. A ergonomia, como ciência que estuda o homem em seu ambiente de trabalho, abrange o ambiente (temperatura, ruído, vibração, iluminação), a máquina (equipamentos, ferramentas, mobiliário e instalações), o ser humano (características físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais), os aspectos organizacionais e o estudo dos diversos aspectos do comportamento humano no trabalho. (ROCHA e FRITSCH, 2002).

Também não devemos nos esquecer do *layout*, este deve ser considerado, pois, os funcionários pouco satisfeitos com *layout* e mobiliários podem desenvolver insatisfação no trabalho e apresentar problemas relacionados à saúde (LIDA, 1993).

Segundo Freitas (2000), a Lei nº 6514 de 22/12/77 alterou o Capítulo V do Título II da CLT, mantendo sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, a competência de estabelecer normas sobre a aplicação dos preceitos legais, bem como coordenar, orientar, controlar e supervisionar a

fiscalização das mesmas. Assim, foi expedido em 08/06/78 a Portaria nº 3214, criando as Normas Regulamentadoras (NR) de Segurança e Medicina do Trabalho, e a Norma Regulamentadora referente à Ergonomia é a NR-17.

A ergonomia como disciplina científica e prática, tem por objetivo, trazer melhores condições de trabalho, onde as instituições deveriam utilizar esse estudo como parâmetro para a organização dos ambientes das atividades laborais.

O avanço da ergonomia está ocorrendo pela impulsão de engenheiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais, sociólogos e demais profissionais de áreas afins. Compõe-se de atividades complexas e de conhecimentos interdisciplinares, que priorizam as necessidades dos trabalhadores e tem como propósito o estudo das condições do ambiente de trabalho visando a qualidade de vida (ROCHA e FRITSCH, 2002, p.60).

Segundo Sell (2002), as agressões físicas ao trabalhador no trabalho podem ser diversas, variando desde pequenos cortes e contusões até a morte, passando por grandes lesões incapacitantes ou graves doenças no trabalho.

As condições ambientais desfavoráveis, conforme Lida (1993), podem tornar-se uma grande fonte de tensão na execução das tarefas, em qualquer situação de trabalho, gerando um desconforto, aumentando os riscos de acidentes, conseqüentemente a insatisfação, diminuindo a produtividade e aumento dos custos, como também causar danos consideráveis á saúde.

Para Dejours (1992), a luta pela saúde do corpo conduzia à denúncia das condições de trabalho. Segundo o autor, por condição de trabalho é preciso entender, antes de tudo, o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc), o ambiente

biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas⁴ do posto de trabalho.

Segundo Lida (1993), um projetista ao usar os dados antropométricos, deve verificar a característica e a tolerância aceitável para acomodar as diferentes dimensões encontradas na população em que a amostra foi baseada, as dimensões antropométricas podem variar de acordo com as etnias e com a época, tanto pela evolução da população, como pela mudança de pessoas que exercem certas funções na sociedade, e providenciar os ajustes estáticos, dinâmicos e funcionais. O dimensionamento do posto de trabalho está intimamente relacionado com a postura do usuário, por este motivo, explica-se a importância da utilização da antropometria na ergonomia.

Qualidade de vida é incompatível com situações de agressão física ou psicoemocional no trabalho, cujo bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores refletem no seu desempenho profissional. Quando se refere à qualidade de vida no trabalho, não se deve deixar de considerar os fatores ergonômicos por meio da intervenção do ergonomista no ambiente de trabalho e juntamente com a participação dos trabalhadores e das lideranças.

Conforme Freitas (2000), o objetivo da Norma Regulamentadora da Ergonomia é estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores. Essa é a única norma que estabelece alguma relação entre saúde mental e trabalho, ao definir que a organização do trabalho deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

⁴ A antropometria trata de medidas físicas do corpo humano, em termos de tamanho e proporções, onde atualmente o interesse maior se concentra no estudo das diferenças entre grupos e a influência de certas variáveis como etnias, regiões e culturas (LIDA, 1993).

