

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

GLAUCO PEREIRA ANDRADE

**A SAÚDE DO TRABALHADOR DA ÁREA ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**

Vitória – ES

2021

GLAUCO PEREIRA ANDRADE

**SAÚDE DO TRABALHADOR DA ÁREA ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**

Dissertação 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, como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz

Área de Concentração: Política de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho, Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Vitória – ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

A553s Andrade, Glauco Pereira
Saúde do trabalhador da área administrativa da Santa Casa
de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim / Glauco Pereira
Andrade.- 2021.
139 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Qualidade de vida - trabalhador. 2. Saúde do trabalhador –
Cachoeiro de Itapemirim (ES). 3. Saúde – trabalho administrativo.
4. Santa Casa de Misericórdia – Cachoeiro de Itapemirim (ES) –
saúde do trabalhador. I. Cruz, César Albenes de Mendonça. II.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 363.11

GLAUCO PEREIRA ANDRADE

**SAÚDE DO TRABALHADOR DA ÁREA
ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**

Dissertação 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, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre (a) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em.....de.....de.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientador (a)

Profa. Dra. Maristela Dalbello Araújo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Membro Interno

Prof. Dr. Renato Almeida de Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Membro Externo

Dedico esta dissertação aos meus avós paternos Alcides Adão Andrade (*in memória*) e Aurelina Ferreira Andrade (*in memória*) e aos meus avós maternos Arcenário Pereira (*in memória*) e Maria Quirino Pereira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, além de me conceder a vida é o amigo que podemos contar a qualquer hora, pois meu deus a oportunidade de concluir este trabalho não tenho nem palavras para agradecer!

Aos meus pais Miltom Adão Andrade e Marinete Quirino Pereira Andrade, pois o aprendizado que carrego, sem dúvida veio dos ensinamentos deles. Também meus irmãos Glaucéia Pereira Andrade e Gláucio Pereira Andrade, que consegue me apoiar e ajudar nos momentos difíceis. A Luciane Pedroni, pela paciência e compreensão. Minha Gratidão!

Sou grato ao meu orientador César Albenes de Mendonça Cruz, por quem tenho uma enorme admiração. Por tudo que me ensinou, pela orientação criteriosa e a paciência na condução do trabalho, além de incentivar e acreditar nas demais produções ao longo do curso. Meu muito obrigado!

Agradeço aos professores da minha banca de qualificação Maristela Dalbello Araújo e Renato Almeida de Andrade, e que conseqüentemente também foram os professores de minha banca de dissertação, pois com muito critério, segurança e a sabedoria me orientaram de forma que pudesse chegar ao resultado da pesquisa. Conforme relatado em minha fala, foi um momento de grande aprendizado. Meus sinceros agradecimentos!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, também agradeço a Coordenação e Secretariado do curso, pois sempre que precisei de auxílio se dispuseram em me ajudar. Reforço meus agradecimentos!

A professora Vanessa Juriatto Santos Pedroni, que com sua sabedoria disponibilizou parte de seu tempo para orientar nas correções do texto capítulo a capítulo. Agradeço!

Aos colegas Cristiane Felício, Elisabete Sales, Gilbânia Landi, Juliana do Carmo, Letícia Correa e Lucas Fiorio, com quem dividimos trabalhos e discussões e os debates em sala de aula, foi um prazer dividir grandes experiências com vocês. Só tenho a agradecer!

E pôr fim aos trabalhadores da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, por aceitar em participar e disponibilizar parte do seu tempo na resposta do questionário. Agradeço a todos (as)!

Ideologia: um mascaramento da realidade social que permite a legitimação da exploração e da dominação. Por intermédio dela, tomamos o falso por verdadeiro, o injusto por justo. Como ocorre essa ilusão, essa fabricação de uma história imaginária? Qual a sua origem? Quais os seus mecanismos, seus fins e efeitos sociais, econômicos e políticos?

