

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

MARIA DE FÁTIMA DOS SANTOS NACARI

**O HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA E O
FENÔMENO DO ABSENTEÍSMO**

VITÓRIA
2011

MARIA DE FÁTIMA DOS SANTOS NACARI

**O HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA E O
FENÔMENO DO ABSENTEÍSMO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Rauta Ramos

Vitória

2011

MARIA DE FÁTIMA DOS SANTOS NACARI

**O HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA E O
FENÔMENO DO ABSENTEÍSMO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, para obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em de de

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Rauta Ramos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Prof^a. Dr^a. Vanda Valadão Bussinger
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

*Dedico este trabalho
a meus pais, irmãos,
a meu esposo, Fernando,
a meus filhos Luiz Fernando, Juliana e
Gabriela, e minha nora, Vanessa.*

*A Dr^a. Isabel Cristina Andreatta Lemos
Paulo (in memoriam)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por ter me permitido chegar até aqui.

A meus pais, pelos ensinamentos durante toda minha vida.

A meu esposo, que esteve comigo em todos os momentos, incentivando-me sempre, pelo seu amor, carinho e dedicação nesses 32 anos de convivência.

Aos meus filhos e nora, que tanto me encorajaram nos momentos mais difíceis, em especial Gabriela, por me lembrar sempre que eu teria que continuar.

Aos meus irmãos, que compartilharam comigo grande parte da minha vida até os dias de hoje, em especial minha irmã Mirinha.

Ao professor Luiz Henrique Borges, pela sua paciência e dedicação.

A todos os meus colegas de sala, pois, por muitas vezes, pensamos em desistir, mas todos juntos conseguimos vencer.

A minha orientadora, Maria Helena Rauta Ramos, por ser essa pessoa simples, mas de um potencial inigualável, e por acreditar em mim.

A minha equipe do serviço social, que tanto me apoiou e colaborou nas horas em que estive ausente, em especial Adriana Mendes, por seu apoio durante todo o processo.

A Dr^a. Maria da Penha Rodrigues D'Ávila, pela amizade e pelo incentivo.

A Dr^a. Regina Célia Tonini, pela amizade e companheirismo.

A Marilza das Graças Caetano Silva, pela sua amizade nas horas mais difíceis.

A Caroline Dibai Feitosa, pela sua amizade e perseverança.

Aos funcionários da Santa Casa que colaboraram comigo nesta pesquisa, em especial Ângela Maria Nagel Fuastini, da Medicina do Trabalho.

RESUMO

Neste estudo o objetivo foi analisar o fenômeno do absenteísmo, no quadro mais geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES, tomando como referência as categorias teóricas de reprodução social e de condições de reprodução da força de trabalho. Considera-se o trabalho como fundador da sociabilidade humana, e sua determinação sobre a saúde do trabalhador, identificando a importância do trabalho na vida das pessoas, como fator de crescimento e de valorização pessoal e como meio de sobrevivência. A concepção de absenteísmo define o não comparecimento do funcionário ao local de trabalho, justificando ou não sua ausência. Suas causas nem sempre se vinculam diretamente às condições de vida do funcionário, mas referem-se a todo o processo institucional, da gestão às condições de trabalho, incluindo a saúde coletiva e as políticas públicas, na medida em que estas se relacionam com os recursos sociais disponibilizados às diferentes faixas da população de uma determinada sociedade.

A pesquisa, além de fundamentada numa vasta bibliografia relativa ao referencial teórico e à concepção do absenteísmo, se apoiou num conjunto de documentos existentes nos arquivos do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Realizou ainda, uma pesquisa quantitativa, com os dados disponibilizados pelo SESMT – Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho dessa Instituição.

Buscou-se identificar o índice de absenteísmo no Hospital Santa Casa de Misericórdia, no ano de 2010, e a análise do fenômeno teve como orientação alguns supostos, hipóteses de trabalho: a falta ao trabalho ocorre motivada especialmente por doenças acometidas no próprio processo de trabalho; os funcionários que recebem os mais baixos salários estão expostos a maiores situações de risco e, em decorrência, apresentam mais facilmente quadros de doenças e, portanto, de falta ao trabalho; sendo o grupo de funcionários do sexo feminino maior que o do sexo masculino, a prevalência de faltas é maior nas funcionárias mulheres, sem considerar o afastamento por motivo de licença maternidade, e entre as que exercem a função de técnico de enfermagem evidencia-se maior número de faltas por motivo de doença.

Palavras-chave: Absenteísmo. Trabalho. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the phenomenon of absenteeism, a more general framework of the Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES, by reference to the theoretical categories of social reproduction and reproductive conditions of the workforce. It is considered the work as the founder of human sociability, and their determination on the worker's health, identifying the importance of work in people's lives, growth factor and personal development and livelihoods. The design of absenteeism defines the failure to attend work, or not justifying their absence. Their causes are not always directly linked to the living conditions of the employee, but refer to any institutional process, from management and the conditions of work, including public health and public policy, insofar as they relate to the social resources available to different groups of the population of a given society. The research, and based on an extensive bibliography on the theoretical and design of absenteeism, relied on a set of documents in the files of the Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Still, there was a quantitative survey, with data provided by SESMT - Service Engineering, Safety and Occupational Health. That institution. We tried to identify the rate of absenteeism, the Hospital Santa Casa de Misericórdia, in 2010, and analysis of the phenomenon as a guide had some assumptions, working hypotheses: the absence from work is motivated specifically affected by disease in the work process itself ; employees who receive lower wages are more exposed to risk situations, and as a result have pictures of diseases more easily and therefore absence from work, being the group of female employees more than one male, the prevalence is higher in the absence of female employees without regard to removal by reason of maternity leave, beyond the role of practical nurse with increased absenteeism due to illness.

Keywords: Absenteeism. Work. Public policy and health.

LISTA DE SIGLAS

AIDS –	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASO –	Atestado de Saúde Ocupacional
CAT-	Comunicação de Acidente de Trabalho
CCIH –	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIPA –	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT –	Consolidação das Leis do Trabalho
CREFES –	Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo
DST –	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HSCMV –	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
INSS –	Instituto Nacional de Seguro Social
NOST –	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
PCMSO –	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
SAMU –	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA –	Secretaria de Saúde
SESMT –	Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho
SINTRASADS –	Sindicato dos Trabalhadores de Saúde
SIPAT –	Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
SUS –	Sistema Único de Saúde
UTI –	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN –	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades sob a jurisdição da ISCMV.....	38
Tabela 2 - Índices de absenteísmo, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho no HSCMV- 2010.....	55
Tabela 3 - Atestados médicos por funcionário no ano de 2010.....	63
Tabela 4 - Número de dias de atestados no ano de 2010.....	64
Tabela 5 - Ausências no ano de 2010 geradas por profissionais Técnicos em Enfermagem no HSCMV.....	65
Tabela 6 - Quantidade de funcionários.....	70

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REPRODUÇÃO SOCIAL E CONDIÇÕES DE REPRODUÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO.....	13
2.1 O TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	13
2.2 CONCEPÇÃO DO ABSENTEÍSMO	20
2.3 SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS	24
3 O HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA	33
3.1 HISTÓRICO SUMÁRIO DA INSTITUIÇÃO.....	33
3.2 CONDIÇÕES MATERIAIS, HUMANAS, ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS DA INSTITUIÇÃO.....	37
3.3 CENÁRIO-POLÍTICO ADMINISTRATIVO DA INSTITUIÇÃO.....	41
4 – ABSENTEÍSMO NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA.....	50
3.1 QUADRO DE FUNCIONÁRIOS (ANO DE 2009 E 2010)	50
3.2 ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO NA INSTITUIÇÃO.....	54
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
5 REFERÊNCIAS.....	74
ANEXOS A – ORGANOGRAMA DO HSCMV	79
ANEXOS B – ORGANOGRAMA ADMINISTRATIVO DO HSCMV.....	80

1 INTRODUÇÃO

Pretende-se, neste trabalho, mensurar e analisar o absenteísmo dos funcionários do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), atendidos pelo Serviço de Medicina do Trabalho (SESMT), no período de janeiro a dezembro de 2010.

Este estudo se torna relevante, pelo fato de focalizar uma gestão relacionada ao trabalhador de saúde que atende os usuários do Sistema Único de Saúde e o cotidiano vivenciado por esses trabalhadores. O trabalhador encontra-se inserido em um contexto político, social e econômico, em que ele tem de se adaptar a uma jornada de trabalho muitas vezes desgastante e, sendo seu salário inferior à cobertura de suas necessidades básicas, submetendo-se ele a horas excedentes de trabalho e, na maioria das vezes, se vê obrigado a buscar outro vínculo empregatício para aumentar sua renda familiar. No caso do HSCMV, há um número significativo de afastamentos de funcionários de suas atividades laborais, devido aos fatores citados acima. Sendo assim, busco identificar as principais causas e motivações de absenteísmo dos funcionários .

Observa-se, um número mensal alarmante de funcionários em licença médica e um número total de dias de afastamento por mês igualmente alarmante. O foco da assistência no Hospital é a população SUS dependente. É um hospital geral, de caráter filantrópico, contando com 251 leitos ativos. Desse total, 218 são destinados a atendimento do SUS, com a seguinte distribuição: 197 leitos em enfermaria; 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI); 6 leitos de UTI neonatal (UTIN) e 5 leitos de Unidade Intermediária Neonatal. O Hospital agrega atividades de ensino, pesquisa e assistência. Está localizado na capital do Espírito Santo – Vitória, em posição estratégica, sendo referência para os municípios vizinhos (Serra, Cariacica, Viana, Guarapari, Vila Velha, Fundão) e demais municípios do Estado do Espírito Santo. Também recebe pacientes do sul da Bahia, leste de Minas Gerais, norte do Rio de Janeiro e outras regiões. Portanto, os trabalhadores estão sujeitos às regras impostas pelas Políticas Públicas de Saúde, com todas as suas interfaces. Esses

como seres humanos, trabalhadores e cidadãos, estão sujeitos a riscos, e o adoecimento deles reflete diretamente na qualidade do atendimento ao usuário SUS, o que motivou a realização deste projeto de pesquisa. Neste estudo, analisamos e discutimos os fatores que contribuem para o absenteísmo em trabalhadores desse hospital.

O foco da abordagem deste estudo envolve a relação trabalhador x empregador nessa instituição, os funcionários dos diversos setores são atendidos pelo SESMT. Em virtude do alto absenteísmo durante o ano de 2010, justifica-se esta pesquisa. Para prestar atendimento aos usuários dos serviços de saúde, a Instituição contou, no ano de 2010, com cerca de 1.000 funcionários, regidos pelo regime CLT, com exceção de alguns médicos autônomos, cujo vínculo se dá por meio de Recibo de Pagamento Autônomo (RPA). Os funcionários têm a defesa de seus interesses centralizados no Sindicato dos Trabalhadores da Saúde (SINTRASADS), salvo os médicos e enfermeiros, que possuem seu sindicato próprio, respectivamente SIMES-ES e SINDIENFERMEIROS.

Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa seguiu as normas preconizadas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e se baseou fundamentalmente em pesquisa bibliográfica e documental, recorrendo a dados estatísticos da pesquisa quantitativa para tratar os dados disponibilizados pelo SESMT, extraídos a partir do exame dos cadastros dos funcionários atendidos e dos quadros de Estatística Anual. Ressalta-se que este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Saúde, tendo autorização prévia da direção da instituição.

Neste estudo, foram utilizados procedimentos da pesquisa participante, considerando que a pesquisadora é coordenadora do setor de Serviço Social, conseqüentemente portando observações e informações sobre o fenômeno do absentismo, registrado nesse hospital, o que auxiliou na descrição e análise dos dados coletados. Da observação direta, foram inferidos dados relativos à realidade cotidiana, que implica um universo de crenças, valores, significados e outros construtos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2003).

Valeu-se, portanto, da pesquisa qualitativa, quando foram procuradas, por exemplo, informações em documentos da própria instituição e em sites governamentais. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatísticas descritivas: percentual e média.

Desse modo, a pesquisa se fundamentou no estudo de uma ampla bibliografia, na busca de um referencial teórico e da concepção do absenteísmo. Apoiou-se, também, num conjunto de documentos existentes nos arquivos do hospital. Realizou-se ainda, uma pesquisa quantitativa, com os dados disponibilizados pelo Serviço de Engenharia, SESMT dessa instituição, buscando identificar o índice de absenteísmo, nesse Hospital, no ano de 2010.

Para dar conta de prováveis determinações do absenteísmo no HSCMV, a análise foi orientada por algumas hipóteses de trabalho:

- a) a falta ao trabalho ocorre motivada especialmente por doenças acometidas no próprio processo de trabalho;
- b) sendo o grupo de funcionários do sexo feminino maior que o do sexo masculino, a prevalência de faltas é maior nas funcionárias mulheres, sem considerar o afastamento por motivo de licença maternidade;
- c) a maior prevalência em número de atestados advém do grupo de maior exposição à sobrecarga de trabalho, de salários baixos e com condições inadequadas de trabalho.

Este estudo busca contribuir para a melhoria das condições de trabalho nesse hospital e, indiretamente, para a elevação dos serviços prestados à população usuária do SUS, que ocupa 86% dos leitos da Instituição. Portanto, esta pesquisa pode prestar um importante benefício social.

Esperamos que este estudo, além de concorrer no nível interno, possa atingir outras instituições de saúde, no sentido de auxiliar em novas ações voltadas para os trabalhadores de saúde, cujas condições examinadas possam ser malificadas, promovendo-se alterações nas formas de lidar com a realidade vivenciada no cotidiano da prática desses trabalhadores.

2 REPRODUÇÃO SOCIAL E CONDIÇÕES DE REPRODUÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

Aborda a reprodução social e as condições de reprodução da força de trabalho, considerando a concepção do trabalho como fundador da sociabilidade humana, o trabalho e a saúde do trabalhador, a importância do trabalho na vida das pessoas, como fator de crescimento e valorização pessoal e como meio de sobrevivência. A concepção de absenteísmo define o não comparecimento ao local de trabalho, justificando-se ou não a ausência, e suas causas nem sempre estão ligadas ao funcionário, mas a todo o processo institucional, da gestão às condições de trabalho, à saúde e às políticas públicas, que determinam como os recursos são usados para o benefício de seus cidadãos.

2.2 O TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR

No capitalismo, o trabalhador vende sua força de trabalho como condição de prover seus meios de subsistência, sendo ele executor das tarefas atribuídas, algumas vezes de forma subjetiva. Para sua sobrevivência, terá que se submeter novamente ao mesmo processo de trabalho. O salário é tão somente a paga por uma parte do tempo gasto por ele no processo de fabricação do produto. A reprodução da força de trabalho guarda relações como a produção e a reprodução ampliada do capital, ou seja, com a acumulação ao capital em escala ascendente.

Por acumulação capitalista se compreende a inversão contínua de parte da mais-valia como capital produtivo. Isso significa que, para ocorrer o processo de acumulação, torna-se necessário que parte do produto excedente seja transformada em capital. “Do ponto de vista concreto, a acumulação não passa de reprodução do capital em escala que cresce progressivamente. O círculo em que se move a reprodução simples muda, então, sua forma e transforma-se [...] em espiral.” (MARX, 1987, p. 677)

O produto do processo de trabalho é apropriado pelo capitalista, na medida em que ele dispõe da propriedade dos meios de produção. Não apenas as forças produtivas materiais estão sob o comando do capital, como também as forças humanas e sociais, as quais são colocadas em funcionamento de acordo com suas necessidades de exploração.

De acordo com Karl Marx, o desenvolvimento da força produtiva social do trabalho contribui para o aumento da riqueza, em oposição ao trabalhador: enquanto o capitalista acumula riqueza o trabalho acumula para si a pobreza.

[...] como **riqueza que o domina**, como **capital**; estende-se frente a ele o mundo da riqueza como mundo alheio e que o domina, e na mesma proporção se desenvolvem, por oposição, sua pobreza, indigência e sujeição subjetivas. Seu **esvaziamento** e essa **abundância** se correspondem e andam a par. Ao mesmo tempo, cresce a massa desses meios de produção vivos do capital: o **proletariado** trabalhador (MARX, 1978, p. 92).