3.3.8 Tempo de afastamento por motivos Psiquiátricos

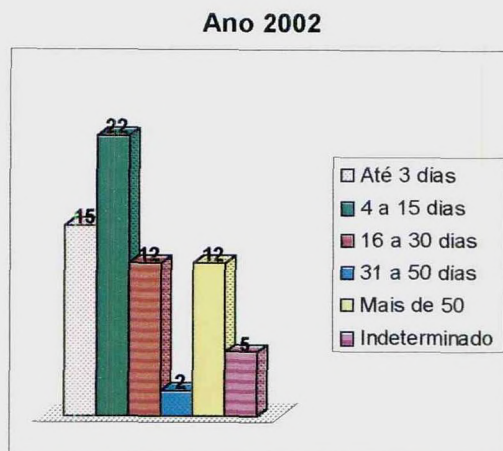


Figura 13: Tempo de afastamento por motivos Psiquiátricos

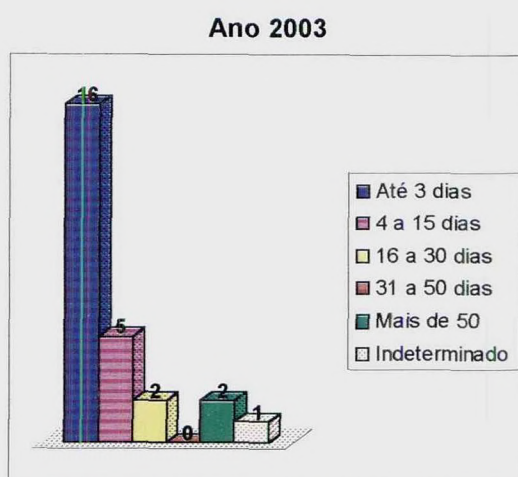


Figura 14: Tempo de afastamento por motivos Psiquiátricos

Baseando-se na concepção marxista de trabalho como atividade de transformação onde ao mesmo tempo em que o homem transforma a natureza ele também se transforma, temos que a relação do trabalhador com seu trabalho pode ser positiva ou negativa (SATO, 1996).

Ao incorporarmos nessa relação, a noção de saúde, veremos, que a relação de trabalho e saúde mental pode ser positiva (estruturante) ou negativa (repercutindo em doenças, acidentes e sofrimento). Que conforme Sato (1996,

p.169), “Nesta concepção, a dimensão negativa da relação trabalho e saúde/saúde mental deve ser focalizada não no trabalho em si, mas nas condições e contextos onde ele se dá”.

A alienação e a insatisfação do trabalho, que de início aumenta a produtividade, posteriormente deterioriza a saúde mental do homem, o que reflete de forma negativa na produção esperada, diminuindo a possibilidade de produtividade competitiva.

Apesar do Hospital Infantil ser referência na qualidade de seus serviços prestados, foi claramente percebidos a angústia e sofrimento de muitos trabalhadores, devido à precariedade dos serviços em alguns setores (a falta de materiais, medicamentos, manutenção dos equipamentos) para se trabalhar, como por exemplo:

- ⌚ no setor de costura não tinham material para confeccionar as roupas de cama, no qual estavam forrando as camas com material descartável (devido à falta de lençóis);
- ⌚ na lavanderia algumas as máquinas estavam com problemas. A de capacidade maior, que seria a calandra (utilizada para lavar lençóis, etc.), as duas estavam fora de operação e a outra trabalhava abaixo de sua eficiência padrão, e as centrífugas são operadas com problemas no sistema de fechamento;
- ⌚ a falta de medicamentos para a área da oncologia no Hospital Dia, onde este problema foi sanado devido à ajuda da Associação de Voluntários (que compraram a medicação);

- 🕒 na nutrição muitas vezes era necessário mudar o cardápio pela falta de alguns itens na alimentação (as entregas de alguns alimentos são feitas semanalmente).

A falta de estrutura no ambiente de trabalho vai desgastando o trabalhador na execução de suas tarefas, pois mesmo utilizando sua criatividade para contornar as dificuldades e contratempos do dia a dia, com decorrer do tempo suas ações vão se limitando devido a não solução de alguns problemas que se tornam pertinentes ao trabalho, e a somatória de ocorrências e contratempos resulta no desgaste físico e no sofrimento dos trabalhadores.