Marilene Chaui

RESUMO

Introdução: O estudo aborda o tema Saúde do Trabalhador da Área Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, localizada na região Sul do Estado do Espírito Santo. Todavia, a problematização da pesquisa tem como pergunta, se existem e quais fatores de riscos à saúde esses trabalhadores podem estar expostos. **Objetivos:** Objetivo geral: Analisar a saúde dos trabalhadores da Área Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim na percepção deles. Objetivos específicos: Descrever a construção da saúde no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde, Identificar as leis voltadas para as Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador, Descrever à saúde dos trabalhadores da área Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, através da percepção deles. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A utilização dessa técnica foi mensurada a partir da elaboração de amostra da população participante, tentando entender o comportamento real dos informantes, suas próprias situações e como constroem a realidade em que atuam os trabalhadores. A pesquisa quantitativa é medida através das opiniões, atitudes e preferências como comportamentos. **Resultados e Discussão:** Através dos resultados apurados na população estudada, percebe-se que, 62% é do sexo feminino, 38% possui a idade entre 31 a 40 anos, quanto ao tempo de serviço 48% tem entre 11 a 20 anos de trabalho, 66% possui o nível de escolarização de graduação ou pós-graduação, 66% estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a condição de trabalho, 100% estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a avaliação do seu trabalho, 96% estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a contribuição que o seu trabalho representa para instituição, 38% responderam que as possibilidades são médias no que se refere plano de carreira e a possibilidade de ser promovido, quanto ao seu salário 38% preferiram ficar neutro, 38% se sentem exaustivos ou cansados no trabalho, 58% estão satisfeitos com a Qualidade de Vida no Trabalho, se sentem ansiedade, desesperos entre outros sentimentos negativos no trabalho 24% responderam repetidamente e se pratica atividade física ou lazer 57% praticam as vezes. **Conclusão:** Portanto, pressupõe que esse estudo contribuiu para demonstrar que precisam ser fortalecidas políticas de gestão de saúde para os trabalhadores e trabalhadoras, com o objetivo de melhorar os níveis da insatisfação que foram identificados na pesquisa e conseguir intervir através de ações e planejamento, que

possam promover à prevenção, a promoção, a detecção precoce e o tratamento de possíveis doenças e, ainda, a reabilitação da saúde dos trabalhadores da Santa Casa.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Santa Casa de Cachoeiro, Área Administrativa, Trabalhador.

ABSTRACT

Introduction: The study addresses the topic of Workers' Health in the Administrative Area of Santa Casa de Misericórdia in Cachoeiro de Itapemirim, located in the southern region of the state of Espírito Santo. However, the questioning of the research has as a question, if there are and which health risk factors these workers may be exposed to.

Objectives: General objective: To analyze the health of workers in the Administrative Area of Santa Casa de Misericórdia in Cachoeiro de Itapemirim in their perception. Specific objectives: Describe the construction of health in Brazil and the creation of the Unified Health System, Identify the laws aimed at Public Policies on Occupational Health, Describe the health of workers in the Administrative area of the Santa Casa de Misericórdia of Cachoeiro de Itapemirim, through their perception.

Methodology: This is a descriptive study with a quantitative approach. The use of this technique was measured based on the elaboration of a sample of the participating population, trying to understand the actual behavior of the informants, their own situations and how they construct the reality in which the workers work. Quantitative research is measured through opinions, attitudes and preferences as behaviors.

Results and Discussion: Through the results obtained in the studied population, it is clear that 62% are female, 38% are aged between 31 and 40 years, as for the length of service 48% have between 11 and 20 years of work, 66% have an undergraduate or graduate education level, 66% are satisfied or very satisfied with their working conditions, 100% are satisfied or very satisfied with the evaluation of their work, 96% are satisfied or very satisfied with the contribution their work represents to the institution, 38% answered that the possibilities are average with regard to career plan and the possibility of being promoted, as to their salary, 38% preferred to remain neutral, 38% feel exhausted or tired at work, 58% are satisfied with the Quality of Life at Work, they feel anxiety, despair and other negative feelings at work. 24% answered repeatedly and if they practice physical activity or leisure, 57% do sometimes.

Conclusion: Therefore, it assumes that this study contributed to demonstrate that health management policies for male and female workers need to be strengthened, with the aim of improving the levels of dissatisfaction that were identified in the research and being able to intervene through actions and planning, which can promote prevention, promotion, early detection and treatment of possible diseases, and also the health rehabilitation of Santa Casa workers.