O trabalho social é o conjunto dos trabalhos individuais que, sob o capitalismo, operando de forma concentrada, no chão da fábrica, produzem uma força produtiva social, representada pelo trabalhador coletivo. Essa força social agrupa diferentes tipos de trabalho úteis, que, de acordo com o ramo da produção, correspondem ao atendimento de diversas necessidades sociais: alimentação, vestuário, meios de transporte, entre outros.

Qualquer que seja a forma social do processo de produção, esse processo deve ser, em qualquer caso, ininterrupto — isto é: deve, periódica e repetidamente, passar por determinadas e idênticas etapas. Da mesma forma que não pode deixar de consumir, a sociedade também não pode deixar de produzir. Por isso, todo processo de produção social — considerado em ligação constante e no curso ininterrupto de sua renovação — é, ao mesmo tempo, um processo de reprodução (MARX, 1951, p. 570).

O trabalho, fundamento da sociabilidade humana, responsável pela constituição das relações sociais, é essencial à reprodução da vida, produzindo os bens socialmente necessários.

Em toda e qualquer sociedade, independentemente da forma que assuma o processo de trabalho, a produção necessita se desenvolver e precisa se desenvolver

ininterruptamente, isto é, sem paralisações ou crises fatais. Desse modo, o processo de produção significa, ao mesmo tempo, o processo de reprodução social.

Reprodução social compreende, portanto, o conjunto de atividades desenvolvidas pelos homens, incluindo tanto a produção material como a produção cultural, social e espiritual. Não apenas são necessários, à reprodução de uma determinada sociedade, os meios de sobrevivência material (alimentação, vestuário, habitação, etc.). As necessidades sociais, com o desenvolvimento do capitalismo, se ampliaram, desenvolvendo-se diferentes setores da vida em sociedade. Surgiram os equipamentos e serviços coletivos que preenchem diferentes funções da vida humana. Por exemplo, na área da educação, há atendimentos nas diferentes fases da vida, desde o maternal até a pós-graduação.

No campo da saúde, com o desenvolvimento tecnológico, houve um grande avanço nas modalidades de serviços prestados. Cada país cria o sistema de saúde adequado às exigências sociais. No Brasil, além dos serviços públicos, hoje sob a égide do SUS, há uma rede sofisticada para o atendimento privado, isto é, segundo o poder aquisitivo de cada classe e fração de classe dos seus habitantes.

Esses equipamentos e serviços coletivos, públicos e/ou privados, concorrem para a reprodução da força de trabalho. O Estado se responsabiliza por essa função, no entanto deixa muito a desejar em diversas áreas.

A palavra trabalho origina-se do latim *tripalium*, um instrumento de tortura usado para punir indivíduos submetidos ao trabalho forçado. Na concepção religiosa, o trabalho seria um castigo para Adão e Eva que, por terem cometido o pecado, deveriam trabalhar e com suor prover o próprio alimento (BIBLIA, 2006).

Para o homem moderno, entretanto, o trabalho significa necessidade e razão de vida. O conceito atual coloca o trabalhador como um indivíduo digno de respeito e merecedor de condições que contribuam para melhoria da sua qualidade de vida (WEBER, 1983).

O trabalho é de grande importância na vida das pessoas. É fator de crescimento e

valorização pessoal, atuando como meio de sobrevivência. Pode ainda ser compreendido como organizador da vida social, cultural e social. O trabalho, a partir da Revolução Industrial, aparece bastante dividido socialmente. Para alguns trabalhadores, reservam-se as atividades ligadas ao pensamento e ao planejamento, enquanto, para a grande massa de trabalhadores, cabe apenas a execução.

Com a expansão da propriedade privada e a divisão social do trabalho, o trabalho perde a sua característica de criatividade e de expansão de sua subjetividade. O processo de trabalho e seus produtos assumem, a partir da relação capital x trabalho, uma existência à parte do homem trabalhador, de sua vontade e de seu controle, pois cabe ao proprietário dos meios de produção submeter o trabalhador, desprovido de seus instrumentos de trabalho, a sua vontade e a seu controle.

A relação capital/trabalho revela contradições: ao mesmo tempo que produz riquezas, pode também constituir fonte de sofrimento, desequilíbrio físico e mental, frustração para os trabalhadores. No ambiente do trabalho, os trabalhadores buscam meios de compensar o sofrimento, tornando-se indiferentes ao processo laboral, optando, assim, pela fuga ao trabalho, tanto voluntária quanto involuntariamente, períodos em que os empregados se encontram ausentes do trabalho, por falta ou por atestado médico.

Merlo (1991, p. 24) nos lembra que, historicamente, as relações dos homens e mulheres com o trabalho sofreram transformações resultantes da passagem do sistema laboral por diversos modos de produção, consequência da lógica da competição na busca do lucro. Essas transformações não ocorreram de forma neutra e, ainda menos, deixaram impune a saúde dos trabalhadores. A análise da maneira como se desenvolveu o processo de trabalho é a chave para se compreender a subordinação da saúde às condições de trabalho.

Após a Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento de novas tecnologias com engrenagens pesadas, novos instrumentos, a chegada de produtos químicos e a fragmentação crescente das tarefas trouxeram, em seu bojo, uma crescente demanda por intervenção do ambiente do trabalho. Tal processo provocou um

deslocamento na função do supervisor para a própria máquina, que passa a exercer formas abusivas de controle da produção por meio da obrigatoriedade da execução de tarefas mais intensas ou monótonas. Essas demandas produziram novas repercussões à saúde dos trabalhadores, que se traduziram no crescimento do número de acidentes de trabalho e no aumento das doenças (DIEESE, 1994).

Na sociedade contemporânea, na gestão da força de trabalho, busca-se um novo tipo de trabalhador, cujo perfil seja polivalente, capacitado para executar várias atividades, inclusive de coordenação e autocontrole de suas atividades. Essa exigência guarda relação com a introdução das Normas Tecnológicas de Informação e Comunicação (NTIC's), que aproxima trabalhador manual e trabalhador intelectual, ambas as funções desempenhadas pelo mesmo trabalhador. Essa nova modalidade de trabalhador vincula-se à elevação da produtividade do trabalho. A qualificação desse trabalhador diz não somente respeito a sua qualificação técnica, como também busca sua participação e envolvimento por meio da mobilização de sua subjetividade, ou seja, visa-se à constituição de trabalhadores que *vistam a camisa* da empresa.

A subjetividade do trabalhador consiste em um ingrediente imprescindível na organização do trabalho, porque se torna um elemento importante na realização do processo de trabalho e, como tal, um elemento central nas relações de controle.

As empresas, no Brasil, para manterem esse engajamento nas relações de trabalho, obtendo o consentimento dos seus trabalhadores na adoção das atitudes desejáveis pelo capital, desenvolvem diferentes estratégias que se traduzem em concessões e sacrifícios.

As estratégias adotadas pelo capital, acarretam transformações no mundo do trabalho, vêm gerando desemprego, desregulamentação nas relações de trabalho, terceirizações, precariedade e trabalhos informais.

Por meio da organização do processo de trabalho, observam-se diferentes formas de consumo da força de trabalho. Essas formas de consumo guardam relação com a extração da mais-valia absoluta e mais-valia relativa. A mais-valia absoluta é a forma

mais antiga de exploração do trabalhador, por meio do aumento da jornada de trabalho ou da diminuição do salário. A mais-valia relativa ocorre de duas maneiras, seja pela intensificação do trabalho, seja pelo aumento da produtividade do trabalho, por meio de uma mudança na organização do trabalho ou na introdução de novas tecnologias (LAURELL, 1981).

Dedecca (1996, p. 62) chama a atenção para o crescimento do fenômeno que caracteriza como *individualização de salários* ou *salário eficiência*, em que ganhos trabalhistas são estipulados levando-se em conta indicadores de produtividade individual, resultados obtidos pelas empresas, nível de absenteísmo individual, criatividade no enfrentamento dos problemas cotidianos do processo de trabalho, rendimento da equipe de trabalho, etc. Sempre buscando adotar formas mais flexíveis de gestão e uso do tempo de trabalho e do aumento da produtividade, tem-se adotado, como uma tendência geral, a incorporação de novas regras no que tange à determinação dos salários, gerando, com diferentes programas de incentivo à produtividade, mecanismos que levariam a um processo de *individualização dos salários* *salário*, *eficiência* ou *salário participativo*, convertendo uma parcela da remuneração total em um componente flexível.

Os setores de Recursos Humanos e de Medicina do Trabalho tornam-se estratégicos para o capital, na medida em que, em primeiro lugar, a tecnologia usada na seleção de pessoal possibilita a escolha de uma mão de obra provavelmente menos geradora de problemas futuros como o absenteísmo e suas consequências nas interrupções da produção (gastos com obrigações sociais, etc.). Em segundo lugar, esses setores também concorrem para a elevação do controle do absenteísmo na força de trabalho empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior atenção por parte da empresa, do que se essa função fosse desempenhada por serviços médicos externos, como a Previdência Social. Outro aspecto é a possibilidade de se obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de um funcionamento mais eficaz nesse sentido, do que habitualmente ocorre com a intermediação de *morosas e deficientes* redes previdenciárias e estatais, ou mesmo da prática liberal sem articulação com a empresa. (MENDES; DIAS, 1991)

Assim, os setores de Recursos Humanos e de Medicina do Trabalho servem diretamente ao capital, na medida em que o controle da força de trabalho, a vigilância permanente, a incorporação do autocontrole na subjetividade do trabalhador, a redução do índice de absenteísmo e a seleção dos trabalhadores mais saudáveis reduzem problemas na relação capital x trabalho, produzindo pessoas subordinadas ao controle da empresa, evitando os diversos adoecimentos no trabalho. (SELIGMANN-SILVA, 1990)

Nos casos de doenças crônicas ou acidentes de trabalho, os benefícios que são concedidos ao trabalhador não são suficientes para manter sua família. A doença é vista como impedimento ao trabalho, como a destruição do corpo considerado força na produção do trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças relacionadas ao trabalho, têm fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, referentes ao conjunto de agentes físicos, químicos, biológicos e de organização do trabalho. Daí ser necessário planejar e implantar um

[...] conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção à saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 2001, p.13)

O campo da Saúde do Trabalhador no Brasil tem recebido diferentes contribuições no que diz respeito ao conhecimento das relações entre trabalho e subjetividade. Os estudos dos desgastes associados ao processo de trabalho advêm também da psicologia do trabalho, da psicodinâmica do trabalho, dos estudos epidemiológicos em saúde mental e das teorias do estresse. Estes últimos, junto com estudos do burn-out e do assédio moral, parecem tornar-se cada vez mais frequentes (OSÓRIO; MACHADO; MINAYO-GOMES, 2005).

De modo geral, a noção de sofrimento psíquico, perante os constrangimentos impostos pela organização e condições de trabalho, é central. A luta pela saúde é enfocada sobretudo como luta contra o sofrimento. Já a contribuição de autores que

sublinham a importância de produzir caminhos para a ampliação do poder de agir dos trabalhadores, como estratégia para a superação das condições de produção desse sofrimento, tem sido pouco explorada.

2.2 CONCEPÇÃO DE ABSENTEÍSMO

Denominamos absenteísmo a ausência ao trabalho, de acordo com Bueno, que define esse fenômeno como “o hábito de não comparecer, de estar ausente” (1997, p.12). O termo absenteísmo origina-se da palavra “absenteísmo”, inicialmente aplicada aos proprietários rurais que abandonavam o campo para viver na cidade. Após a revolução industrial, esse termo se generalizou para o trabalhador que faltava à fábrica (QUICK; LAPERLOSA, 1982).

Considera-se, portanto, absenteísmo a ausência voluntária ao trabalho, isto é, quando o trabalhador deixa de se apresentar ao local de labor obrigatório por força de contrato, justificando ou não sua ausência. Segundo BEHREND, o absenteísmo por licença médica pode ser definido como ausência médica ao trabalho justificado.

De modo geral, verifica-se que o não comparecimento ao trabalho pode estar intimamente relacionado às próprias condições de trabalho, que provocam mal estar, stress ou mesmo doenças físicas, trazendo prejuízos não só ao trabalhador e aos familiares, como também à empresa e à sociedade. Em situações em que o empregado não justifica a falta antecipadamente, altera-se o ambiente laboral, pois o trabalho que seria desenvolvido pela equipe fica deficitário, acarretando prejuízos para o empregador. Há uma particularidade no que se refere ao campo da saúde: os trabalhadores quotidianamente lidam com questões relativas à vida numa mediação quase direta com a morte.

Para Chiavenato (1999), o absenteísmo constitui a soma dos períodos em que os trabalhadores se encontram ausentes, seja por falta, por atraso, seja por algum outro motivo interveniente. Assim pensando, pode-se ampliar o termo absenteísmo para

definir uma sequência de faltas e atrasos dos empregados ou mesmo prestadores de serviço, com vínculo não formal. Há uma unanimidade entre os gestores de recursos humanos ao considerar que o absenteísmo traz danos à produtividade, com uma incidência na sobrecarga de outros trabalhadores.

O Absenteísmo pode significar:

- a) ausência ao trabalho por doença justificada por atestado, com afastamento de 1 a 3 dias, sem comprometimento de proventos e sem prejuízo na contagem do tempo de serviço;
- b) ausência por licença médica, considerado um afastamento superior a três dias, que pode atingir até 15 dias;
- c) ausência por afastamento superior a 15 dias, nos casos de licenças médicas;
- d) há ainda o absenteísmo legal, vinculado a situações de gestação, doação de sangue, dispensa por ter trabalhado em eleições como mesário, morte de familiar (nojo) e prestação de serviço militar.

Couto (1987) alerta sobre a multifatorialidade das causas que levam ao absenteísmo, classificando-as em fatores de doença, de trabalho, sociais, culturais e de personalidade. Segundo Alves (1996, p.5)

[...] o absenteísmo é determinado por vários fatores dialeticamente interligados, a saber: condições de saúde pessoal, condições sociais que afetam o trabalho, condições do ambiente de trabalho e atitudes frente ao trabalho, que refletem a exploração econômica e dominação ideológica.

Num artigo intitulado *Absenteísmo e trabalhadores da Saúde* e publicado no site da Rede Humaniza SUS, em 31 de maio de 2009, Pires apresenta os seguintes dados alarmantes:

Em 2005, a Previdência Social notificou 491 mil acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, envolvendo quase meio milhão de pessoas e 2,7 mil mortes.

Estatísticas como estas integram trabalhadores do setor de saúde no Brasil, os quais, segundo dados do Ministério da Saúde, somam mais de 2,5 milhões.

Na América Latina, Estados Unidos e Caribe, são cerca de 20 milhões destes profissionais. A extensão e a diversidade desse contingente também revelam a dimensão e a gravidade de problemas compartilhados no exercício da profissão, (PIRES, 2009).

A respeito desses graves problemas, o autor apresenta ainda:

Funcionários estressados, sobrecarga de trabalho e baixos salários se somam a este panorama, e os especialistas nomeiam como estado de “precarização” do trabalho na área de saúde. Não são raros os exemplos de profissionais de saúde acometidos por doenças respiratórias, musculoesqueléticas e mentais, dentre outras (PIRES, 2009, p.98).

A causa das faltas não previstas pelo trabalhador, de acordo com Mac Donald e Shaver (1981), pode ser encontrada em uma das três categorias: causas intrínsecas, ligadas à subjetivação do trabalhador, à natureza e às condições do trabalho, o que reflete no grau maior ou menor de satisfação ou insatisfação do trabalhador em relação ao trabalho em si, a supervisão ineficiente, a falta de controle e a sobrecarga de trabalho e exaustão física; causas extrínsecas, de natureza objetiva, principalmente, as referentes às políticas de pessoal da organização (que variam de uma política condolente com as faltas, passando por uma política liberal em fornecer licenças de saúde, a uma rigorosa no trato de trabalhadores faltosos).

Os fatores desencadeantes do absenteísmo podem ser classificados em três tipos, segundo Meira (1982, p. 69):

1. Naturais, como condições climáticas e meteorológicas.
2. Socioeconômicos, como conjuntura econômica, sexo, idade, estado civil, categoria, tempo de empresa, condições de trabalho e nível salarial.
3. Inerentes à própria empresa, isto é, sua política, pessoal, porte, supervisão, chefia e benefícios implantados nas áreas de

assistência médica, condução e alimentação.