Quanto ao sofrimento mental, Dejours (1992), nos fala que ele resulta da organização do trabalho, que seria a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc, a abordagem da nova psicopatologia do trabalho está preocupada com a dinâmica mais abrangente, que se refere à gênese e às transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho.

A forma que se reveste o sofrimento varia com o tipo de organização do trabalho. O trabalho repetitivo cria insatisfação, cujas conseqüências não se limitam a um desgosto particular. Ela é de certa forma uma porta de entrada para a doença, e uma encruzilhada que se abre para as descompensações mentais ou doenças somáticas, em virtude de regras que foram, em grande parte, elucidadas.

Podemos distinguir dois tipos de sofrimento: o sofrimento criador e o sofrimento patogênico. O último aparece quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas.

Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou sentimento de impotência. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o lentamente ou brutalmente para uma descompensação (mental ou psicossomática) e para a doença. Fala-se então de sofrimento patogênico (DEJOURS, 1994, p.134).

Ainda conforme o autor, o sofrimento é inevitável e ambíguo, sem exceção, o sofrimento tem raízes na história singular que todo o indivíduo.

Para Sato (1996), quando falamos da relação trabalho e saúde/saúde mental em geral destacamos os seus aspectos negativos, porém, é importante recuperar a sua dimensão positiva, pois, ela nos permite vislumbrar estratégias de transformação das atuais condições e contextos de trabalho.

Na prática o desafio real, é definir as ações suscetíveis de modificar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação, pois quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade. Ele aumenta a resistência do indivíduo ao risco de desestabilização psíquica e a somática. O trabalho então, passa a funcionar como um mediador para a saúde (DEJOURS, 1992).

Quando contrário, a situação de trabalho, ainda conforme o mesmo autor, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido de sofrimento patogênico, o trabalho funciona como mediador da desestabilização e da fragilização da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modo de produção capitalista tem pressionado os trabalhadores para o estabelecimento de duplo vínculo empregatício e a realização de horas extras. Devido à peculiaridade das instituições de saúde cujo atendimento as necessidades do cliente não pode ser adiado como é o caso do Hospital Infantil, que têm jornada de trabalho diurno e noturno, as estratégias administrativas adotadas para enfrentar o problema do absenteísmo, tem sido o pagamento de hora-plantão e a solicitação de prorrogação de horário.

Este modo de produção acaba suprindo a necessidade da Instituição que trabalha com quadro de funcionários limitado e/ou reduzido, como complementa os baixos salários dos trabalhadores. Dessa forma, é perversa a relação de trabalho estabelecida, na sociedade capitalista, pois, acaba sobrecarregando fisicamente e emocionalmente os trabalhadores, que em busca de melhores condições financeiras, podem ocasionar para os mesmos o adoecimento e conseqüentemente seu afastamento do trabalho.

Nos estudos acerca do absenteísmo, uma das abordagens predominantes é a saúde ocupacional uma vez que o adoecimento no trabalho tem sido uma causa relevante (NASCIMENTO, 2003).

Com o decorrer do tempo, poderemos observar componentes que interferem na qualidade de vida ou mesmo na forma de vida de cada trabalhador do hospital. Se levarmos em consideração e propormos uma analogia, é possível perceber a heterogeneidade entre os trabalhadores principiantes com aqueles que estão a mais de uma década no Hospital.

Este grande complexo que é o HIJG engloba uma diversidade de pessoas, que pode ser observada numa composição contextual, a questão do gênero (masculino e feminino), a diversidade dos comportamentos sociais, permeados por fortes características histórico-culturais, psicológicas, ideológicas e físicas, que ocasionam alterações profundas nas perspectivas e nos sentimentos em ser trabalhador do Hospital Infantil.

Conhecer a realidade dos sujeitos, em suas múltiplas expressões é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condição do mesmo, do conhecimento do objeto junto ao qual incide a ação transformadora ou esse trabalho (IAMAMOTO, 2000).

O absenteísmo no hospital é somente a ponta de um “iceberg”, cujos problemas vão muito além do que possamos encontrar nas faltas ocorridas no trabalho. Precisamos trabalhar com a prevenção e não aguardar que os funcionários adoeçam para atuar de cunho curativo.