Keywords: Occupational Health, Santa Casa de Cachoeiro, Administrative Area, Worker.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Rio Itapemirim	76
Figura 2: Ponte de Ferro início do século XX	77
Figura 3: Planta do Pátio da Antiga Estação Ferroviária	77
Figura 4: Cachoeiro de Itapemirim	79
Figura 5: 1ª Ata da Santa Casa de Cachoeiro 1900	88
Figura 6: Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim	89

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Serra das Esmeraldas e Minas do Castelo.....	74
Mapa 2: Linha Férrea Século XX em Cachoeiro de Itapemirim	78
Mapa 3: Localização de Cachoeiro de Itapemirim no Espírito Santo	80
Mapa 4: Localização do Município de Cachoeiro de Itapemirim	81
Mapa 5: Localização das Unidades de Saúde no Município de Cachoeiro de Itapemirim	84
Mapa 6: Localização da Santa Casa de Cachoeiro	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Percentual dos Funcionários por Gênero.....	96
Gráfico 2: Idade dos Funcionários.....	97
Gráfico 3: Tempo de Empresa	97
Gráfico 4: Nível de Escolaridade	98
Gráfico 5: Está Satisfeitos (as) com a sua condição de trabalho?	99
Gráfico 6: Como avalia o seu trabalho?	100
Gráfico 7: Contribuição que o seu trabalho representa para Instituição?	101
Gráfico 8: A Instituição oferece plano de carreira e/ou possibilidade de você ser promovido?	101
Gráfico 9: Está satisfeitos (as) com o seu salário?	102
Gráfico 10: Se sente cansado (a) ou exaustivo (a) no trabalho?	103
Gráfico 11: Está satisfeito (a) com a QVT?	104
Gráfico 12: Apresenta sentimentos negativos no trabalho tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	105
Gráfico 13: Pratica exercícios físicos ou atividade de lazer?	107

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CI	Cachoeiro de Itapemirim
CAPS	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis Trabalhista
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho de Administração da Saúde Previdenciário
CONASS	Conselho Consultivo Nacional de Secretários de Saúde
GM/MS	Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIS	Programas das Ações Integradas de Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
POI	Programação e Orçamento Integrada
QVT	Qualidade de Vida no trabalho
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAMPHS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SCMCI	Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
SESA	Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo
SP	Saúde Pública
ST	Saúde do Trabalhador

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	24
2.1 SAÚDE NO BRASIL COLONIAL	24
2.2 SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DE 1808 A 1889.....	26
2.3 A SAÚDE NO INÍCIO DA REPÚBLICA.....	28
2.4 A CRIAÇÃO DO CAIXA DE APOSENTADORIA E PENSÕES (CAPS) E O GOVERNO VARGAS	30
2.5 A SAÚDE NO REGIME MILITAR 1964-1984.....	33
2.6 CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS E AS SUAS PRINCIPAIS LEIS ESTRUTURANTES	37
2.7 OS PRINCÍPIOS DO SUS	39
2.7.1 Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990.....	40
2.7.2 Decreto n.º 7.508/2011	43
3 SAÚDE DO TRABALHADOR	46
3.1 TRABALHADOR E SUA EXPLORAÇÃO.....	46
3.2 PROCESSO DA SAÚDE DO TRABALHADOR	49
3.3 A PARTICIPAÇÃO DA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL NO PROCESSO DE TRABALHO	52
3.4 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT).....	54
3.5 LEGISLAÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR	60
3.6 POLÍTICAS PÚBLICAS	65
3.6.1 Política Pública Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT).....	66

4 SAÚDE DO TRABALHADOR NA PERSPECTIVA DOS FUNCIONÁRIOS DA ÁREA ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM.....	73
4.1 UM BREVE RESUMO HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	73
4.1.1 Saúde em Cachoeiro de Itapemirim	81
4.2 SURGIMENTO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	85
4.2.1 Percepção dos trabalhadores (as)	92
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	96
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS.....	111
ANEXOS	124
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	124
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANTICADO DO CEP	125
ANEXO C – DECLARAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO.....	129
APÊNDICES	130
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	130
APÊNDICE B.....	134
QUESTIONÁRIO.....	134

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo discorre sobre a Saúde do Trabalhador da Área Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (SCMCI). A Saúde do Trabalhador (ST) é uma área que precisa de muita atenção a ser discutida, pois ganha relevância principalmente no âmbito das Políticas Sociais e compreende as relações entre trabalho, saúde e doença, visto que as empresas, para desenvolverem suas atividades econômicas, necessitam do trabalhador, que é um importante elemento nesse contexto, através da sua mão-de-obra. Nesse sentido, é preciso realizar uma ampla discussão sobre as condições de adoecimentos no ambiente de trabalho (LARA, 2011).