No ambiente hospitalar, os trabalhadores da saúde podem ser constrangidos a operar em condições inadequadas, quando se expõem a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social. Destacamos que, nesses ambientes, há a aglomeração de pacientes/clientes portadores de diversos problemas de saúde e assistidos por trabalhadores diversos.

As relações entre saúde e doença têm merecido pesquisas, que focalizam os prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores da saúde. Entre outras causas desses danos, comparecem a realização de tarefas repetitivas, a remuneração baixa, a responsabilidade e a complexidade, o ritmo acelerado de produção. Diante do agravo das tarefas exigidas aos trabalhadores da saúde, suas atividades deixam de ser prazerosas, tornando-se objeto de sofrimento, exploração, doença e mesmo morte.

Há um conjunto de fatores que tornam as atividades realizadas pelos trabalhadores de saúde ações estressantes: insuficiência de pessoal, desvalorização financeira e falta de material adequado. Nesse contexto, os resultados de pesquisas, no âmbito hospitalar, apontam inúmeras doenças relacionadas ao trabalho, que limitam a execução dos trabalhadores ou os levam ao absenteísmo.

No quadro mais geral do absenteísmo, a mulher se destaca, certamente devido à multiplicidade de papéis, às responsabilidades enquanto mãe de filhos (especialmente no período de gestação e amamentação) e às demais atividades assumidas no âmbito familiar, com a adoção de dupla jornada de trabalho, na medida em que contribui para o sustento da família. Segundo Berlinguer (1980), seja qual for a natureza das faltas, atingem mais as mulheres as causas do absenteísmo, como problemas familiares, problemas psicológicos, desgaste físico e mental.

2.3 SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

Para Dejours (1987), o movimento operário adquiriu bases sólidas a partir da Primeira Guerra Mundial, tendo como preocupação dominante a saúde do corpo, corpo esse, que é o principal ponto de impacto dos prejuízos do trabalho. Nesse período, há a institucionalização da Medicina do Trabalho (1946), da Previdência Social (1945), dos comitês de Higiene e Segurança (1947). A partir dos anos dourados (décadas de 1940 a 1970), as políticas públicas orientadas para a classe trabalhadora são mais expressivas, em decorrência do pacto social, orientado pelo keynesianismo¹.

Para Souza (2006), as políticas públicas, na sua essência, vinculam-se fortemente ao Estado, sendo este que determina como os recursos são usados para o benefício de seus cidadãos. A autora faz uma síntese dos principais teóricos que trabalham o tema das políticas públicas relacionadas às instituições que dão a última ordem, de como o dinheiro sob a forma de impostos deve ser acumulado e de como este deve ser investido e, no final, de fazer prestação de conta pública do dinheiro gasto em favor da sociedade.

Aproximando-se da visão de Souza (2006), Fernandes (2007), em seu artigo “Políticas Públicas: definição, evolução e o caso brasileiro na política social”, defende a ideia de que as políticas públicas se manifestam mediante duas dimensões complementares entre si, o administrativo ou técnico e o aspecto político. Segundo o autor,

[...] costuma-se pensar o campo das políticas públicas unicamente caracterizado como administrativo ou técnico, e assim livre, portanto, do aspecto ‘político’ propriamente dito, que é mais verdade, dado que, apesar de se tratar de uma área técnico-administrativa, a esfera das políticas também possui uma dimensão política uma vez que está relacionada ao

¹ **Keynesianismo** é a teoria econômica consolidada pelo economista inglês John Maynard Keynes em seu livro *Teoria geral do emprego, do juro e da moeda* (*General theory of employment, interest and money*) Propõe ela uma [organização político-econômica](#), oposta à propõem às [neoliberalistas](#), sendo fundamentada na afirmação do Estado como agente indispensável de controle da economia, com objetivo de conduzir a um sistema de pleno emprego. Tais teorias tiveram uma enorme influência na renovação das teorias clássicas e na reformulação da política de livre mercado.

processo decisório (FERNANDES 2007, p. 203).

Diferente dos autores acima, Verza (2000) faz uma discussão sobre a política pública, considerando a inexorabilidade dos rumos tomados pela sociedade contemporânea. Enfatiza o autor que a globalização é um fenômeno predominante em todo mundo, um caminho que não tem volta. No entanto, a forma como ela se manifesta aumenta a desigualdade social e gera vários tipos de violência, sendo hoje o maior desafio da globalização a criação de uma política de solidariedade humana geral.

O processo de globalização em desenvolvimento atinge todas as sociedades, (...) Também há consenso que a forma atual de globalização cria desemprego e exclusão social, causando danos econômico-sociais e ambientais. Desencadeia violências de todo tipo. (...) Vale salientar que a pressão da globalização para baixo cria a necessidade do governo buscar alternativas novas do contato direto com o cidadão superando o ortodoxo de fazer política. De igual maneira, a cidadania conscientemente organizada necessita criar mecanismo de contato e controle de políticas estatais, democratizando-as. Isso demanda novos experimentos de participação política direta de maior número possível de cidadãos. Assim, um dos maiores desafios da globalização é a discussão profunda e ampla a cerca de uma política da condução humana global (VERZA, 2000, p 85).

As políticas públicas são aqui entendidas como o *Estado em ação* (GOBERT; MULLER, 1987 apud HOFLING, 2001, p.35); o Estado implantando um projeto de governo, por meio de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade.

Por meio das políticas públicas, elaboram-se estratégias de intervenção governamentais, e a relação do Estado com essas políticas é fundamental, especialmente quando elas são voltadas para educação, saúde, previdência, saneamento e outras áreas. Muitos conflitos entre trabalho e capital podem ser enfrentados por meio de políticas públicas. Numa leitura liberal, o sociólogo alemão Claus Offe, em entrevista à Revista Veja, afirmou que

[...] os problemas de um país não vão ser resolvidos apenas pela ação do Estado ou do mercado. É preciso um novo pacto, que resolve o dever do Estado de dar condições básicas de cidadania, garanta a liberdade do

mercado e da competição econômica e, para evitar o conflito entre esses dois interesses, permita a influência de entidades comunitárias. (OFFE, 1998, p. 12)

De toda maneira, na formulação de políticas, observam-se processos de negociação entre as classes sociais e/ou frações de classes, mediados por órgãos públicos, buscando consensos mínimos e utilizando, em alguns casos, o critério custos/benefícios, inclusive do ponto de vista de desgaste político.

Pensando em políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador, a Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União no trato da segurança e da saúde do trabalhador, por meio de ações intersetoriais desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde. Suas atribuições, são regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei nº. 6.229/75); nas Leis nº. 8.212/91 e 8.213/91 I (dia, mês, ano das leis), que dispõem sobre a organização da seguridade social e institui planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e na lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990.

O texto constitucional define os poderes da União, estabelecendo, também, os poderes remanescentes dos Estados e dos Municípios. A União organiza, mantém e executa a inspeção do trabalho, com exclusividade (art. 21, inciso XXIV), e legisla, privativamente, sobre direito do trabalho (art. 22, inciso I). A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios cuidam da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (art. 23, inciso II). A União, os Estados e o Distrito Federal legislam concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa da saúde (art. 24, inciso XII).

Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 atribuem ao Sistema Único de Saúde as ações de Saúde do Trabalhador, por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n. 8080/90), que regulamenta os dispositivos

constitucionais sobre a saúde do trabalhador, dispõe, em seu art. 6º, parágrafo 3º. :

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

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde/SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde(SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais;

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990, p.1)

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção consumo, ambiente e saúde.

O Ministério da Saúde, em 19 de setembro de 2002, instituiu, pela Portaria nº. 1.679, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), para que o SUS viabilize uma estratégia de disseminação das ações em saúde do trabalhador em toda a sua rede de serviços, compreendendo as Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Pronto-Socorro e Hospitais, nos mais de 5.500 municípios do País. Faz parte dessa estratégia a implementação de Redes regionalizadas compostas de 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST's), além de reconhecer

os 10 Centros já existentes, cuja função é servir como polos irradiadores, em determinado território, da cultura especializada implícita na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, incumbindo-lhes, especialmente, dar suporte técnico e científico, capacitar e coordenar projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores.

Além dos Centros de Referência, a mencionada rede nacional deve contar, na sua estrutura, também com ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS e com ações na rede de atenção básica e no Programa Saúde da Família (PSF), cujas equipes devem ser capacitadas para a execução de ações em saúde do trabalhador.

No ano de 2005, a Norma Regulamentar n. 32, implementada pelo Ministério do Trabalho em 16 de novembro de 2005, regulamentou e estabeleceu as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Apesar da importância de uma regulamentação específica para o trabalho no setor de saúde, essas diretrizes enfatizam os aspectos externos do ambiente de trabalho, não dando destaque aos aspectos mais importantes do desgaste nesses ambientes: as sobrecargas fisiológicas e psíquicas.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, sugeriu-se um conceito que define o ser humano de uma forma idealizada, ou seja, como um ser integral, e que relaciona saúde com qualidade de vida. Nesse contexto, a saúde resultaria das condições de habitação, alimentação, educação, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde, bem como das condições de trabalho (PIRES, 1999; MINAYO, 1999; DIAS; HOEFEL, 2005).

Os procedimentos para orientar as ações e os serviços de saúde dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde foram definidos pela Portaria nº.3.908, por meio da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS).

Para Nardi (2002, p. 283), a saúde do trabalhador no Brasil pode ser compreendida como

[...] o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas - como medicina social, saúde pública, saúde coletiva, clínica médica, medicina do trabalho, sociologia, epidemiologia social, engenharia, psicologia, entre outras tantas – que, aliado ao saber do trabalhador sobre as condições e a organização do trabalho, estabelece uma nova forma diferenciada de atenção na saúde dos trabalhadores e de intervenção nos ambientes de trabalho.

No contexto atual, em decorrência da introdução de novas tecnologias, a ocorrência de patologias e acidentes de trabalho é significativa. Os trabalhadores, além de adoecerem e morrerem por causa de doenças em geral, apresentam ainda um adoecer específico, próprio da atividade laboral desenvolvida (MENDES, 1995; MENDES, MARZIALE, 2006). São necessárias ações que minimizem e previnam os danos decorrentes dessas atividades.

Essa situação apresenta uma particularidade quando se aborda a situação dos trabalhadores da área de saúde. Os aspectos organizacionais das atividades desses indivíduos acabam por determinar situações de sofrimento, de lesões, de adoecimentos, tanto no aspecto físico, como no mental e no social, que levam, invariavelmente, a dificuldades no relacionamento e na assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). No conturbado contexto do atendimento aos pacientes, destaca-se que a decisão de criação, ampliação ou redução dos serviços oferecidos à população, bem como a definição das políticas públicas e sociais de saúde, resultam, habitualmente, de interesses políticos com finalidades diversas. Esse desequilíbrio reflete-se diretamente na qualidade de atendimento ao usuário e expõe o profissional de saúde a situações de angústia e estresse.

É grande a diversidade de dificuldades que afetam o profissional de saúde no exercício de suas atividades:

- a) número insuficiente de profissionais para atendimento a uma significativa demanda;

- b) falta de materiais e equipamentos adequados;
- c) escassez de atividades preventivas e educativas em saúde;
- d) falta de suporte para encaminhamento correto do paciente à sua real necessidade;
- e) falta de acesso dos profissionais às novas tecnologias disponíveis na área de saúde;
- f) exigência cada vez maior de qualificação (sem os investimentos necessários na educação continuada);
- g) dificuldade no relacionamento com chefias imediatas; falta de organização na gestão das unidades de trabalho, entre tantas outras dificuldades.

O panorama do cuidado com a Saúde do Trabalhador, de maneira geral, demonstra a necessidade de muitos investimentos. As políticas públicas, na verdade iniciada sob o keynesianismo, portam uma trajetória ainda pequena, que tem muito a se desenvolver.

Os estudos das doenças prevalentes na população trabalhadora sempre estiveram relacionados às áreas de maior produção industrial, comercial e de serviços (ALMEIDA; ROCHA, 1997; ANTUNES, 2000). Os trabalhadores da área de saúde fazem parte de uma das categorias mais vulneráveis ao acometimento por doenças ocupacionais. Apesar disso, os estudos nessa área ainda são escassos e representam um amplo campo de pesquisa. Oliveira e Scavone (1997) enfatizam que é restrita a capacidade e mesmo o interesse das ciências biomédicas em estudar essa questão.

Para caracterizar a ausência no trabalho em instituições de saúde, Alves e Godoy (2001) relatam que o maior número de ausências se registrou em instituições

públicas de saúde. Os dados são confirmados por outros autores (SILVA; MARZIALE, 2003; REIS, 2003; APPOLINÁRIO, 2008), que indicam maior índice de absenteísmo nas equipes de enfermagem. A divisão de tarefas, a sobrecarga de trabalho, a rígida estrutura hierárquica, o número insuficiente de pessoal e as condições inadequadas de trabalho seriam os principais fatores para justificar esses elevados índices (BARBOSA; SOLER, 2003; GEHRING JUNIOR et al., 2007).

A observação das condições e da forma de trabalho desses indivíduos é bastante instigante. A percepção desses profissionais sobre sua posição como trabalhadores vulneráveis e sujeitos às mesmas condições das pessoas que trabalham em outras áreas é bastante difícil. Habitualmente, eles se submetem a jornadas duplas de trabalho, com exposição demasiada a riscos, sem se darem conta de que seu corpo sofre como outro qualquer, e seu psiquismo está sujeito às mesmas pressões sofridas pelos trabalhadores de outra área, o que contribui para a deterioração do seu estado de saúde. São necessários estudos que contribuam para o diagnóstico dos principais problemas que acometem essa população (LAUS; ANSELMINI, 2008).

Dejours (2007) analisa a noção de fator humano no trabalho, partindo dos conceitos de homem, tecnologia e trabalho, em diferentes escolas de pesquisa, pela óptica das ciências humanas do trabalho e numa crítica do paradigma das ciências aplicadas. Para ele, as exigências do trabalho e da vida consistem em uma ameaça ao próprio trabalhador, apresentando riscos de sofrimento (o que era conhecido como Miséria Operária) que se comparam a uma doença contagiosa, devendo ser encarada e tratada como tal.

Numa contextualização histórica, em relação às lutas operárias pela saúde dos trabalhadores, Dejours (2007) situa as preocupações com o corpo e a mente. Na Primeira Guerra Mundial, os operários organizados e com força política conquistam o direito à vida; e, a partir de então, os trabalhadores buscaram salvar o corpo dos acidentes, prevenir as doenças profissionais e as intoxicações e assegurar aos trabalhadores cuidados e tratamentos convenientes. Nesse sentido, a primeira vítima do sistema não é o aparelho psíquico, mas, sim, o corpo dócil e disciplinado, entregue às dificuldades inerentes à atividade laborativa e dessa forma, projeta-se

um corpo sem defesa, explorado e fragilizado pela privação de seu protetor natural, que é o aparelho mental.

Com o desenvolvimento industrial-tecnológico, a carga física do trabalho diminui, sendo estabelecidas novas condições. Descobrem-se, então, sofrimentos insuspeitos e, assim, acentua-se a dimensão mental do trabalho.

No início dos anos 1980, a Psicopatologia do Trabalho se preocupou em fundamentar a clínica do sofrimento, na relação psíquica com o trabalho (CODO et al., 1993). Nessa abordagem, o trabalho na clínica psicológica pode então ultrapassar seus conceitos filosóficos, econômicos e sociológicos, passando a ser definido como uma psicopatologia, cuja etiologia (o agente causal) tem sua origem nas pressões do trabalho, pressões essas que põem em xeque o equilíbrio psíquico e a saúde mental, na organização do trabalho (DEJOURS, 1992).

3 O HOSPITAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

O histórico do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e as condições materiais, humanas e administrativas da instituição.

3.1 HISTÓRICO SUMÁRIO DA INSTITUIÇÃO

Em 1498, quando eram fundadas vilas e cidades nos domínios portugueses, foi instituída a Irmandade da Misericórdia. A Confraria da Nossa Senhora de Misericórdia, inaugurada em solo português, no dia 15 de agosto de 1498, pela Rainha de Portugal, D. Leonor, tinha como finalidades principais recolher e curar os enfermos pobres.