O Serviço Social na SGAPOS precisaria da disponibilidade de mais Assistentes Sociais, para poder acompanhar todos os setores do Hospital em seus respectivos turnos, onde poderia observar e analisar o seu desenvolvimento diário, detectando os problemas, para que juntamente com a Direção, possam resolver e/ou amenizar os mesmos.

Também, através do desenvolvimento de um eficaz Programa de Saúde do Trabalhador, poderia diminuir os afastamentos por atestados médicos, onde o profissional de Serviço Social pudesse atuar através de programas que oferecessem de fato cobertura aos incapacitados, contando com a colaboração

de uma equipe interdisciplinar (médicos, psicólogos, fisioterapeutas...), que conforme a pesquisa realizada é possível apenas ter os dados quantitativos sobre o assunto. Segue então para análise as seguintes sugestões:

- ⌚ A criação de um banco de dados para otimizar o registro das faltas, facilitando assim seu controle e possibilitando futuras pesquisas. Assim poderemos acompanhar qual o tempo de reincidência de afastamento do funcionário e possibilitando desenvolvimento da prevenção com o mesmo e com o setor se este for caso;
- ⌚ Para os atestados médicos de 3 a 15 dias – desenvolver um programa de medicina preventiva que envolva orientação em nutrição e hábitos alimentares, grupos doenças (diabéticos, cardíacos, hipertensos, portadores de LER, etc), medicina do trabalho, ginástica laboral, atendimento psicológico;
- ⌚ Para afastamentos acima de 15 dias – além do programa acima, poderemos acrescentar a visita domiciliar, apoio da Instituição em prover amparo necessário diante de dificuldades básicas (como alimentação), entre outros encaminhamentos necessários;
- ⌚ Explicar ao funcionário faltoso as conseqüências de sua atitude e a dificuldade que sua ausência causa ao setor. Como também, conscientizando seus funcionários da sua importância, dentro das necessidades de obtenção de um padrão de excelência no trabalho, que começa com um funcionário integrado ao processo de melhoria da comunicação, não como estorvo, ou recurso, mas como propositor de soluções.

Contudo é preciso que os assistentes sociais estejam atuando em conjunto com os profissionais de diversas áreas de conhecimentos, no sentido de prevenir as causas dos acidentes e doenças no trabalho. Percebe-se que as doenças relacionadas ao trabalho estão em grande parte diretamente ligadas a problemas de ordem social, financeira ou emocional, o que caracteriza a necessidade da nossa intervenção junto ao trabalhador e como colaborador na metodologia de prevenção de acidentes e na promoção do bem estar social dos funcionários.

REFERÊNCIA

ALVES, José Osny. **Absenteíte: uma doença que tem cura.** **Notícias hospitalares**, ano 4, n. 42, ago/set, 2003. Disponível em: <<http://www.noticiashospitales.com.br/set2003/pgs/index.htm>>. Acesso em: 03 de jun. 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14.724:** informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:** informações e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024:** numeração progressiva. Rio de Janeiro: ABNT, 1989.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS **NBR. 6027:** sumário – procedimento. Rio de Janeiro: ABNT, 2003.

BARBOSA, Márcio Funghi de Sales. **Absenteísmo nas empresas.** Disponível em: <http://virtualbooks.terra.com.br/marciofunghi/Absenteismo_nas_Empresas.htm>. Acesso em: 02 de jun. 2004.

BRASIL, Luiz A. Damasceno; FERREIRA, Anísio M. **Legislação aplicada à segurança e saúde do trabalho.** Florianópolis: FUNDACENTRO, 2002.

BRASIL. Senado Federal. Constituição Federal. **Lei 8142 de 28 de Dezembro de 1990, Lei 8080 de 19 de Dezembro de 1990** e NOB 96, Brasília.

BRASIL. Lei n. 6745, de 28 de dezembro de 1985. Cria o Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais. Florianópolis, 1985.

BRASIL. Decreto n. 1.456, de 23 de dezembro de 1996. Dispõe sobre a assistência aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidente e serviço e doença profissional, nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo. Florianópolis, 1996.