O tema adoecimento do trabalhador traz indignação tanto para os funcionários da saúde quanto para os de outras áreas. No caso da área da saúde, especificamente, há uma preocupação com as condições de trabalho devido aos riscos que o ambiente possui e ao aspecto penoso oriundo das atividades (FERREIRA, 2018, p.35).

O trabalho é reconhecido como um processo fundamental para o ciclo de vida do ser humano, por intermédio do trabalho é que as condições sociais são definidas, o trabalho é que direcionam as suas atividades, sem ele não possível viver de forma digna, além disso é fundamental para gerir a construção e o desenvolvimento de uma sociedade (TEXEIRA, 2010).

O cenário em que se expressam a saúde e o trabalho tem passado por muitas transformações que podem influenciar sobre a saúde do trabalhador. Desde o descobrimento do Brasil até à contemporaneidade¹, o trabalho vem passando por vários processos relacionados às novas modalidades, sejam eles acompanhados pelos processos dinâmicos de produção implementados pelas inovações tecnológicas e econômicas do mundo globalizado ou pelo modo que a gestão do trabalho tem se comportado com essas mudanças (MENDES et al., 2015).

¹ Característica, particularidade ou estado de ser contemporâneo; qualidade de existir ao mesmo tempo; coexistência. O que acontece na época presente.

O trabalho na saúde não está fora e descontextualizado do resto do mundo; o desenvolvimento dos processos produtivos, no atual estágio do capitalismo global, mediante a automação/robótica, informática, telecomunicações, hipermídia, com “necessidade cada vez menor” do trabalho humano, vem gerando desemprego e a conseqüente desvalorização do trabalho (SANTOS-FILHO; BARROS, 2009, p. 19).

No contexto atual, os trabalhadores são obrigados a acompanhar as principais evoluções que o mundo tem apresentando, como ferramentas tecnológicas que intervêm nas relações do trabalho que podem levar a doenças e agravos para o trabalhador, de acordo como for conduzida. Segundo Gomez, Vasconcellos e Machado (2018, p. 1964) “Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância”.

Segundo Souza-Uva e Serranheira (2013), as relações de trabalho/doença têm provocado uma rápida transformação, nas condições reais de trabalho, “novos” fatores de risco de natureza profissional, os riscos de acidente de trabalho e de doença profissional, relacionados, essencialmente, com a exposição a fatores de natureza química e física que, mantêm-se ainda muito elevadas.

Para Dandon e Lancman (2013), as elevadas jornadas de trabalho, o ambiente de trabalho precário sem segurança necessária e o medo da perda do emprego diminui a força do trabalhador, fazendo com que seus direitos sejam violados, fatores que atingem direto à saúde e que aumentam o adoecimento, a invalidez e a exclusão dos trabalhadores do mercado de trabalho.

Todavia, com a consolidação das Políticas Públicas, começa-se um direcionamento para o campo da Saúde do Trabalhador, pois é instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, que tem objetivo de trabalhar o processo saúde-doença dos trabalhadores (BRASIL, 2012; SILVEIRA; MERLO, 2017).

Nesse sentido, para que pudessem chegar a um resultado final deste estudo, buscou-se, no primeiro capítulo, uma Breve Revisão Histórica da Construção da Saúde no Brasil. Esse estudo se faz necessário para entender como foi construída o Sistema de Saúde no Brasil até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois desde a chegada dos colonizadores portugueses em 1500 no Brasil, até aprovação do texto

na Constituição Federal de 1988, houve vários momentos de grandes divergências (FILHO, 1998).

Complementando esse primeiro capítulo, foram estudadas principais Leis estruturantes que contribuíram para fortalecimento do sistema de saúde, que foram implantadas e que deram uma organização e direcionamento sobre as Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador, o que é essencial para o trabalhador.

No capítulo dois, foi realizado um estudo sobre a ST. Após a promulgação² da Constituição Federal de 1988, o trabalhador passou a ter uma portaria voltada para os serviços de prevenção e promoção da saúde e seus agravos (BRASIL, 2014).

Entretanto, ainda á uma grande dificuldade de se cumprir a legislação³ na sua íntegra pelos órgãos fiscalizadores e as empresas, pois os registros realizados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) apontam números altos de atestados e afastamento do trabalho, que resultam em auxílio doenças provocados por várias condições adversas dentro do ambiente de trabalho. Entre elas, pode-se destacar: doenças ocupacionais⁴ e psicossociais⁵. Isso acaba sendo prejudicial para o trabalhador (BRASIL, 2018).