No ano de 1520, o rei D. Manuel resolveu instalar essa confraria. Mas somente no reinado de D. João III, é que houve seu desenvolvimento, obtendo ela condições para prestar auxílio ao Exército e à Armada, por meio da administração dos hospitais de Lisboa e da superintendência do asilo dos expostos e desamparados.

Em 1755, a Misericórdia, teve seu edifício destruído e, por treze anos, funcionou em casas alugadas, mantendo sua obra benemérita. Em 6 de novembro de 1768, D. José doou igrejas, terrenos e bens da Casa Professa de S. Roque. A Irmandade da Misericórdia de Lisboa tornou-se a precursora de todas as que surgiram nas cidades, vilas e domínios de Portugal.

Com o desenvolvimento do capitalismo e, conseqüentemente, com a hegemonia do liberalismo, o Estado assumiu a gestão da Misericórdia, desde o dia 1º de agosto de 1834, dissolvendo a Confraria, e seus administradores, a partir de então, nomeados pelo governo.

No período colonial brasileiro, surgiu, em algumas povoações, a prática da beneficência. A essas ações humanitárias chamou-se Santa Casa de Misericórdia.

Segundo Arthur Lourenço de Araújo Primo:

[...] a Santa Casa de Misericórdia do Espírito Santo, foi fundada em 1545, sendo a segunda do Brasil, como é a primeira a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1543. De tradição também é que da Misericórdia aqui instituída, foi capelão o Padre José de Anchieta (PRIMO, 1946, p. 40).

O ano de 1545 é reconhecido como a data de instalação da Santa Casa de Misericórdia, constituída na Igreja de Nossa Senhora do Rosário, em Vila Velha. Entre as sete Misericórdias fundadas no Brasil no séc. XVI, uma se instalou no Espírito Santo, com Alvará de privilégio, datado de 1º de junho de 1605.

Feito o desembarque, se fortificou e fundou a Vila do Espírito Santo, não consta em que ano, nem do tempo em que nela fez sua residência, nem da Fundação dos conventos dos religiosos beneditinos, Santa Casa da Misericórdia e Alfândega, hoje, destes edifícios, apenas se vêem os alicerces (SCHWAB; FREIRE, 1979, p. 27)

A Igreja de Nossa Senhora do Rosário, fundada em Vila Velha, juntou-se à Irmandade.

Devido à ausência de documentos, pouco se conhece sobre a ação da Irmandade da Misericórdia no Espírito Santo no período colonial. No governo de Francisco Alberto Rubim (1812-1819), este assumindo a capitania do Espírito Santo, encaminhou a D. João VI o requerimento de *lavradores e comerciantes* em que solicitaram a construção de um Hospital na Vila Nova (cidade de Vitória).

Em 1818, foi autorizada a construção de um hospital de caridade, sob a supervisão da Santa Casa de Misericórdia, tendo sido escolhida como seu local de instalação a fazenda *Campinho*, doada por D. Maria de Oliveira Subtil. A sede da fazenda possuía as dependências necessárias para o funcionamento de um hospital, e seu patrimônio provinha de heranças. O Hospital somente atendia pacientes pobres, sendo as despesas com os escravos pagos pelos senhores. Além da assistência aos órfãos, prestava assistência aos presos, com alimentos, roupas e ajuda médica.

O *Asilo dos Alienado*, inaugurado em 1887, vivem dez anos, uma crise financeira, por isso os internos foram transferidos para o sanatório do Rio de Janeiro, vindo o prédio do asilo a se transformar em residência das Irmãs de caridade, pessoal que o Provedor, Cleto Nunes Pereira, pretendia trazer para o Hospital. Somente em maio

de 1900, chegaram à Vitória essas religiosas, vinculadas à organização São Vicente de Paulo, assumindo a função de enfermeiras e residindo no antigo asilo. Em 1905, foi criado um orfanato na Santa Casa, com o nome de Santa Luíza.

Relata a historiadora Maria Stela de Novaes:

Somente a 30 de maio de 1910, em reunião convocada no Palácio do Governo, ficou definitivamente resolvido que o Hospital seria levantado no mesmo local. Já se havia porém providenciado grande quantidade de material, para as respectivas obras. Celebrou, então, o governo um acordo com a Santa Casa e lavrou-se o contrato da construção com o arquiteto construtor André Carloni.

Para a reconstrução da Santa Casa da Misericórdia, as Irmãs e os doentes foram transferidos para o velho convento de São Francisco, cedido pela Irmandade de São Benedito. O orfanato mudou-se para a Chácara Monte Belo, em maio de 1910. Mesmo porque a Varíola exigia o seu isolamento.

Em 17 de setembro de 1910, após o preparo do terreno (corte do morro) para aumento da área de construção, procedeu-se, em magnífica solenidade, ao lançamento da Pedra fundamental do Pavilhão maior, cuja frente domina o cenário da cidade.

O corte do morro, em parte formado de granito, encareceu muito toda a obra, além disso, foi preciso fazer-se uma grande muralha de sustentação, com balaustradas, em torno do morro. Com a terra do corte, conquistou-se ao mar, uma área superior a dez mil metros quadrados, fronteira à Ilha do Príncipe, e fez-se um grande cais, o da Santa Casa, hoje desaparecido.

Ficou a Santa Casa composta de oito pavilhões, um central, cuja planta era do notável arquiteto, Dr. Ramos de Azevedo, e destinado à administração, à capela, à residência das Irmãs, à enfermaria dos membros da irmandade; quatro laterais, para enfermarias comuns; um para sala de operações; um para a lavanderia; e um para necrotério (NOVAES, 1979, p. 161).

Em 1924, Florentino Avidos doou à Irmandade o Palácio Santa Clara, para nele instalar o orfanato. Em 1929, por requerimento do Provedor Eurico Borges de Aguiar, a Irmandade da Misericórdia obteve terrenos no bairro Bomba, onde se instalou, em 1947, a obra social Santa Luíza. Em janeiro de 1933, com a aprovação do Estatuto, tornava-se a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia:

Uma associação beneficente, que se propõe à prática da caridade, abrigando e socorrendo em seu Hospital a toda a pessoa necessitada, indigente e enferma, sem distinção de idade, sexo, nacionalidade, cor e crença religiosa. (NOVAES, 1979, p. 161).

Quase vinte anos depois, em 1966, houve a criação da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, instalada no prédio do antigo orfanato e inaugurada dois anos depois, em 1968, pelo Provedor Constanteen Helal.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (ISCMV), originariamente existente apenas para a prática da caridade, é uma associação beneficente, sem fins lucrativos, e, como reza o art. 4º. do seu Estatuto Social, tem por finalidades:

- I – a prática da caridade;
- II – a assistência médica e social aos que dela venham necessitar;
- III – manter um hospital central denominado Santa Casa de Misericórdia de Vitória, bem como o Hospital de Santa Casa de Misericórdia de Colatina, no qual recebam assistência médica, social e hospitalar aos enfermos necessitados.
- IV – prestar assistência médico-social e hospitalar a seus associados de acordo com este estatuto.
- V – criar e/ou manter entidades ou unidades assistenciais no setor educacional e/ou de pesquisa;
- VI – criar e/ou manter estabelecimento de ensino dos níveis médio e/ou superior;
- VII – criar e/ou manter entidades ou unidades assistenciais próprias no setor médico hospitalar. Estatuto Social, 1999, p. 157).

Atualmente, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia administra cinco instituições:

1. Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – HSCMV;
2. Hospital Santa Casa de Misericórdia de Colatina - HSCMC;
3. Serviço Funerário da Santa Casa – SEFUSC;
4. Plano Santa Casa Saúde – SCS; e
5. EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Por meio das duas unidades hospitalares, o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV mantém princípios da irmandade, atendendo pacientes em quaisquer serviços médico-hospitalares, independentemente do seu nível social, da

sua cor, da sua raça ou do seu credo. O atendimento é feito por agendamento de forma direta na instituição (casos eletivos), ou imediatamente, em casos de urgência. Em relação à EMESCAM, o estatuto de instituição filantrópica é mantido com bolsas de estudo e programas assistenciais dirigidos a comunidades.

3.2 CONDIÇÕES MATERIAIS, HUMANAS, ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS DA INSTITUIÇÃO

O HSCMV, entidade filantrópica, é uma organização de base comunitária. Sua mantenedora é uma Irmandade constituída de representantes de vários segmentos sociais do Estado do Espírito Santo. Desta forma, sua gestão é – por natureza – colegiada e exercida por Provedor eleito entre seus pares e por mesa diretora, ambos com mandato determinado. Recentemente, o Estatuto da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia foi revisto, e nele foi aprovada a criação da Superintendência no Hospital. O superintendente, atualmente, é responsável pela administração do HSCMV. O regimento interno do Hospital está sendo reformulado, e nele serão definidas as competências de cada cargo de apoio à superintendência.

São objetivos do HSCMV:

- Constituir-se em centro médico-hospitalar de excelência, integrando-se à rede de saúde do SUS como Serviço de referência;
- Prestar assistência humanizada com qualidade e ética;
- Promover a integração ensino e assistência na atenção à saúde;
- Servir ao ensino e ao aprendizado nos cursos de graduação de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Serviço Social e Fisioterapia, prioritariamente da EMESCAM e Instituições ou órgãos conveniados.
- Servir ao ensino da Pós-graduação *lato sensu e stricto sensu* na área de Ciências da Saúde e Políticas Públicas de Saúde e Desenvolvimento local, prioritariamente da EMESCAM e Instituições ou órgãos conveniados;
- Apoiar as atividades de pesquisa e extensão no âmbito das ciências da saúde com impacto na assistência;
- Desenvolver e implementar parcerias com a comunidade para o atendimento das demandas de saúde e sociais;
- Desenvolver e apoiar as modernas práticas de gestão em Saúde hospitalar

(IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, 1999, p. 162).

Tabela 1: Unidades sob a jurisdição da ISCMV

UNIDADES SOB A JURISDIÇÃO DA ISCMV	QUADRO FUNCIONAL
Hospital Escola (HSCMV)	789 funcionários 230 médicos
Hospital de Colatina	47 funcionários 30 médicos
Serviço Funerário ²	10 funcionários
Plano Santa Casa Saúde ³	25 funcionários
EMESCAM ⁴	55 funcionários 116 professores

FONTE: Setor Recursos Humanos do HSCMV.

O HSCMV presta serviços médico-hospitalares para toda a população do Estado: pronto atendimento; atendimento ambulatorial em todas as especialidades; Análises Clínicas; Anatomia Patológica e Citologia; Radiologia e Ultrassonografia; Endoscopia; Diagnóstico em Cardiologia; Hemodiálise e Diálise Peritoneal; Hospital/dia em AIDS; UTI; UTIN; Maternidade, inclusive alto risco; Cirurgias de todos os portes e de todas as especialidades, exceto transplantes. As internações hospitalares destinadas ao

² Serviço Funerário do HSCMV presta assistência funerária à população em geral.

³ O Plano Santa Casa Saúde, funcionando dentro dos mesmos padrões que os planos de saúde em geral, regulamentados pela Agência Nacional de Saúde, presta serviços de atendimento médico-hospitalar de acordo com os diferentes tipos de contrato (1 – Plano individual e 2 – Empresa, sendo este ainda diversificado segundo o número de usuários abrangidos).

⁴ A Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), fundada em 1966, inicialmente com graduação em medicina, hoje oferece ainda mais 4 cursos: Fisioterapia, Farmácia, Enfermagem e Serviço Social. Além disso, mantém cursos de especialização, e, recentemente, em 2008, implantou um mestrado em “Políticas Públicas e desenvolvimento local”, vinculado ao Curso de Serviço Social.

Sistema Único de Saúde – SUS e aos seus gestores são atendidas em 92 % dos leitos hospitalares do HSCMV. Contudo, a pretendida expansão de internações hospitalares nos últimos anos não pode ser verificada devido a limitações do teto físico do HSCMV. A dinamização da gestão e o sempre renovado compromisso com a expansão e a qualificação da atenção hospitalar demandam a ampliação das bases de cobertura assistencial do hospital, com expansão do volume de AIH a ele destinado. Por se tratar de um hospital de ensino, com necessidades de atendimento de quadros nosológicos diversificados e, ocasionalmente, raros, precisa dispor de relativa autonomia para proceder à ocupação de leitos atendendo, também, ao interesse do ensino e das pesquisas que realiza. Desta forma, do total de internações realizadas, uma margem de 20%, embora regulada pela SESA, é destinada para ocupação por critérios didáticos e pedagógicos. Dessa forma, os indicadores de média de permanência e taxa de ocupação devem ser calculados levando-se em conta essa margem.

A instituição conta com fontes diversas de recursos, entre elas, mantidas com os Governos federal, estaduais e municipais; venda de serviços a planos de saúde; doações; prestação de serviço funerários pela SEFUSC, contribuição através da conta de energia elétrica da EDP ESCELSA (Espírito Santo Centrais Elétricas SA.). Há, também, a participação de um grupo de voluntárias que atuam junto à sociedade para angariar recursos para execução de ações específicas de investimento ou de custeio e um bazar que funciona todos os dias nas instalações do hospital. Conta, ainda, com a participação significativa de pessoas anônimas, na forma de doação financeira ou de material.

A principal fonte do Hospital consiste no SUS, por meio da contratualização, que se responsabiliza por 92% (noventa e dois por cento) de sua receita do Hospital. Da verba a ela destinada, 90% (noventa por cento) do valor pactuado é depositado mensalmente; os restantes 10% (dez por cento) dependem de uma avaliação trimestral, realizada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), sendo reembolsados de acordo com o cumprimento das metas pactuadas.

O HSCMV apresenta um *déficit* anual considerável, pois o repasse da

contratualização não cobre as despesas de custeio do Hospital. Esse *déficit* faz com que a verba utilizada não contemple melhorias de área física e de equipamentos, além de melhoria de salários, treinamentos e outros investimentos necessários para melhoria dos serviços.

A Secretaria de Estado da Saúde (SESA) representa outra fonte importante de financiamento . Por meio de alguns convênios específicos, a SESA repassa verbas de investimento para o Hospital, mediante projetos elaborados e aprovados, tanto em relação à área física, quanto em relação a equipamentos. Exemplos: equipamentos da Oncologia; convênio da Informática; CME e outras obras a serem executadas quando necessário.

Na EMESCAM, normas e regimentos universitários contribuem para assegurar uma gestão colegiada das atividades de ensino e pesquisa, funcionando o HSCMV como hospital Escola. Para tanto, existe o Conselho Técnico de Gestão, constituído de chefias de clínicas e presidido pela Diretoria Clínica, que acompanha e programa as atividades assistenciais. Nessas atividades, contribuem de forma significativa, docentes e estudantes, que desenvolvem ali estágio curricular, atividades acadêmicas e atividades de pesquisa.

Junto à Superintendência, há instâncias de gestão colegiada, como o Colegiado de Administração, com representantes das chefias setoriais, que se reúnem periodicamente. Também há grupos colegiados responsáveis por projetos específicos: GTH (Grupo de Trabalho de Humanização), Comissões de Controle de Infecção, Epidemiologia entre outros.

Além da reorganização dos serviços, tem realizado diversas obras de serviços e uma melhor condição de atendimento à população. Essas obras resultam de parcerias com a Secretaria Estadual de Saúde (SESA), Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), de recursos provenientes da PETROBRÁS e de outras fontes da iniciativa privada.

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória tem como missão a promoção da assistência à saúde com qualidade e humanização. Com desse objetivo, a atual

gestão trabalhou na elaboração de um Plano Diretor de Projetos e Obras, a ser desenvolvido ao longo dos próximos 10 anos, visando permitir a criação de um grande complexo hospitalar, que contribuirá para a revitalização de todo o entorno do Hospital, com reflexos no centro de Vitória, o que produzirá um aumento na circulação de pessoas e a dinamização do comércio local, abrindo novas oportunidades de emprego.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia mantém, de modo integrado, o Hospital de Ensino e a EMESCAM, desenvolvendo uma política educacional na área da saúde no Estado do Espírito Santo, que está inserido na região Sudeste e envolvido nos problemas sociais do país. Na ampliação do conhecimento, tem tido uma preocupação constante com os aspectos biopsicossociais da comunidade e pesquisa.