CHEDE, Ângela Tereza Bartolomeu. **A práxis profissional do Serviço Social e as possibilidades de intervenção nas políticas públicas na subgerência de apoio e orientação ao servidor do Hospital Infantil Joana de Gusmão.** 108f, 2002. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso do Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos.** Edição Compacta. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

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

COMARELLA, Madrilene. **Trajetórias de uma vida no contexto da fibrose cística e suas interações sociais.** 1999. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso do Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina.

COSTA, Maria Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. IN. **SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE** n° 62. São Paulo: Cortez, 2000, p.35-71.

DEJOURS, Cristophe. **A Loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. São Paulo: Cortez: Cortez - Oboré, 1992.

DEJOURS, Cristophe, et al. **Psicodinâmica do Trabalho:** contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, Elizabeth Costa. **Saúde do Trabalhador**. In Saúde Meio Ambiente e Condições de Trabalho: conteúdo básico para uma ação sindical – CUT.1996.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O Trabalho da Política: saúde e segurança dos trabalhadores**. São Paulo: Cortez, 1992.

FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade De Vida No Trabalho: como medir para melhorar**. Salvador, Casa da Qualidade,1996

FREITAS, Nilton. **Manual de ação sindical em saúde do trabalhador e meio ambiente: Construindo a Organização no Local de Trabalho**. São Paulo: Inst.2000.

GARCIA, Juan César. **Pensamento Social Em Saúde Na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.

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

HOSPITAL, Infantil Joana de Gusmão. Livro **Registros dos Atestados**.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. Ensaios críticos. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

JORGE, A. L. Motivos que levam os trabalhadores de enfermagem ao absenteísmo. **Acta. Paul. Enfermagem**. São Paulo, v.8, n.1, p.39-46 ,jan./abr.1995.

KAUFMANN,Josef Nicolas. Turbulências no mundo do trabalho. Quais são as perspectivas? In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez n° 69, 2002, p.30-51.

LIDA, Itiro. **Ergonomia Projeto e Produção**. 2° ed. São Paulo: Edgard Blucher Ltda, 1993.

MAGALHÃES, A.M.M.; DUARTE, E.R.M.; MOURA, G.M.S.S. Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.16, n.1/2, p.5-16, jan./dez.1995.

MALOY, J.M. **A política de previdência social no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 199p.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MENEGASSO, Maria Ester. O Trabalho, a ocupação e o emprego: uma perspectiva histórica. In: **Revista de Negócios**, Blumenau: Editora da FURB, mar/abril,2000.

MONTEIRO, Antônio Lopes; BERTAGNI, Roberto Fleury de Souza. **Acidente de Trabalho e Doenças Ocupacionais: conceito, processos de conhecimento e de execução e suas questões polêmicas**. São Paulo: Saraiva, 1998.

MOORE, Nick. A sociedade da informação. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA. **A informação: tendências para o novo milênio**. Brasília, 1999. p. 94-108.

NASCIMENTO, Gilza Marques do. **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto – SP**. 2003. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-21052004-110529/>>. Acesso: 02 de jun. 2004.

NORONHA, J.C. e LEVCOVITZ, E. “**AIS – SUDS - SUS: os caminhos do direito à saúde**”. In: Saúde e Sociedade no Brasil – anos 80. In. GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. (Org.) Rio de Janeiro: Relume Dumará/ ABRASCO. 1995. p. 72-111.

OLIVEIRA, Heloísa Maria José de. **Assistência social: do discurso do estado à prática do serviço social**. 2.ed.ver. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996. 211p.

RODRIGUES NETO, Eleutério. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.

SANTA CATARINA, Secretaria do Estado da Saúde. **Programa de Promoção da Saúde do Trabalhador**. Ambiente Saudável. Florianópolis, SC.

SATO, Leny. **Trabalho e Saúde Mental**. In Saúde Meio Ambiente e Condições de Trabalho: conteúdo para ação sindical – CUT. 1996.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Programa de promoção da saúde do trabalhador, Florianópolis [19--].