Ainda nesse capítulo, foi realizada uma discussão sobre Políticas Públicas que respaldam a ST, através de Legislação Básica de Saúde do Trabalhador, que foram construindo, pós-implantação da Constituição Federal do Brasil em 1988, através da Portaria⁶ do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 1.823/2012,

² Ato ou efeito de promulgar, ordenar oficialmente a publicação de uma lei, tornando-a de conhecimento público de modo que entre em vigor.

³ “Legislação é um corpo de leis que regulariza determinada matéria ou ciência, ou ainda um conjunto de leis que organiza a vida de um país, ou seja, o que popularmente se chama de ordem jurídica e que estabelece condutas e ações aceitáveis ou recusáveis de um indivíduo, instituição, empresa, entre outros” (UFSC, 2012).

⁴ Enfermidade produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social (BRASIL, 1991)

⁵ As doenças psicossociais são aquelas provocadas pela influência do contexto social e que afetam diretamente o psicológico do indivíduo, refletindo no funcionamento do seu organismo biológico.

⁶ “[...] documento de ato administrativo de qualquer autoridade pública, que contém instruções acerca da aplicação de leis ou regulamentos, recomendações de caráter geral, normas de execução de serviço, nomeações, demissões, punições, ou qualquer outra determinação da sua competência” (UFSC, 2012).

portaria que dispõe da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), criada em 23 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012).

Segundo dados apresentados por BRASIL entre o período de 2000 a 2011, a Previdência Social concedeu 2.205.914 benefícios por incapacidade temporária e permanente pelo INSS para trabalhadores, sendo que, desses benefícios 183.301 foram por aposentadoria por invalidez e 2.022.613 foram por auxílio doença. Transformando esses números em valores, a Previdência Social já pagou, no período de 2000 a 2011, quase 16 bilhões em benefícios (BRASIL, 2018).

Esses números demonstram a necessidade de os governos ampliarem as ações de prevenção para os trabalhadores tanto na esfera Federal, Estadual e Municipal, no que tange “Política Nacional de Saúde do Trabalhador” no país (BRASIL, 2014).

Os custos dos adoecimentos podem ser estimados de forma direta ou indiretamente em seus aspectos econômicos e sociais. A queda de produtividade por eficiência e o absenteísmo por doenças afetam de forma direta os custos da produção (JÚNIOR, 2012, p. 17).

Entretanto, no estado do Espírito Santo, no período de 2012 a 2017, foram afastados por auxílio-doença, 21.499 trabalhadores conforme registro do sistema Previdenciário, fato que gerou uma despesa de R\$175.753.548,43 (BRASIL, 2018).

Especificamente, no mesmo período, o município de Cachoeiro de Itapemirim (CI) registrou 1.606 trabalhadores afastados do trabalho, totalizando uma despesa de R\$15.378.215,86 (BRASIL, 2018).

A partir do entendimento do campo da Saúde do Trabalhador, acreditamos que a relação entre o adoecimento e trabalho não se restringe à identificação de um vínculo causal entre a doença e seu agente – como para a Medicina do Trabalho – e de um grupo de fatores de riscos relacionados ao ambiente de trabalho – como para a Saúde Ocupacional – mas considera também a subjetividade dos trabalhadores como um elemento determinante na relação trabalho-saúde (CASTRO, 2017, p. 28).

No terceiro capítulo, foram analisadas, as percepções que os trabalhadores têm a respeito da saúde no trabalho. Para tanto, foram estudados, um breve histórico da

construção do município de CI, um breve resumo da saúde no município, bem como apresentar um breve histórico sobre o surgimento da SCMCI no município de CI, além de descrever as perspectivas que os funcionários da área administrativa do hospital têm sobre a sua saúde no ambiente de trabalho. Nesse contexto, questiona-se se existem fatores de riscos que podem levar ao adoecimento e agravos dos trabalhadores da área administrativa da SCMCI?