3.3 CENÁRIO POLÍTICO-ADMINISTRATIVO DA INSTITUIÇÃO

Em julho de 2009, foi celebrado o convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde – (SESA) e o HSCMV, tendo a Contratualização como objetivo o desenvolvimento de ações de saúde e educação. Esse convênio integra o conveniente ao sistema único de saúde e define sua inserção na rede regional, visando à garantia da atenção integral à saúde.

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela Portaria/GM/MS nº 1.721, de 1.9.2005, faz parte de um conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde com vistas ao fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde, incrementando um novo modelo de organização e financiamento para uma adequada inserção desses estabelecimentos de saúde na rede hierarquizada de atenção à saúde. BRASIL. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 22 set. 2005. Seção 1, p. 51.

Esse convênio teve início com a elaboração do Plano Operativo Anual (POA), onde o

Hospital definiu todos os serviços que poderiam ser oferecidos à população, conforme pactuação posterior com a SESA, sendo esse convênio denominado Contratualização. A SESA monitora trimestralmente as ações realizadas no período, e a verba é repassada conforme relatório comprobatório.

O HSCMV está integrado à Política Estadual de Atenção às Urgências, sendo parceiro da SESA na gestão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por meio de Convênio de Cooperação Técnica e Financeira para operacionalização da atenção às urgências e emergências no Estado. Como cogestor do SAMU, articula o atendimento pré-hospitalar móvel de Vitória e participa da grade de atendimento. Em 2008, a Instituição participou das oficinas de modelagem da rede de assistência à saúde, promovidas pela SESA, firmando o compromisso de contribuir para a reestruturação da rede de atendimento às urgências e emergências na Grande Vitória. A participação da rede de Urgência e Emergência, conforme pactuado, foi a meta para 2009/2010.

O HSCMV é referência para o atendimento de alta complexidade em tratamento de AIDS e AIDS-DIA, Ortopedia, oftalmologia e à gestação de alto risco, no Estado do Espírito Santo. Em 2009 ampliou-se a oferta de atendimento de alta complexidade em Oncologia. A previsão era de ofertar 1000 sessões de quimioterapia/mês, 3.000 sessões de radioterapia/mês, além de ofertar maior número de cirurgias oncológicas. O funcionamento pleno desse serviço estava condicionado à liberação de recursos extras, conforme reuniões entre a SESA e hospitais filantrópicos/ensino realizadas em 2008/2009.

Uma das ações empreendidas pelo HSCMV foi a implantação e a divulgação do Plano de Gerenciamento de resíduos de Serviços de Saúde aos enfermeiros da Instituição, ações essas baseadas na RDC nº306, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, com vistas a preservar a saúde pública e o meio ambiente. Os princípios de biossegurança visam garantir medidas técnicas, administrativas e normativas para a prevenção de acidentes, considerando que os serviços de saúde são responsáveis pelo gerenciamento de todos os resíduos gerados, atendendo às normas e às

exigências legais.

Para cumprimento das metas da Contratualização, foram constituídas novas comissões e ativadas algumas já existentes:

- a) Comissão de controle de Infecção Hospitalar - CCIH;
- b) Comissão de Ética Médica;
- c) Comissão de Ética em Pesquisa;
- d) Comissão de Revisão de Prontuários;
- e) Comissão de Ética em Enfermagem;
- f) Comissão de Revisão de Óbitos;
- g) Comissão de Serviços de Apropriação de Custos;
- h) Comissão de Padronização de Medicamentos;
- i) Comissão de Mortalidade Materna/Infantil;
- j) Comissão de Doação de Órgãos.

A cada avaliação das metas pactuadas, as comissões são responsáveis pela apresentação dos documentos e/ou indicadores que comprovem as ações realizadas no período.

Buscando fortalecer a gestão participativa, tem criado e fortalecido Colegiados Setoriais nos serviços de Pronto-Socorro, Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, UTI e UTIN, além do Grupo de Trabalho de Humanização GTH, responsável por redirecionar as ações segundo as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) Entre essas ações, está a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, Parto Humanizado e Visita Aberta. Para implantação desses dispositivos, foram realizadas oficinas com profissionais de

vários setores: Pronto-Socorro, Recepções e Enfermarias, tendo se tornado um trabalho permanente do GTH.

A área física do Hospital está em constante adequação para maior conforto e rapidez no atendimento aos usuários, privilegiando os pacientes e sua rede social de apoio. Da mesma forma, têm sido equacionados os espaços técnicos de atenção para maior conforto dos trabalhadores da saúde.

Desta forma, alguns setores, como Ambulatório, Laboratório, Recepção, Pronto-Socorro, já contam em suas salas de espera com televisores, bebedouros e ar-condicionado. Na pediatria, já contamos com uma sala de recreação que oferece itens recreativos.

O Serviço de Nutrição (SN) , foi reestruturado em maio de 2006, quando foi realizada uma parceria com a EMESCAM, com a contratação de três nutricionistas, para maior assistência aos pacientes internos e externos, trazendo benefícios para os usuários que participam dos programas de prevenção.

O hospital desenvolve atenção integral à saúde da mulher, visando ampliar, qualificar e humanizar esse atendimento, respeitando a problemática apresentada e as peculiaridades de cada faixa etária. Destacam-se diferentes ações que levam o nome de Programa de atendimento às vítimas de violência sexual; Programa de climatério; Ambulatório de infertilidade e endocrinologia ginecológica; Programa de uroginecologia; Ambulatório de endoscopia ginecológica (histeroscopia e laparoscopia); Ambulatório de cirurgia ginecológica; Ambulatório de Ginecologia Geral; Atendimento de urgência ginecológico; Serviço de ultrassonografia; Serviço de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia; Assistência pré-natal; Ambulatório de lesões pré-neoplásicas; Serviço de imagem de mama; Ambulatório de ginecologia infanto-puberal; Ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis; Alojamento conjunto; Ambulatórios de hipertensão na gestação, diabético gestação, doença trofoblástica; Parto humanizado; Estímulo ao aleitamento materno e criação do Comitê de mortalidade materna e perinatal.

Entre as ações desenvolvidas para a Saúde da mulher e da criança em 2009/2010,

foram definidas para a área de Saúde da Mulher, as seguintes medidas:

- desenvolvimento de ações para atingir o “Credenciamento do Hospital como Amigo da Criança”;
- implementação do Método Mãe Canguru;
- ampliação do atendimento humanizado às gestantes e seus familiares, incluindo ações educativas que potencializem sua permanência no ambiente hospitalar;
- utilização plena do Centro Obstétrico;
- ampliação e informatização da Sala de Admissão da Maternidade.

O Pronto-Socorro do HSCMV foi reformado e ampliado segundo os conceitos da PNH de ambiência e organização dos fluxos internos com a implantação do Acolhimento com Classificação de risco, priorizando os atendimentos de emergência.

Foram realizadas oficinas com os funcionários do Pronto-Socorro, com apoio e participação de consultores da PNH, do Ministério da Saúde, no sentido de capacitá-los para o melhor atendimento aos usuários.

O conceito de Acolhimento, e o seu trabalho como dispositivo da Humanização do atendimento na urgência, implica acolher, além do paciente, seus familiares, acompanhantes e a sua rede social de apoio. Dessa forma, deve garantir informação e suporte à rede social do paciente.

O Pronto-Socorro do HSCMV é porta aberta e recebe pacientes transferidos via Central de Vagas e SAMU, além da demanda espontânea. A metodologia implantada é a do acolhimento com classificação de risco por meio do Protocolo de Manchester.

O Hospital está integrado à Rede de Urgência e Emergência como retaguarda. Tendo como responsabilidade o acolhimento integral dos pacientes oriundos dos pronto-atendimento de sua referência. Integra o Comitê Gestor Estadual da Rede de

Urgência e Emergência, fórum colegiado onde são pactuadas as regras de atendimento.

Dessa forma, a organização de equipes para seguimento horizontal, compostas de diaristas médicos, enfermeiros e outros profissionais, permite a abordagem ampla dos casos, o seguimento e a adequação dos projetos terapêuticos, além da responsabilização das equipes e dos profissionais.

O projeto de Humanização, notadamente da unidade de urgência e emergência, busca respeitar o direito à privacidade e à intimidade dos pacientes e seus valores culturais.

Constam do primeiro nível da estrutura organizacional as seguintes funções: Provedor, Superintendência, Diretoria Clínica, Diretoria Técnica e Diretoria Administrativa e Financeira.

Uma das mudanças ocorridas neste ano foi a implantação do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar - MV, em parceria com a SESA, abrangendo desde a internação até a alta do paciente. Esse sistema informatizou todos os setores, garantindo um melhor atendimento aos usuários. Foram realizados treinamentos com os funcionários dos diversos setores para conhecimento e manuseio do sistema.

O HSCMV é referência estadual macrocentro, entretanto recebe pacientes dos demais municípios do Estado do Espírito Santo, do Sul da Bahia, do Leste de Minas Gerais, do Norte do Rio de Janeiro e de outros estados.

O Complexo Hospitalar é verticalizado e totaliza uma área construída de 17.038,74 m², ocupando 50 % de uma área de 14.684,23 m². O complexo abriga a área administrativa e assistencial (ambulatorial e hospitalar), contemplando as diversas unidades e setores, como mostra o Quadro 1:

SETORES	
Administrativo	Assistencial
Provedoria	CMC (Central de Marcação de consultas); Ambulatórios: Asma, Cirurgia Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia e Clínica Médica, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Proctologia, Psicologia, Anatomo-patologia; Agência Transfusional, Banco de leite, Centro cirúrgico, Centro de Diagnóstico, Centro de Terapia Intensiva, Centro de Materiais de Esterilização,
Recursos Humanos	
Medicina do Trabalho	
Portaria Central/Laudos	
Posto de Manutenção	
Tecnologia da Informação	
Recepção Central do Ambulatório	
Refeitório	
Almoxarifado Geral e Almoxarifado de Farmácia	
Cantina, Centro de Vivência, Contabilidade, Cozinha	
Hospitalar, estacionamento/cabine dos manobristas,	
Faturamento,	
Marcenaria, Lavanderia	

Quadro 1 – Setores do HSCMV.

O HSCMV conta com as Residências Médicas, divididas entre as seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia e Ortopedia/Traumatologia, realizando-se esta última por meio de um convênio firmado entre o Hospital Vila Velha e o HSCMV. Além disso, os residentes realizam atendimento ambulatorial, hospitalar nas enfermarias e Pronto-Socorro, bem como procedimentos cirúrgicos, acompanhados pelo médico-instrutor.

A estrutura do Pronto-Socorro conta com 8 leitos equipados com monitores, respiradores, desfibriladores e medicamentos e materiais de alto custo para terapia intensiva. No período de 1º de abril de 2010 a 30 de setembro de 2010, o total de atendimentos foi de 11.532 pacientes. Esse setor dispõe de uma equipe de 34 Médicos (base 12 horas semanais), 13 Enfermeiros plantonistas (sendo 1 diarista), 36 Técnicos de Enfermagem, 1 Coordenador Médico, 1 Assistente Social e Equipe Administrativa.

Mantém atividades ambulatoriais em 32 especialidades de atenção à saúde, com equipes multiprofissionais responsáveis por vários programas, e participa de diversos projetos de extensão em parceria com a EMESCAM. As atividades ambulatoriais estão distribuídas em diferentes áreas assistenciais.

O ambulatório possui uma produção média de 9.932 consultas multiprofissionais. Desse montante, deve ser excluído o atendimento feito por profissionais de nível superior não médico (Enfermagem, Serviço Social, Nutrição e Psicologia), que atendem sob demanda interna dos serviços, com programas específicos. Sendo assim, das 8.786 consultas médicas (básicas e de especialidade), são marcadas 3.353 primeiras consultas e são cedidas para o complexo regulador em torno de 56% dessas consultas.

Conforme orientação do Complexo Regulatório, não se faz necessária a disponibilização de consultas básicas (Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Clínica Médica). Dessa forma, o número real de primeiras consultas, nas diferentes especialidades, atinge mensalmente em torno de 2.167 consultas, sendo cedidas ao Estado 86% dessas consultas.

Para o cumprimento das metas da contratualização, foi necessário implantar estratégias para qualificação do quadro de funcionários, visando aos seguintes aspectos:

- Desenvolvimento de habilidades e competências em comunicação, em relacionamento interpessoal e gestão da qualidade (realização por meio de cursos, workshop, consultorias e captação de pessoal especializado);

- Implantação e adequação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- Aprimoramento na avaliação e no tratamento de feridas; humanização no atendimento;
- Habilitação da Comissão da Qualidade da Assistência de Enfermagem; educação permanente para os funcionários da enfermagem, uma parceria que será feita entre o Hospital e a Escola. (realização por meio de cursos, workshop e palestras); atendimento ao cliente com foco na Satisfação dos Usuários (realização por meio de cursos e palestras);
- Especialização e capacitação em engenharia clínica, focando em manutenção preventiva, manutenção corretiva, controle e registro de eventos ocorridos com os equipamentos hospitalares (realização por meio de cursos);
- Humanização na assistência à saúde, baseada nas premissas do Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde - PNH/MS (realização por meio de cursos e palestras);
- Publicações de docentes e profissionais da instituição, trabalhos de conclusão de cursos na instituição, projetos sociais, parceria entre a EMESCAM e HSCMV, e projetos de extensão voltados para as diversas patologias e com foco nas necessidades dos usuários.

4 ABSENTEÍSMO NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

O cenário político-administrativo, o quadro de funcionários em 2009 – 2010 e a análise do absenteísmo.

4.1 QUADRO DE FUNCIONÁRIOS (ANO 2009 e 2010)

Em relação à Saúde do Trabalhador, o Hospital segue as normas estabelecidas pelas leis regulamentadas. Sendo obrigatoriedade das empresas públicas e privadas que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) de organizar e manter em funcionamento o SESMT, o Hospital mantém em funcionamento esse Serviço com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no seu local seu trabalho.

O SESMT é constituído por 1 (um) Médico do Trabalho em horário integral, 1 (um) Engenheiro do Trabalho e 2 (dois) técnicos de Segurança do Trabalho.

A Medicina do Trabalho, nas suas atribuições e no cumprimento do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), conforme estabelece a NR7, realiza exames de admissão, de demissão, periódicos, de mudança de função e de retorno ao trabalho após afastamento por motivo de doença ou acidente de trabalho. Fornece também laudos para o INSS em casos de afastamento por mais de 15 (quinze) dias. Os exames complementares são solicitados de acordo com o risco ocupacional ao qual o funcionário é exposto. Os exames periódicos são realizados anualmente, para todos os funcionários, exceto os expostos a risco físico (radiação), que fazem exames periódicos semestralmente.

Só é realizada admissão, na Santa Casa de Misericórdia de Vitória, de funcionários que apresentarem a carteira de vacinação em dia; que inclui as 3 doses de vacina contra Hepatite B e a dupla viral (difteria e tétano). O Atestado de Saúde Ocupacional , para início das atividades profissionais, só é liberado com uma cópia da carteira de

vacinação, que fica arquivada junto à ficha ocupacional do funcionário.

Todo funcionário, ao ser admitido no Hospital, realiza um treinamento, que é ministrado em forma de palestras. Essas palestras são realizadas pela Medicina do Trabalho e pela CCIH, que dão a orientação quanto às medidas de Higiene, Segurança e Risco Ocupacional.

Para o ano de 2009, o SESMT implantou medidas de prevenção de doenças ocupacionais, geradas em virtude de risco ergonômico, a todos os funcionários submetidos a esse risco. Em parceria com o Serviço de Fisioterapia, desenvolveu um questionário de sintomas músculo-esqueléticos, que é preenchido e anexado, obrigatoriamente, à ficha do funcionário, para controle de risco ergonômico, em todo o exame admissional.

Entre algumas ações desenvolvidas pelo SESMT e dirigidas aos funcionários estão as seguintes: encaminhamento ao ambulatório de fisioterapia aos funcionários com queixas músculo-esqueléticas, para orientação e avaliação fisioterápica; palestras de prevenção; reciclagem de doenças osteo musculares para todos os funcionários admitidos e expostos a riscos ergonômicos; realização de Programas de Prevenção ao absenteísmo; Programas Efetivos de Prevenção a Acidentes com Perfurocortantes.