SELL, Ingeborg. **Projeto de Trabalho Humano: melhorando as condições de trabalho**. Florianópolis. Editora da UFSC, 2002. 496 p.it.

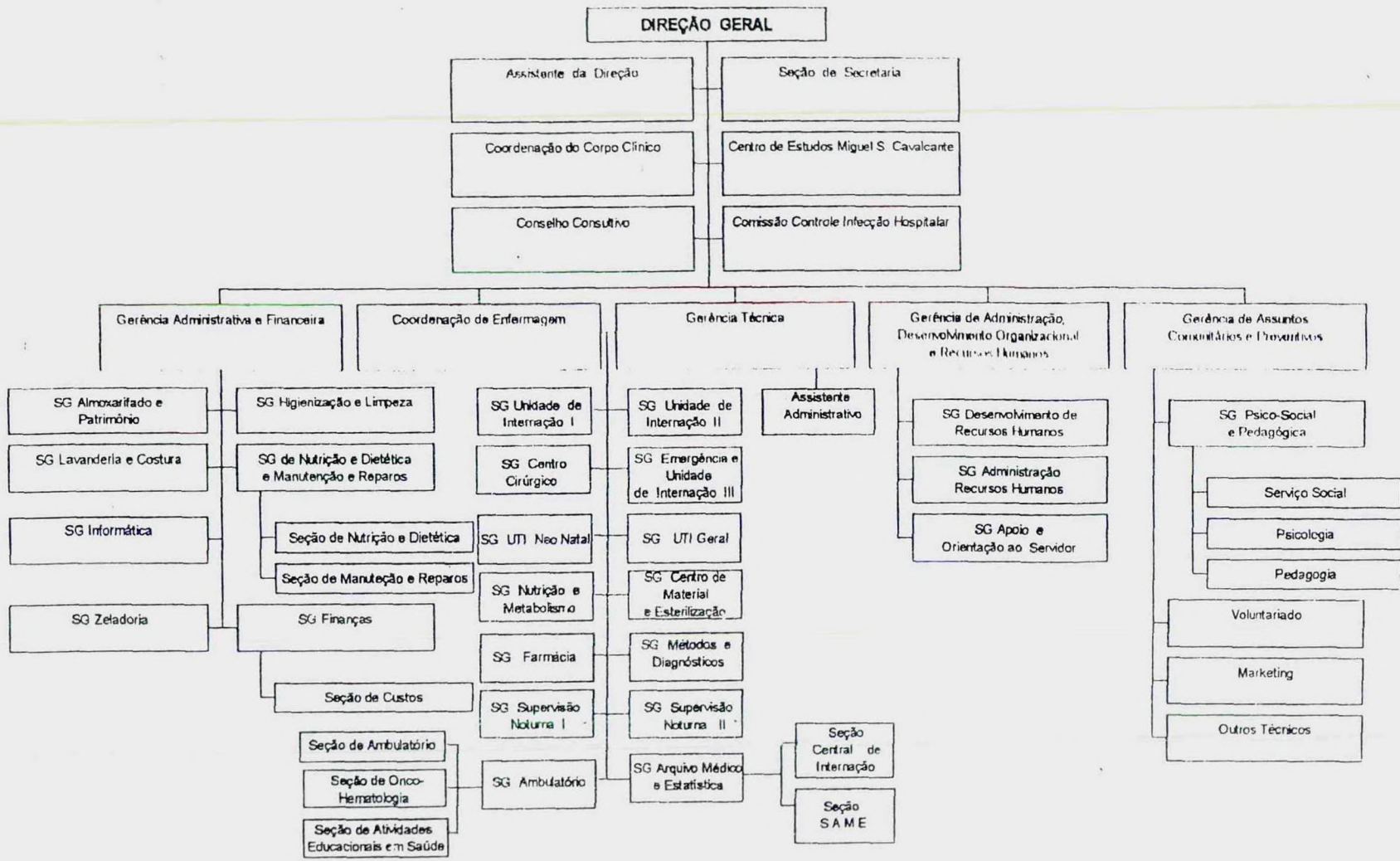
SILVA, Clédia Ivaldete. **Como Cuidar Daqueles que Cuidam: uma proposta de intervenção do Serviço Social na questão dos acidentes de trabalho no Hospital Infantil Joana de Gusmão**. 110f, 2002. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da Silva. **Previdência social um direito conquistado**: resgate histórico, quadro atual e propostas de mudanças. ___. A origem e evolução histórica no Brasil. [S.L.] : SINTSPREV-MA-CUT, 1995. Cap. 2, p. 31-60.