A metodologia utilizada, trata-se de um estudo descritivo⁷ de abordagem quantitativa, a utilização dessa técnica foi mensurada a partir da elaboração de amostra da população participante, tentando entender o comportamento real dos informantes, suas próprias situações e como constroem a realidade em que atuam os trabalhadores. A pesquisa quantitativa é medida através das opiniões, atitudes e preferências como comportamentos (GOLDENBERG, 2004). Também foi utilizado um roteiro fechado do questionário e que foi facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Cada questão levantada, fez parte do delineamento do objeto do estudo, permitindo ampliar e aprofundar a comunicação, o questionário contribuiu para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõe o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

⁷ Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

2 BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Neste capítulo foi realizado um breve estudo da construção da saúde no Brasil desde a descoberta pelos colonizadores portugueses até a aprovação do SUS, seus princípios e as leis estruturantes. Nesse contexto, o foco central do estudo é a trajetória do sistema de saúde passando pelos períodos: Colonial, Imperial, República e Nova República. A trajetória deste estudo, parte do entendimento das dificuldades encontradas em implantar, desenvolver e executar Políticas Públicas voltadas para saúde tendo como foco os trabalhadores.

2.1 SAÚDE NO BRASIL COLONIAL

Com a descoberta de uma nova terra chamada Brasil, em 1500, os colonizadores, em especial os portugueses, perceberam que essas terras eram grandiosas e o objetivo era explorar todas as riquezas do território, porém, isso não era tão simples, devido a vários obstáculos que encontraram em especial com relação à saúde e às doenças que surgiram (BRASIL, 2011).

Segundo Filho (1998, p. 5) “Os conflitos com os indígenas, as dificuldades materiais da vida na região e, sobretudo, as múltiplas e frequentes enfermidades eram os principais obstáculos para o estabelecimento dos colonizadores”.

Para Oliveira (2012), as doenças típicas do continente tropical, como a malária, juntamente com as trazidas pelos europeus, como varíola, peste bubônica e cólera, além das doenças que chegaram por meio de navios trazidas pelos africanos, como filariose e a febre amarela, foram as principais causas do crescimento das enfermidades.

A preocupação dos portugueses era explorar as riquezas da terra. Nesse contexto, pouco se preocupavam com áreas assistências, entre elas a saúde tanto que, nos navios, não havia serviços de assistência médica, porque as remunerações eram

baixas e o perigo que poderia aparecer afastavam os profissionais médicos (FILHO, 1998).

Por outro lado, as assistências ficavam a cargo dos índios, dos negros e dos portugueses, que possuíam alguns conhecimentos terapêuticos utilizados nos tratamentos, com o auxílio de ervas e plantas nativas das florestas, rezas, entre outras práticas. Por falta de uma assistência adequada para a saúde, essas eram as práticas implantadas para a população que adoeciam (FILHO, 1998; OLIVEIRA, 2012).

Diante do dilema sanitário, o Conselho Ultramarino português – criou ainda no século XVI os cargos de físico-mor e cirurgião-mor. Seus titulares foram incumbidos de zelar pela saúde da população sob domínio lusitano. Essas funções, no entanto, permaneceram por longos períodos sem ocupantes no Brasil. Eram raros os médicos que aceitavam transferir-se para cá, desestimulados pelos baixos salários e amedrontados com os perigos que enfrentariam (FILHO, 1998, p. 5-6).

Aqueles que possuíam condições econômicas e podiam custear a própria saúde reportavam-se aos profissionais que tinham certas habilidades e conhecimentos da medicina, como, por exemplo, a profissão do barbeiro, que era uma figura muito utilizada pelos europeus no tratamento das enfermidades. Os Jesuítas também exerciam alguns conhecimentos de medicina para o tratamento dos doentes. Basicamente, o tratamento à saúde ofertadas nos primeiros anos do período Colonial no Brasil foi precário (FILHO, 1998).

Com a divisão das Capitânicas Hereditárias⁸, em 1534, concedidas aos nobres⁹ a fim de limitar os recursos da Coroa e que pudessem explorar as terras descobertas, os nobres necessitavam de mão de obra em boas condições física, mas, preocupados com os avanços de enfermidades¹⁰, e sem nenhuma estrutura no amparo à saúde para população, em 1543, o governo traz para o Brasil as Irmandades das Santas Casas, para amparar os necessitados que contraíam doenças.

⁸ Foi a primeira divisão administrativa e territorial implantadas pelos colonizadores portugueses no Brasil.

⁹ Classe social mais elevada de uma sociedade.

¹⁰ Doenças.

A primeira Santa Casa surgiu em 1543, quando Brás Cubas fundou, em Santos, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Depois, foram criadas as santas casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Assim, a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes (PAIM, 2010, p. 26).