O HSCMV conta com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), tendo como metas: Identificar os riscos do processo de trabalho; Plano de Trabalho, vistorias, reuniões, divulgação do trabalho, Semana interna de prevenção de acidentes do trabalho (SIPAT), Participação da Campanha DST e AIDS e Promoção de campanhas de segurança e saúde no trabalho.

A instituição, além de dispor de equipe preparada para agir sobre o ambiente de trabalho, realiza também através do SESMT, o acompanhamento sistemático do absenteísmo, o índice de doenças ocupacionais, a incidência de doenças não relacionadas ao trabalho e os acidentes de trabalho, sendo competência do setor acompanhar o trabalhador durante todo o tempo de permanência na instituição.

O HSCMV possui, em média, o quantitativo de 1.034 (mil e trinta e quatro) funcionários, divididos por diversos setores-administrativos, técnicos e de assistência. A variação do número de funcionários se dá em decorrência do número de afastamentos por doença, óbito, demissões e admissões.

Os funcionários do HSCMV contam com dois setores voltados para o acompanhamento direto aos funcionários, o setor de Recursos Humanos - RH e o Segurança e Saúde em Medicina do Trabalho - SESMT, que, juntos, desenvolvem todo o acompanhamento do funcionário, desde sua admissão até seu desligamento.

Na admissão, os candidatos são encaminhados pelo RH à Medicina do Trabalho para realização de anamnese ocupacional, exame físico geral e exames complementares, conforme o perfil do cargo/função, nas situações e características descritas, e, após os resultados, retorna ao setor para, novamente, ser consultado pela médica do trabalho. Quando não estão aptos por algum motivo de doença detectada, os candidatos serão avaliados criteriosamente pela médica do trabalho, e, dependendo da patologia, o setor imediato e a direção são acionados para resolução do caso.

Os profissionais liberados pela medicina do trabalho após exame admissional são encaminhados ao setor de segurança do trabalho, onde é marcado o treinamento de integração e, ao final da capacitação, é entregue a eles uma avaliação com questões objetivas e discursivas, com a finalidade de fixar melhor o conteúdo ministrado.

Durante o processo de admissão, os profissionais dos setores que apresentem risco ergonômico passam por uma avaliação fisioterapêutica, na qual é realizada uma anamnese e são feitos testes específicos. No exame médico periódico, quando há queixa relacionada à doença osteomuscular, o funcionário também é avaliado. A avaliação é fixada na ficha do funcionário.

O exame médico periódico é realizado, obrigatoriamente, em todos os empregados da empresa, sendo ele semestral ou anual conforme os grupos a que se destina. Nos casos de acidente de trabalho, é realizada a rotina preestabelecida pela Medicina do Trabalho e/ou é encaminhado ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), a

comunicação de acidente de trabalho e/ou doença ocupacional, com ou sem agravo. Sendo constatada a ocorrência ou o agravamento de doenças ocupacionais, caberá ao médico coordenador ou examinador, trabalhador ou chefe de setor, emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e/ou Doença Ocupacional (DOC).

O SESMT conta com o atendimento diário de 1 (um) médico, o qual atende os funcionários que procuram o setor por algum motivo de doença. Nesses casos, eles são encaminhados ao Pronto-Socorro e/ou quando necessário, ao especialista. Nos casos em que há necessidade de afastamento por mais de 15 (quinze) dias, o funcionário é encaminhado com laudo específico ao INSS. O exame médico de retorno ao trabalho deve ser realizado, obrigatoriamente, no primeiro dia da volta ao trabalho do trabalhador ausente por período igual ou superior a trinta dias, por motivo de doença ou acidente de trabalho de natureza ocupacional ou não, ou por motivo de parto.

Nos casos de mudança de função, se o funcionário for exposto a risco diferente, serão obrigatoriamente, realizados novos exames. Quando ocorre o desligamento do funcionário, o exame médico é obrigatório nos casos de demissão, devendo ser realizado até a data da homologação da rescisão do contrato de trabalho.

Os riscos ambientais são os existentes no ambiente de trabalho, capazes de causar danos à saúde dos trabalhadores, em função de sua natureza, concentração, grau e tempo de exposição. São classificados como riscos ou agentes físicos; químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível, permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e com a promoção da saúde do trabalhador. Objetivando cumprir uma exigência legal e atendendo à necessidade da instituição, um dos objetivos do SESMT é a organização da CIPA.

4.2 ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO NA INSTITUIÇÃO

O HSCMV conta com o setor de Recursos Humanos (RH), onde são realizadas a admissão e a demissão dos funcionários, direcionando, por meio desse processo, a vida dos funcionários na instituição na dinâmica da admissão e demissão. A admissão se dá mediante uma requisição de pessoal, pelo chefe do setor, devidamente assinada pelo provedor e encaminhada ao Setor de Recursos Humanos (RH). Nos casos de substituição de pessoal, é o administrador que assina a requisição, cabendo a esse setor os procedimentos regulares de contratação.

Os funcionários no processo admissional, realizam os processos relativos a acolhimento, treinamento e exames médicos. Nesse momento, os funcionários admitidos são avaliados pela Medicina do Trabalho, ocasião em que ocorre o preenchimento de uma ficha/prontuário com os dados cadastrais, a qual será utilizada durante seu tempo de permanência no hospital. Esse acompanhamento engloba os procedimentos ligados à Medicina do Trabalho, tais como atestados, licenças, afastamentos junto à Previdência Social e/ou outros que se julga necessário registrar.

O processo de demissão, inicia-se igualmente, com o chefe imediato (Coordenador e Gerente), a quem cabe encaminhar documento ao RH solicitando rescisão de contrato de trabalho de um determinado funcionário, o RH realizará os procedimentos necessários para que esse ato administrativo se cumpra, sob o acordo da direção da instituição.

De acordo com a tabela abaixo, relativa à estatística anual do SESMT, o número de admissões⁵ no HSCMV, no ano de 2010, totalizou 227 (duzentos e vinte sete) funcionários, distribuídos nos diversos setores, aproximando-se bastante do número

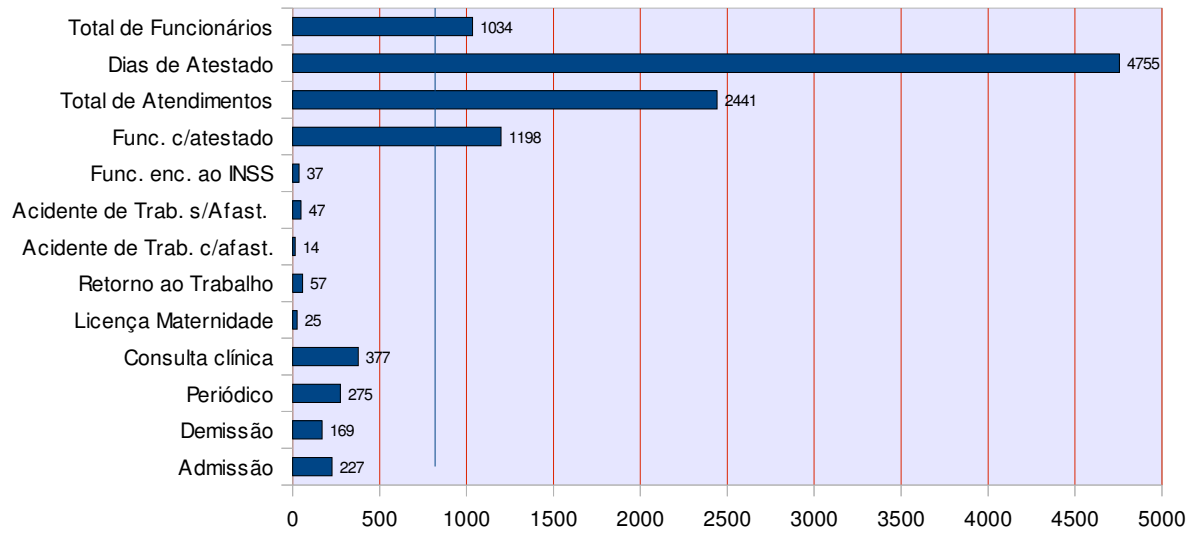
⁵ A data de admissão anotada corresponde à do primeiro dia de trabalho, mesmo em contrato de experiência (art. 5º do Decreto nº 71.885, de 9 de março de 1973, e art. 29, § 1º, da CLT). As anotações são efetuadas no prazo de 48 horas, após entregue a Carteira de Trabalho pelo(a) empregado(a), no momento de sua admissão (<http://www.mte.gov.br>.)

de demissões (169 funcionários). Considerando esse fato, conclui-se que o quadro de recursos humanos aumentou, nesse ano, em somente 58 (cinquenta e oito) funcionários.

Tabela 2: Índices de absenteísmo, doenças ocupacionais e acidentes de Trabalho no HSCMV-2010

Meses	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Admissão	23	18	39	17	27	30	23	18	22	02	02	06	227
Demissão	08	10	30	19	14	19	23	11	17	04	01	13	169
Periódico	08	34	54	22	12	47	28	34	25	02	-	09	275
Consulta Clínica	15	30	36	24	27	45	37	36	49	10	20	48	377
Licença Maternidade	01	02	03	02	02	03	04	01	-	04	02	01	25
Retorno ao Trabalho	05	03	07	02	04	07	06	05	06	03	06	03	57
Acid. de Trab. Com Afast.	01	-	05	01	-	-	-	04	-	01	-	02	14
Acid. de Trab. Sem Afast.	04	05	05	06	03	06	05	06	03	01	02	01	47
Func. Enc. Ao INSS	03	01	03	2	02	02	04	02	05	04	07	02	37
Func. atestado	86	67	106	84	105	81	99	141	128	69	81	151	1198
Total Atendimento	de 154	170	295	179	196	242	229	258	256	103	121	238	2441
Dias Atestados	de 298	322	357	266	354	234	404	505	486	277	666	586	4755
Total Funcionário	de 1006	1010	1008	1131	1025	1036	1030	1034	1032	1042	1031	1022	

Gráfico 1: Índices de absenteísmo, doenças ocupacionais e acidentes de Trabalho no HSCMV-2010



Os funcionários, anualmente, são obrigados a se submeter a exames de rotina (chamados periódicos). No entanto, essa norma foi cumprida por apenas 275 funcionários. Se comparados às consultas clínicas efetivadas nesse ano de 2010 (377), verifica-se que estas excederam em 102 recorrências médicas. Percebe-se uma considerável demanda de consultas diárias na Medicina do Trabalho, em oposição ao pequeno número dos que cumpriram os exames periódicos, em relação ao total de funcionários (uma média mensal de 1034).

A manifestação de quadros de doença não ocorre permanentemente, salvo em situações em que o funcionário se afasta definitivamente da função. O processo saúde/doença se alterna, perdendo-se e reconquistando-se a saúde, sendo caracterizados estados dinâmicos e inerentes ao corpo (DEJOURS, apud PITTA, 2003).

Além da rotina cotidiana estressante do trabalhador em todo o ambiente hospitalar, existem alguns setores críticos que merecem atenção especial (principalmente pela Medicina do Trabalho). São setores em que o trabalhador é submetido a uma grande sobrecarga de trabalho, a condições inadequadas, ao uso de força física, diante da complexidade da assistência e do número insuficiente de funcionários. Entre esses setores estão o Centro de Material de Esterilização (CME) e o Centro de Terapia Intensiva (CTI), o Pronto-socorro e a Enfermaria Santa Luiza (Cardiologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Hematologia, Neurologia, Dermatologia e Oncologia).

Considerando que 65% (sessenta e cinco por cento) do quadro de funcionários é constituído pelo sexo feminino, um total de 672 (seiscentos e setenta e duas) mulheres, o afastamento por licença maternidade atinge 25 (vinte e cinco) licenças por ano. Essa ausência é administrada pelos próprios setores. Em alguns casos, há admissão de novos funcionários; em outros casos (na maioria deles), há remanejamento para cobrir o período da licença maternidade no setor atingido.

Considerando-se que o total de afastamentos dessas funcionárias foi equivalente a 3.000 (três mil) dias, percebe-se que há grande relevância do quantitativo dessas ausências em relação ao número total de funcionários. Há, portanto, necessidade de uma programação prévia dos gestores, uma vez que esse afastamento da mulher trabalhadora é um direito assegurado pelo art. 71 da Lei nº. 10.710, de 5 de agosto de 2003.

O salário-maternidade é devido à segurada da Previdência Social, durante 120 (cento e vinte) dias, com início no período entre 28 (vinte e oito) dias antes do parto e a data de ocorrência deste, observadas as situações e condições previstas na legislação no que concerne à proteção à maternidade (BRASIL, 2003, p.1).

Parte-se do pressuposto, constante inclusive de amparo na legislação, de que o ambiente hospitalar é insalubre. Os funcionários são expostos a vários fatores de risco, podendo ser atingidos por agentes físicos, químicos ou biológicos. Foram registrados 14 (quatorze) acidentes de trabalho com afastamento durante o ano de 2010, existindo um acompanhamento e o treinamento dos funcionários no que tange à prevenção de acidentes de trabalho.

Os casos em que ocorrem acidentes de trabalho e no trajeto para o trabalho, há o registro na Segurança do Trabalho, mediante a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, junto ao INSS.

Em particular, em situação de acidentes com perfuro-cortantes, a maioria deles, por tratar-se de ambiente hospitalar, além da CAT e do registro no INSS, o funcionário é atendido pela Medicina do Trabalho, que submete esses casos aos exames de anti-HIV, HBsAg, anti-HBs, anti-HCV e VDRL, na data do acidente, como também após 30 dias, 90 dias, 6 meses e 1 ano após o acidente, sendo notificados seus resultados à Secretaria Municipal de Saúde via formulário próprio.

Quando funcionários se acidentam, com perfuro-cortantes, na relação com uma fonte (paciente) portador de HIV+, o esquema de profilaxia anti-HIV é ativado, com o uso de medicamentos preconizados segundo consenso da literatura atual e protocolo padronizado. Esses medicamentos, fornecidos pela farmácia do Hospital, ficam

disponibilizados ao funcionário acidentado no dia de sua ocorrência. A Medicina do Trabalho realiza controle rigoroso dessas situações, para que a medicação não seja interrompida.

Vemos que, no ano de 2010, de acordo com a tabela 2, houve 47 (quarenta e sete), acidentes de trabalho sem afastamento, ou seja, de menor gravidade. Nessa situação, somente é preenchida a CAT e/ou, quando há necessidade, relacionada a acidentes com perfuro-cortantes, realiza-se uma profilaxia⁶.

Foram registrados, em 2010, 37 (trinta e sete) encaminhamentos ao INSS, sem incluir os afastamentos por licença-maternidade, quer dizer, somente aqueles afastados por motivo de doença e/ou acidente de trabalho. Nesse ano, houve 57 (cinquenta e sete) retornos de funcionários afastados por licença-maternidade e por outros motivos, com afastamento por mais de 15 (quinze) dias. Desses casos, 25 (vinte e cinco) foram oriundos de licença-maternidade e 22 (vinte e dois) de afastamentos por diversas patologias.

No caso de afastamento por motivo de doença e/ou acidente de trabalho, depois de 15 dias afastados, os trabalhadores aí enquadrados têm direito a auxílio-doença, fornecido pelo INSS, conforme informação a seguir.

Auxílio-doença. Benefício concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos. No caso dos trabalhadores com carteira assinada, os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador, e a Previdência Social paga a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. (site do MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, acesso em 15 de fevereiro de 2011).

No ano de 2010, o total de atestados atingiu o número de 1.198 (mil, cento e noventa e oito), considerando somente os atestados com período de 1 a 15 dias⁷. Esses afastamentos ocorrem por motivos diversificados, desde uma simples virose até casos mais complexos.

A Medicina do Trabalho atendeu, nesse ano um total de 2.441 (dois mil, quatrocentos e quarenta e um) funcionários, realizando uma média de 10 (dez) de atendimentos

⁶ Na área da saúde, profilaxia, do grego prophylaxis (cautela), é a aplicação de meios tendentes a evitar as doenças ou a sua propagação.