SIVIERI, Luiz Humberto. **Saúde no Trabalho e Mapeamento dos Riscos**. In Saúde e Meio Ambiente e Condições de Trabalho: conteúdo básico para ação sindical – CUT. 1996.

SÜSSEKIND, Arnaldo. **Convenções do OIT**. São Paulo: LTr, 1994.

ANEXO A:
ORGANOGRAMA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE
GUSMÃO



ANEXO B:
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DO ESPAÇO
CULTURAL NO HIJG

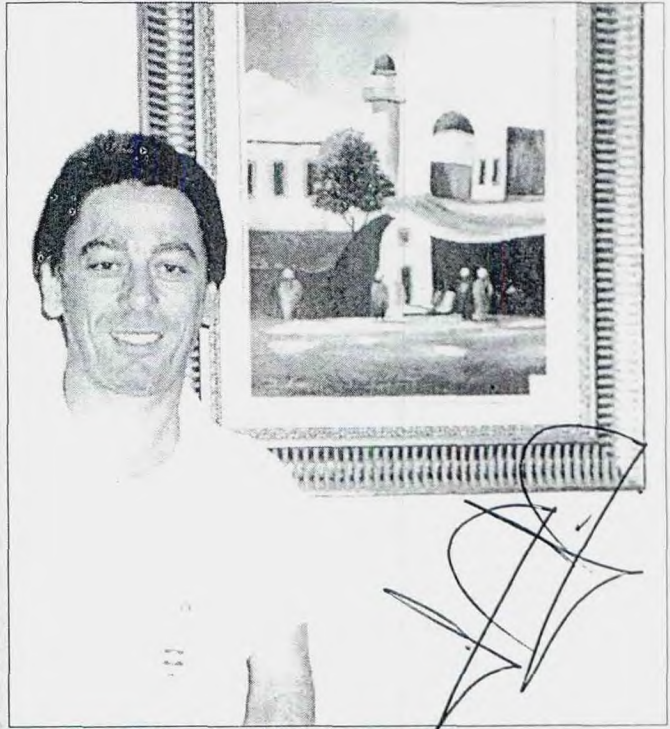
Espaço Cultural no Hospital Infantil

Foi inaugurado na primeira semana de novembro o Espaço Cultural do Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis. A abertura foi feita com uma exposição de telas de três artistas plásticos que também são funcionários do hospital: Carlos César Viera (Duda), Cacilda Laureano e Beariz Rechiegel.

Nas telas os funcionários, pacientes e visitantes do Hospital Infantil puderam conferir o talento dos três artistas plásticos, em obras com temas que variavam entre marinas, naturezas mortas e casarios.

Duda, idealizador do espaço, conta que foi uma surpresa para os funcionários conhecerem a sensibilidade artística dos colegas. Outra intenção do espaço é democratizar o hospital, além de humanizar o ambiente e aumentar a integração entre a comunidade e a instituição.

A iniciativa não teve nenhum custo para o hospital, o que possibilita a abertura de espaços semelhantes a este em outras unidades do sistema de saúde. Duda se dispõe a dividir sua experiência, repassando o projeto aos interessados. Ele também



Duda, idealizador do Espaço, também expôs

coloca o Espaço Cultura do HIJG à disposição dos artistas interessados. Contatos com Duda podem ser feitos pelo fone 251-9023.

Agora o espaço vai ser usado em rodízio para exposições de outros artistas e também para outras atividades culturais, como varais literários, por exemplo. Duda explica que sua intenção é solicitar um quadro de cada artista plástico que utilizar o espaço. As obras que forem doadas serão reunidas em um leilão, cujos recursos reverterão em obras sociais em prol dos pacientes do HIJG. "A doação das obras será voluntária", explica Duda, esclarecendo que ela não é uma condição para uso do espaço.