Ressalta-se que essas Irmandades assistiam primeiramente os capitães e os navegadores, pois a ordem da Coroa portuguesa era cuidar das elites que eram responsáveis por gerar riquezas. Os demais ficavam abandonados. Quando adquiriam uma enfermidade acabavam morrendo em casa, em locais de trabalhos, ou seja, a assistência de saúde no período Colonial foi deficitária e não obteve avanços estruturais (OLIVEIRA, 2012).

Porém, com o aumento de doenças e as condições precárias dos serviços sanitários, houve a necessidade de dar mais atenção às Políticas de Saúde. Outro fator que contribuiu com o aumento de doenças foi a vinda da família Real portuguesa para o Brasil, em 1808, pois a ideia era explorar, cada vez mais, as riquezas, principalmente, dos produtos da agricultura, porém, isso fez aumentar a circulação de pessoas.

2.2 SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DE 1808 A 1889

No início do século XIX, a economia brasileira estava voltada para atividade agrária e exportadora e seu principal produto era o café, sendo assim, a população predominante era rural (ROCHA; CESAR; RIBEIRO, 2013). Com a vinda da Família Real¹¹ de Portugal para o Brasil, no ano de 1808, aumentou-se a circulação de mercadorias e de pessoas nos portos brasileiros. Isso impactou na saúde da população, porque houve aumento das doenças, que estavam prejudicando as exportações de mercadorias, principalmente para cafeicultura, que dependia de mão de obra “trabalhador”. Com isso, algumas ações nos serviços sanitários foram realizadas (BRASIL, 2011, p. 10).

¹¹ Nome dado a uma família quando governa um País ou Estado, os comandantes são intitulados como Rei e Rainha.

A abertura dos portos, em 1808, e a intensificação da migração foram acompanhadas das primeiras epidemias no Brasil. O controle da situação exigiu o estabelecimento de reformas administrativas no setor sanitário, consolidando a atuação do Estado no que se convencionou chamar, desde o início, de saúde pública. (SILVA, 1996, p. 9).

No Brasil, devido ao crescimento de epidemia¹², foram realizados estudos voltados para área da saúde, e, com isso, foram criadas as academias médico-cirúrgicas no Rio de Janeiro, em 1813, e na Bahia, em 1815, passando a serem as primeiras faculdades de medicina surgidas no Brasil (BRASIL, 2011).

Neste período, criou-se, também, a Imperial Academia de Medicina. Essa academia funcionou como órgão consultivo do Imperador, tendo como foco a saúde pública, e era administrada pelos principais clínicos do Rio de Janeiro (SILVA, 1996; BRASIL, 2011). Em 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, regulamentada em 1850. Porém, devido às grandes proliferações de doenças que já estavam instaladas, esse movimento não foi eficaz (BRASIL, 2011).

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e a transforma em Junta Central de Higiene Pública (BRASIL, 2011, p. 10-11).

Entretanto, diante de várias tentativas dos médicos que cuidavam da corte Imperial, mesmo sem saber como lidar com a situação, e a fim de evitar que as doenças continuassem a expandir, foi realizada uma reforma para Saúde Pública (SP). O Império criou a Inspetoria Geral de Higiene, que trabalhou com medidas voltadas para o ambiente escolar, para o trabalho das fábricas com adolescentes e para a proteção de crianças (FILHO, 1998).

Nesse sentido, o período imperial no Brasil foi sem avanços e soluções para saúde pública. Muitas tentativas foram feitas, mas sem resolutividade. Além disso, as medidas tomadas para os serviços de saúde sanitários de nada adiantaram e a

¹² Manifestação coletiva de uma doença que rapidamente se espalha, por contágio direto ou indireto, até atingir muitas pessoas em um determinado território e que depois se extingue após um período.

população continuava desamparada, labutando¹³ contra as doenças e acabava morrendo (MATTA; PONTES, 2007).

Para os autores Filho, (1998), Matta e Pontes, (2007) e Brasil (2011), o período Imperial no Brasil encerrou-se sem solução para SP, pois as proliferações de doenças estavam instaladas, afastando os comerciantes dos portos brasileiros. Com isso, o País passou a ser visto como insalubre por causa dos descasos com os serviços médicos, principalmente para população, incluindo trabalhador, e, também, devido aos interesses de cunho político, econômico e pessoal sempre serem mais importantes, esquecendo-se da necessidade da população, por serviços de saúde.