⁷ Na medida em que mais de 15 dias corresponde a afastamentos.

diários⁸. Mediante as informações acima apresentadas, podemos concluir que, desses atendimentos, foram gerados 4.755 (quatro mil, setecentos e cinquenta e cinco) dias de afastamento com atestados médicos, representando um elevado índice de faltas na instituição, e isso sem considerar os afastamentos por auxílio-doença.

Além dos dados analisados, registrados pela Medicina do Trabalho, há ainda inúmeras faltas das quais a Instituição não dispõe de dados comprobatórios, e isso se aplica porque algumas faltas são abonadas, outras autorizadas verbalmente, e outros casos em que há perda financeira correspondente às faltas. Todo esse grupo se enquadra no absenteísmo não abordados neste trabalho.

Para Couto (1987), o absenteísmo é decorrente de um ou mais fatores, tais como fatores de trabalho, fatores sociais, fatores culturais, fatores de personalidade e de doenças. Alerta ainda o autor que pode não existir uma relação direta entre causa e efeito, sendo, sim, o absenteísmo determinado muito mais por um conjunto de variáveis.

Segundo Otero (1993), a etiologia do absenteísmo é multifatorial, dependendo da sua origem. Seus fatores podem ser classificados como fatores dependentes da atividade laboral, fatores perilaborais, fatores do meio extralaboral, patologias sofridas pelo trabalhador, fatores individuais e fatores dependentes do sistema administrativo.

O absenteísmo no trabalho abrange todas as causas de ausência, como doença prolongada, acidentes, licenças de maternidade, atenção a problemas familiares ou formalidades judiciais e até cursos fora da empresa, exceto greve, cursos dentro da empresa, repouso semanal ou compensado, férias e feriados (BULHÕES, 1986).

Um aspecto importante a ser considerado é que as causas do absenteísmo nem sempre estão no trabalhador, mas na empresa, como organização e supervisão deficientes, por meio da repetitividade de tarefas, da desmotivação e do desestímulo,

⁸ Realizando 5 (cinco) dias de atendimento por semana, 20 (vinte) dias de atendimento mensal e 240 dias (duzentos e quarenta) de atendimento anual.

das condições desfavoráveis de ambiente e de trabalho, da precária integração entre os empregados e a organização e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente, que não visa a uma política prevencionista e humanista (ALEXANDRE, 1987; COUTO, 1987; CHIAVENATO, 1999; ALVES, 1995).

Segundo Bulhões (1998), o absenteísmo pode refletir tanto as condições de saúde do trabalhador, quanto as condições de vida e de trabalho, as quais devem ser analisadas e prevenidas.

O índice de absenteísmo, segundo Chiavenato (1994, p. 172), deve refletir a porcentagem do tempo não trabalhado em decorrência das ausências em relação ao volume de atividade esperada ou planejada.

O número insuficiente de recursos humanos pode contribuir para elevar o índice de absenteísmo, como consequência da sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores, desencadeando a queda da qualidade do cuidado prestado ao homem (ALVES, 1995).

Verifica-se que, no HSCMV, o trabalhador, além de ser submetido a determinantes externos, que fogem ao seu controle e que produzem as mazelas sociais, próprias do capitalismo, cumpre sua carga horária determinada pela instituição, podendo ser diarista ou plantonista. E esse trabalhador, para conseguir ter o mínimo necessário para sua sobrevivência, se submete a uma sobrecarga de trabalho maior do que a que seu físico pode suportar, principalmente os funcionários que trabalham em regime de plantão.

Na área da saúde, os maiores salários são provenientes da categoria médica; o restante são os profissionais de outros cursos superiores e de nível médio. Conclui-se, ainda, que, de maneira geral, os menores salários se encontram na categoria que exerce funções de auxiliares.

O Salário é a contraprestação devida pelo empregador em função do serviço prestado pelo empregado. Objetivamente, salário é o preço da força de trabalho que o empregado coloca à disposição do empregador através do contrato de trabalho. Seu valor é determinado pelo mercado de trabalho,

em função da demanda de mão-de-obra. Assim, o salário tem o seu valor fixado de acordo com a lei da oferta e da procura, sempre respeitado o mínimo legal. O salário deve constar obrigatoriamente do contrato de trabalho. O salário não é devido tão-somente pela contraprestação do serviço, mas também pelo tempo em que o empregado fica à disposição do empregador.(xxxxxxxxxxxxxx)

Para o atendimento aos usuários, o HSCMV, dispõe de 98 (noventa e oito) funções, subdivididas em diversas categorias, tais como auxiliares, técnicos, encarregados, coordenadores, enfermeiros, faturistas, escriturárias, secretárias, pedreiros e outras.

Esta subdivisão se faz necessária para definição dos salários, pois para uma mesma função, a remuneração deveria ser igual para todos os funcionários. Uma das propostas da atual gestão é a criação do plano de cargos e salários, para que sejam unificados esses salários adequando-os aos cargos e funções. Por ser uma instituição filantrópica e muita antiga, os cargos e salários sempre foram determinados de acordo com os gestores anteriores; sendo assim, existem dentro de um mesmo cargo salários diferentes.

Os funcionários do HSCMV não possuem nenhum benefício agregado ao salário mensal, que varia de acordo com o cargo ocupado, variando de R\$ 550,00 (quinhentos e quarenta e cinco reais) a R\$ 4.800,00 (quatro mil e oitocentos reais). Nesse intervalo, distribuem-se os diferentes tipos de ocupação: Auxiliares: Serviços Gerais, Administrativo, Almoxarife, Compras, Cozinha, Informática, Departamento Pessoal, Enfermagem, Farmácia, Laboratório, Lavanderia e Radiologia; Agende de Segurança; Ajudante de Manutenção; Almoxarife; Assistente: Administrativo, Contábil, Financeiro, Gerência, Prestação de Contas, Tesouraria, Social e Técnico; Atendente: Enfermagem, Ambulatório e Lanchonete; Bioquímico; Bombeiro Hidráulico; Caixa, Carpinteiro; Chefe de Departamento Pessoal: Chefe de Faturamento; Classificador Contábil; Comprador; Contador; Copeira; Costureira; Digitador, Eletricista; Encarregados: Arquivo, Cozinha, Radiologia, Internação, Laboratório, Higiene e Limpeza, Lavanderia; Enfermeira do Trabalho; Enfermeiro; Engenheiro de Segurança do Trabalho e Eletricista; Escriturária Clínica; Farmacêutico; Faturista; Fisioterapeuta; Gerente; Jardineiro; Maqueiro; Médicos: Cirurgião, Clínico, Trabalho, Patologista; Radiologista; Mensageiro; Mestre de Obras;

Motorista; Motorista-manobrista; Nutricionista; Pedreiro; Pintor; Psicólogo; Recepcionista; Secretaria Diretoria; Subgerente; Supervisora; Técnicos: Espirometria, Informática, Nutrição, Refrigeração, Enfermagem, Laboratório, Mamografia, Patologia, Radiologia, Segurança do Trabalho, Tomografia e Suporte; Telefonista e Vendedor Pracista.

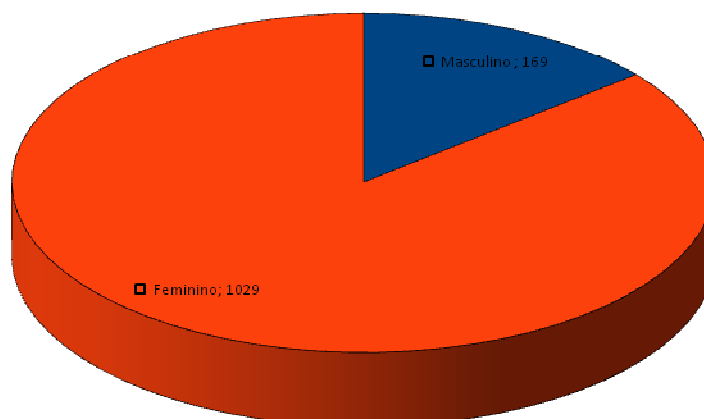
Do total dos funcionários do HSCMV, 35 % são do sexo masculino e 65 % do sexo feminino. No entanto, como demonstram a tabela 3 e o Gráfico 2 a seguir, em termos de faltas, no ano de 2010, com apresentação de atestados, de um total de 1198 atestados, 14,1% são procedentes de homens e 85,9 % de mulheres, o que demonstra o quanto este último segmento é mais vulnerável à sobrecarga de trabalho, acumulando, na maioria das vezes, duas e até três jornadas de trabalho em instituições diferentes. Esses dados evidenciam que as mulheres do HSCMV necessitam de maior atenção no sentido de ações específicas para minimizar o elevado índice de faltas, como também compreendem o grupo social que ocupa as funções de menor salário, sendo pequeno o número daquelas que desempenham função bem remunerada.

Tabela 3: Atestados médicos por funcionário no ano de 2010

Sexo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	
Masc.	12	7	15	10	12	10	14	21	18	11	19	20	169	14,1%
Fem.	74	60	90	74	93	71	85	120	110	58	63	131	1029	85,9%
Total Geral													1198	100%

Obs.: Atestados médicos de 1 a 15 dias

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de MEDICINA DO TRABALHO DO HSCMV.



11

**Gráfico 2 - Atestados de funcionários do sexo masculino 14,1 %
Atestados de funcionários do sexo feminino 85,9 %**

Entre os motivos das faltas registradas no SESMT, variam desde uma simples virose a uma patologia mais grave, incluindo fatores emocionais e psicológicos, depressão, falta de diálogo com o gestor, falta de motivação, desvalorização da autoestima, além de acidentes de trabalho e de percurso. Incluem-se, ainda, a violência doméstica, o uso de drogas, tabagismo e etilismo, hipertensão, diabetes, entre outros.

Tabela 4: Números de dias de atestados no ano de 2010

Função	Total de Função	Nº. de dias de atestados em 2010
1. Técnicos de Enfermagem	01 (1,02%)	718 (15,09%)
2. Outras funções	97 (98,98%)	4034 (84,01%)
Total Geral	98	4.755

Observa-se na tabela 4, que a maior incidência de atestados registrados no SEMST do Hospital, em 2010, é a dos oriundos dos profissionais qualificados como Técnicos de Enfermagem, equivalentes a 718 (setecentos e dezoito) dias de atestados, apresentados por 103 (cento e três) funcionários.

Essa categoria representa um contingente de 22,24% (vinte e dois vírgula vinte e quatro por cento) do total da média de funcionários do HSCMV. Além disso,

ressaltamos que os Técnicos de Enfermagem desempenham função fundamental para o funcionamento adequado da prestação da assistência à saúde. No entanto, representam uma das categorias com menor salário (recebem de R\$ 642,23 a R\$ 713,59). Pode-se estabelecer uma correlação entre salários baixos e grau de absenteísmo.

O Técnico de Enfermagem atua em todas as áreas assistenciais do Hospital, lidando diretamente com a vida e a morte, com o *stress* do paciente, da família, da equipe e, principalmente, com as péssimas condições de trabalho, inserido no caos em que se encontra a saúde.

Esses profissionais trabalham, muitas vezes, em duas ou três jornadas de trabalho, em instituições diferentes, e, não suportando o corpo humano essa sobrecarga, advém o adoecimento e, conseqüentemente, a falta ao trabalho.

As outras funções somaram o total de 4.034 dias de atestados fornecidos representando 84,01% (oitenta e quatro virgula um por cento) do total.

Conforme tabela a seguir, pode-se concluir que o número de faltas desses funcionários representa um *déficit* considerável do quadro, resultante de faltas por motivo de doença. Houve funcionários que apresentaram, durante o ano, até 46 (quarenta e seis) dias de faltas.

Tabela 5: Ausências no ano de 2010 geradas por profissionais Técnicos em Enfermagem no HSCMV

Nome	Período de ausência	Dias de atestado	Total de atestados/ano
A F	11/02/10	1	2
	28/01/10	1	
A M	07/08/10	1	1
A M F S	26/11/10	1	1
A B P	14/01/10	1	1
A S B J	05/08/10	1	16
	14 a 28/08	15	
A M V	18/02/10	1	2
	13/08/10	1	
A C B	24/06 a 01/07/10	8	9
A C N	16/08/10	1	
A A P B	08 a 10/04/10	3	3

AFZ	16/02/10	1	5	
	21 a 23/04/10	3		
	23/08/10	1		
BRV	01 a 05/06	5	5	
CMC	19 a 20/03/10	2	2	
CNS	07 a 09/07/10	3	7	
	09/07/10	1		
	31/07/10	1		
	16/08/10	1		
	22/08/10	1		
CSN	19/03/10	1	1	
CRS	10/08/10	1	4	
	25 a 27/01	3		
DBSO	31/05 a 02/06/10	3	4	
	03/06/10	1		
DMS	20/02/10	1	26	
	06 a 14/04	9		
	03/04/10	1		
	13 a 27/08	15		
DA	29/12 a 03/01	6	7	
	16/08/10	1		
DPSS	20/04/10	1	5	
	18 a 20/08	3		
	11/06/10	1		
DMC	20/02/10	1	1	
ESC	27/08/10	1	1	
EPS	01 a 04/07/10	4	27	
	05/07/10	1		
	09/01/10	1		
	28 a 30/07	3		
	13 a 27/08	15		
	25 a 27/08	3		
	04/08/10	1		3
	29/03/10	1		
	28/08/10	1		
EAS	15/06/10	1	1	
EC	08/03/10	1	1	
	Nome	Período de ausência	Dias de atestado	Total de atestados/ano
EB	24 a 25/08	2	4	
	23/08/10	1		
	27/08/10	1		
EPS	23/08/10	1	1	
ECF	24 a 26/01	3	4	
	25/06/10	1		
FAS	14 a 18/04/10	5	6	
	03/04/10	1		
GSC	24 a 27/04/10	4	4	
GAJ	01 a 15/02/10	15	46	
	07/06/10	1		
	20/12 a 03/01	15		
	20/12 a 03/01	15		

GS	29/06/10	1	1
GNN	03 a 04/02/10	2	3
	15/08/10	1	
ICLN	04/08/10	1	2
	08/08/10	1	
IMS	06 a 07/06/10	2	8
	08 a 11/06/10	4	
	12/06/10	1	
	25/11/10	1	
IDSS	13/05/10	1	5
	24/02/10	1	
	19 a 21/08	3	
IAM	23/03/10	1	2
	11/06/10	1	
IER	21/06/10	1	2
	01/07/10	1	
IGP	26 a 28/06/10	3	3
JHSO	11/01/10	1	3
	05/08/10	1	
	11/08/10	1	
JCP	18 a 22/08	5	9
	23 a 25/08	3	
	26/08/10	1	
JHSO	29/01 a 01/02/10	3	4
	09/01/10	1	
JPS	24/01/10	1	1
JSD	28/11 a 01/12/09	4	10
	14 a 16/04/10	3	
	31/12 a 02/01	3	
JR A	11/03/10	1	1
JSD	20/04/10	1	3
	17 a 18/04/10	2	
KPA	07/12/10	1	1
KNE	16/03 a 20/03	5	26
	15 a 17/03/10	3	
	22/03/10	1	
	20/06/10	1	
	09 a 15/03/10	7	
	25/01/10	1	
	29/12 a 31/12	3	
	31/12 a 01/01	2	
	20 a 21/07/10	2	
	10/12/10	1	
	LSK	25/05/10	
LCSO	04 a 05/05/10	2	9
	06/05/10	1	
	31/05/10	1	
	28/04 a 02/05/10	5	
LCSO	26 a 30/05/10	5	26
	10 a 12/12	3	
	10 a 12/08	3	

	19 a 28/08	10	
	29 a 30/08	2	
	26 a 28/01	3	
Nome	Período de ausência	Dias de atestado	Total de atestados/ano
LRN	25/07/10	1	4
	14 a 16/01	3	
LGR	02/08/10	1	1
LSV	03 a 05/08	3	3
LPO	30/07 a 01/08	3	3
LHB	22 a 26/03/10	5	15
	01 a 10/01	10	
L SC	16 a 18/04/10	3	19
	20 a 26/04/10	7	
	11/02/10	1	
	06 a 08/08	3	
	10 a 14/03/10	5	
L CSS	03 a 17/02	15	22
	29/12/09	1	
	22/01/10	1	
	25 a 29/01	5	
LSS	26/04 a 02/05/10	7	15
	22 a 25/04/10	4	
	19 a 21/04/10	4	
LSC	24 a 26/06/10	3	5
	01/08/10	2	
LROS	29/01 a 01/02/10	4	8
	04 a 06/05/10	3	
	23/06/10	1	
LARS	03 a 04/07/10	2	2
MGGC	10/02/10	1	1
MAAM	25/01 a 08/02/10	15	17
	16/12/10	1	
	07/01/10	1	
MACB	26/07/10	1	1
MPCP	19/01 a 02/02	15	15
MMGS	15 a 17/07/10	3	3
MOS	28/11/10	1	1
MLS	02 a 03/05/10	2	2
MG	26 a 28/07	3	3
MS	30/07/10	1	1
MCS	24/02 a 10/03	15	15
MSP	23 a 24/01	2	2
NCA	07 a 12/05/10	6	8
	26/06/10	1	
	19/05/10	1	
NDS	30/03 a 06/04/10	8	8
NS AC	11/12/10	1	1
NSAC	05/02/10	1	1
OAD	16/05/10	1	24
	10 a 15/05/10	6	
	09/05/10	1	
	21/01 a 04/02/10	15	
	05/02/10	1	

P S C	04/03/10	1	1
P S	01 a 02/02/10	2	2
P F S	27/05/10	1	35
	26 a 31/03/10	6	
	13/08/10	1	
	03/05/10	1	
	26 a 29/03/10	4	
	25 a 08/09	15	
	07 a 13/04	7	
R K G A	28/12/09	1	11
	18 a 21/12	4	
	22 a 27/12/10	6	
R L P	19/05 a 02/06/10	15	17
	02/06/10	1	
	19/03/10	1	
R S V N	15 a 16/05/10	2	25
	26 a 28/07	3	
	18/06/10	1	
	06 a 07/03/10	2	
	08/03/10	1	
	09 a 23/12	15	
	21/12/09	1	
Nome	Período de ausência	Dias de atestado	Total de atestados/ano
R P O	19/04/10	1	1
R S S	01 a 02/04	2	4
	02/08/10	1	
	20/08/10	1	
R M G	30/04/10	1	1
R J L	13/03/10	1	3
	01/01/10	1	
	09/07/10	1	
S N C	12/03/10	1	1
S R S N	23/04/10	1	34
	24/07 a 07/08/10	15	
	06 a 07/08	2	
	09 a 23/12	15	
	04/07/10	1	
S M G	17 a 18/04/10	2	3
	06/07/10	1	
S A S	07/07/10	1	3
	28 a 29/10	2	
S M N	23/11/10	1	1
S L P	02 a 04/04/10	3	6
	24/08/10	1	
	21 a 22/08	2	
S K N F	01 a 02/03/10	2	2
S A R	16/02/10	1	21
	17 a 18/02/10	2	
	25/02 a 11/03	15	
	11/03/10	1	

	24 a 25/10	2	
SLRC	24 a 26/07	3	3
SBR	07/06/10	1	4
	12/04/10	1	
	08/04/10	1	
	04/01/11	1	
SADS	14/03/10	1	1
TMS	07/05/10	1	1
TFS	20/03/10	1	1
TRR	04/02/10	1	5
	10/06/10	1	
	28/03/10	1	
	16 a 17/12	2	
VCC	16/08/10	1	1
VNC	30/12 a 01/01	3	4
	21/08/10	1	
VVC	07 a 08/05/10	2	7
	02 a 04/07/10	3	
	18 a 19/03/10	2	
103 Funcionários		718	718

Fonte: SESMT.

Tabela 6: Quantidade de funcionários

Quantidade de funcionários	Nº de dias de atestados/ano
31	1 dia de atestado
11	2 dias de atestado
13	3 dias de atestado
11	4 dias de atestado
03	5 dias de atestado
02	6 dias de atestado
02	7 dias de atestado
03	8 dias de atestado
03	9 dias de atestado
01	10 dias de atestado
01	11 dias de atestado
03	15 dias de atestado
01	16 dias de atestado
02	17 dias de atestado
01	19 dias de atestado
01	21 dias de atestado
01	22 dias de atestado
01	24 dias de atestado
02	26 dias de atestado
01	27 dias de atestado
01	34 dias de atestado
1	46 dias de atestado
Total de dias	718 dias de atestados

Fonte: SESMT.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluí-se que o nível de absenteísmo no HSCMV no ano de 2010 mostrou-se relevante. Considerando os dados estatísticos coletados no SESMT, verifica-se que o número de atestados/mês corresponde ao número de dias do ano inteiro, ou seja, cada funcionário afastado corresponde a um *déficit* do quadro, o que acarreta prejuízos na prestação da assistência e maior sobrecarga de trabalho para a equipe. O número de funcionários varia mensalmente, devido ao número de admissões e demissões do período, este e outro fator que merece atenção no Hospital. Há uma enorme rotatividade de pessoal, principalmente na equipe de enfermagem, e isso provavelmente está relacionado aos baixos salários oferecidos pelo Hospital em vista de outros benefícios que o trabalhador encontra em outras instituições.

Apesar de a Medicina do Trabalho, anualmente, solicitar exames periódicos para detectar algumas patologias, essa medida não é suficiente para reduzir o nível de absenteísmo. O HSCMV não oferece Plano de Saúde ao funcionário, nem mesmo atendimento médico diário. Os funcionários que, por algum motivo, necessitem de atendimento médico se direcionam a Medicina do Trabalho para atendimento, mas são encaminhados ao Pronto-Socorro ou aos ambulatórios, encontrando uma grande dificuldade para serem atendidos, por não terem prioridades enquanto funcionários. Com isso, o funcionário entra em um processo de adoecimento, o que acarreta afastamento por um período maior do que o necessário.

Os resultados da presente pesquisa contemplaram dados de faltas por motivo de doença de 1 à 15 dias, incluindo todos os itens relativos à presença do funcionário na Medicina do Trabalho. Verificou-se que, no ano de 2010 a média de funcionários foi equivalente a 1.034/mês. No ano, houve 4.755 atestados no total, e a média/mês equivalem a 396 dias de atestados/mês, resultando em afastamentos da atividade laborativa, que variavam de 1 dia, até o prazo máximo de afastamento pela Empresa. Esses dados nos mostram que a Instituição teve uma relevante perda laborativa.

Totalizando os afastamentos por motivo de doença 38,29%, evidencia-se um grande desafio para a instituição, pois esse adoecimento pode estar ligado às condições de trabalho, baixos salários e a fatores diversos, ligados ou não à Instituição. O motivo determinante para a escolha do tema desta pesquisa, o Absenteísmo, está ligado ao grande número de problemas diários enfrentados pelos gestores, no sentido de suprir as ausências desses funcionários, visto que a Instituição não dispõe de número suficiente de profissionais para suprir as faltas, seja por motivo de doença seja por outros motivos. Pode-se concluir, ainda, que os fatores descritos acima ocasionam sobrecarga de trabalho aos profissionais, provocando o seu adoecimento.

O fator adoecimento faz com que o profissional se encontre fragilizado, sem condições de decidir sua própria vida. A partir do momento em que adoece, depende da instituição para definir o processo a seguir, e muitas vezes prefere continuar desempenhando suas funções, mesmo encontrando-se doente, para não se submeter ao constrangimento de se afastar, principalmente se for encaminhado ao INSS, pela burocracia do sistema.

Esse processo de adoecimento descrito acima e vivenciado diariamente no HSCMV ocorre, na maioria das vezes, com bons profissionais, e, diante dessa nova situação, inicia-se um processo de faltas frequentes, pois não se encontram eles em condições de exercer suas atividades laborativas.

Para a instituição, todas essas questões se refletem na gestão, em virtude da deficiência do quadro de pessoal em algumas funções, e isso se reflete na dificuldade de o gestor conseguir manter o mesmo nível de atendimento, principalmente no que diz respeito à enfermagem, responsável pelo cuidado direto ao usuário.

No HSCMV, o registro dos dados que se referem à saúde do trabalhador é de competência da Medicina do Trabalho, que é o setor de referência para o funcionário, desde sua admissão e durante toda sua trajetória na Instituição. Esses dados são encaminhados ao RH periodicamente.

O enfrentamento do absenteísmo na Instituição não é considerado prioridade. O SESMT tem realizado ações que visam alertar a direção para o fato de que o absenteísmo é elevado, merecendo atenção no sentido de se realizarem ações específicas para atacar as causas que levam às faltas e, por conseguinte, diminuir o absenteísmo.

Esta pesquisa teve a finalidade de mensurar e identificar o absenteísmo no HSCMV, buscando ressaltar a importância de se desenvolverem ações preventivas em prol da saúde do trabalhador.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P de; ROCHA, S. M. (Org.). **O Trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALVES, M.; GODOY, S. C. B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo: doença em um hospital universitário. **Revista Mineira Enfermagem**, v. 5, n.1, p. 73-81, 2001.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

BARBOSA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.2, p. 177, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa (Portugal): Edições 70, 1977.

BEHREND, H. Ausentismo: el caso de uma empresa. **Trabajo**, Genebra, v.3, n. 94, p. 37-54, abr. 1976.

BERLINGUER, G. **A mulher e a saúde**. São Paulo: Jornalismo, 1980.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. 11. ed. São Paulo: Impressão Bíblica Brasileira, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.p.1

_____. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Representação no Brasil da OPAS/OMS. Doenças relacionadas ao trabalho**: manual e procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

_____. _____. Portaria GM/MS nº. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Institui a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 2002. Disponível em: < www.saude.gov.br>. Acesso em: 5 jun. 2011.

_____. **Políticas Públicas em Saúde e Segurança no Trabalho**. PNST – Política Nacional em Saúde do Trabalhador. 1998.p. 461

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Legislação - **Normas Regulamentadoras - NR-32** – Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. p. 1

BONICENHA, W. **Devoção e caridade**: as irmandades religiosas na cidade de Vitória – ES. Vitória: Multiplicidade, 2004.

BUENO, S. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo, 1997.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel de recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CODO, W, et al. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

COUTO, H. A. **Absenteísmo**: uma visão bem maior que a simples doença. Temas de Saúde Ocupacional. Belo Horizonte: Ergo, 1987. Temas de Saúde Ocupacional. Cap. 2, p. 9-34.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1987.

_____. **O fator humano**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENASt. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, p. 817-29, 2005. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

DIEESE. Os trabalhadores e o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, Seminários & Eventos 1. São Paulo, DIEESE, 1994.

FALEIROS, V. de P. **A política social do estado capitalista**: as funções da previdência e assistência sociais. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

FERNANDES. A. S. A. Políticas públicas: definição evolução e o caso brasileiro na política social. In: DANTAS, H. e JUNIOR, J. P. M. (Org.). **Introdução à política brasileira**. São Paulo: Paulus, 2007.

GEHRING; Jr., et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Campinas, v.10, n. 3, p. 401-9, 2007.

HÖFLING, Eloísa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos CEDES**, Campinas, n. 55, p. 30-41, 2001.

LAUS, A. M.; ANSEMI, M. L. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 4 p. 681-9, 2008.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA. **Estatuto social**. Vitória, 1999.

NARDI, H. C. Trabalho e pós-modernidade. *Estudos Leopoldenses. Série Ciências Humanas*. Porto Alegre, n.156, 2002. p. 283.

NOVAES, Maria Stela de: sua vida e sua obra. Vitória: Arquivo Público Estadual. 1979. p. 161

MEIRA, J. B. Absenteísmo por enfermidade: sugestões para o seu controle. **Revista Brasileira Saúde ocupacional**. São Paulo. v. 10, n. 40, p. 68-76, out./dez. 1982.

MARX, K. **O Capital**, livro 1. São Paulo: Ciências Humanas, 1978. **O Capital**, Tomo 1, Russa, 1951 - pág. 570.

MARX, K. **O Capital**, livro 1. **O Capital**. São Paulo: Bertrand Brasil, 1987. Livro I, v. 2

MARX, K. . **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. Livro II, v. 2.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENDES, I. A. C.; MARZIALE, M. H. P. Década de recursos humanos em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 4 2006.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MOTA, A. E. **O Feitiço da Ajuda**. São Paulo: Cortez, 1987.

OFFE, C. O novo poder. Veja, São Paulo, n. 1541, p.11-3, 8 abr. 1998. Entrevista concedida a Thomas Traumann. Disponível em: <veja.abril.com.br/080498/P_011.html>. Acesso em: 6 fev. 2010.

OSORIO, C.; MACHADO, J. ; MINAYO-GOMEZ, C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 517- 24, 2005.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.p. 98

PIRES, M. Absenteísmo e trabalhadores da saúde. Sofrimento no Trabalho. Rede Humaniza SUS, 31 de maio 2009. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/6464>. acesso em: 20 jun. 2010.

PRIMO, A. L. de A. O 4º. centenário da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. **Revista do MIHGES**, Vitória, n. 16, p. 40, 1946.

QUICK, T.; LAPERTOSA, J. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 10, n. 40, p. 62-7, out./nov./dez. 1982.

OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997.

REIS, R. J. dos et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 616-23,

2003.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e trabalho. In: TUNDIS, S. A.; COSTA (Org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 25, n. 2, p. 192, 2003.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n.16, p. 22 jun./dez. 2006.

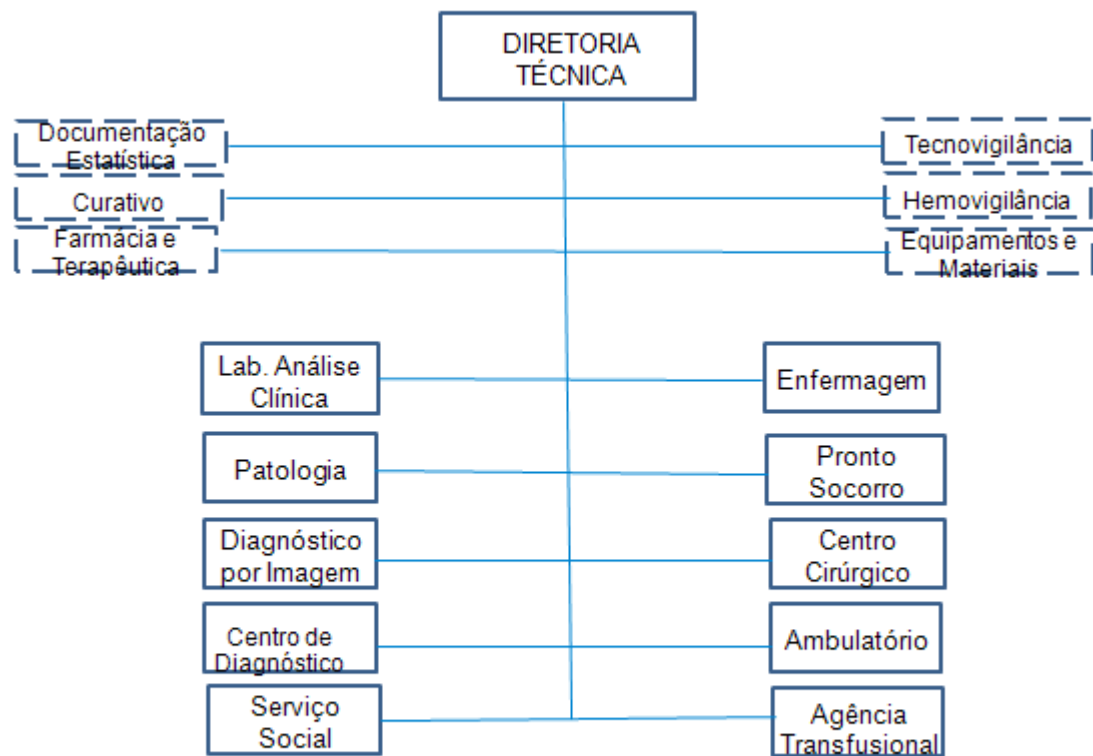
TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VERZA, S. B. **As políticas públicas de educação no município**. Ijuí-RS: UNIJUÍ, 2000.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1983.

ANEXO A – Organograma do HSCMV

1- ORGANOGRAMA DO HSCMV



2 - ORGANOGRAMA ADMINISTRATIVO DO HSCMV