2.3 A SAÚDE NO INÍCIO DA REPÚBLICA

Com a Proclamação da República, em 1889, a ideia era fazer com que o Brasil prosperasse, uma vez que a economia era considerada atrasada. Com o avanço do capital econômico, era preciso reposicionar os trabalhadores, porque os setores necessitavam de mão de obra para produzir e gerar riquezas, porém, o sistema de saúde continuava precário (BRASIL, 2011). Além disso, não havia nenhum programa de Política Pública de Saúde voltada para os trabalhadores, herança vinda do Brasil Colonial e Imperial que não se preparou para lidar com tais mudanças que o mercado mundial exigia. Conforme a leitura de Rocha, Cesar e Ribeiro (2013, p. 4) “As prioridades eram a política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou o controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação”.

Em 1896, é criada a Diretoria Geral de Saúde Pública através da Lei nº 429, de 10 de dezembro de 1896, regulamentada pelo Decreto nº 2.458, de 10 de fevereiro de 1897 (BRASIL, 1897).

Segundo Matta e Pontes (2007), através do Decreto nº 2.458/1897, foi possível esboçar ações voltadas para saúde da população. Nesse período, foram criados: o

¹³ Trabalho árduo com enorme dificuldade.

Instituto Pasteur e o Instituto Soroterápico Federal, que, mais adiante, tornou-se o Instituto Oswaldo Cruz e Fundação Oswaldo Cruz. Para Martins (2005), esses Institutos foram criados para discutir e gerar conhecimento para a área da saúde, um passo importante para lidar e tentar controlar as proliferações de doenças.

Então, iniciaram-se, no Brasil, alguns conjuntos de ações de Políticas Públicas de Saúde que tiveram a participação expressiva do médico sanitarista Oswaldo Cruz (MARTINS, 2005).

No século XX, inicia-se, no Brasil, uma nova fase voltada para o sistema de saúde. Várias ações e reformas foram postas em prática. Vários institutos, movimentos e programas criados foram importantes, outros nem tanto, pois a ideia era implantar um sistema de saúde que pudesse dar assistência a toda a população brasileira (MATTA; PONTES, 2007; BRASIL, 2011).

No ano de 1904, Oswaldo Cruz aplicou um método chamado de código sanitário¹⁴. O objetivo era combater as epidemias. Mas esse método não foi muito aceito pela população, pois foi imposto de forma autoritária. A ideia era “punir” os doentes através de uma quarentena. Os que podiam custear e tratar procuravam assistência médica privada¹⁵, mas quem dependia do governo ficavam aguardando assistência dos serviços públicos, abrigos, entre outros. O fato acabou provocando revolta na população. Essa revolta ficou conhecida como Revolta da Vacina¹⁶, no Rio de Janeiro (FILHO, 1998; ROCHA; CESAR; RIBEIRO, 2013).

Apesar do método não ter sido muito aceito, houve avanços, pois algumas doenças foram erradicadas¹⁷ e controladas. Com esses avanços, de 1910 a 1920, Oswaldo Cruz iniciou a segunda etapa do processo sanitário. Passou a visitar o campo rural e,

¹⁴ “[...] que estabelece normas e define as competências no que se refere à Vigilância Sanitária Municipal (VISA) e as Taxas de Serviços” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JERÔNIMO, 2018, p. 1).

¹⁵ Prestação de serviços médicos, cuja forma de pagamento pelo usuário ou paciente é através de convênios, seguros ou particulares.

¹⁶ A Revolta da Vacina aconteceu no Rio de Janeiro, quando ainda era capital do Brasil, no ano de novembro de 1904. O povo insatisfeito protestou contra a Lei da Vacinação que obrigava toda a população que não havia tomada a vacina, a vacinar e também contra os serviços públicos prestados. A anti-varíola foi à vacina responsável por essa revolta.

¹⁷ São doenças que há muitos anos não contaminam a população, e que é controlada através de vacinas, entre outras ações.

com isso, combater as epidemias que havia. Montou uma expedição para viajar pelo país com auxílio de médicos, passou a conhecer, a identificar e implantar Políticas de Saúde para conter as epidemias causadas pelas doenças (MATTA; PONTES, 2007).

Entretanto, para controlar as doenças, o Brasil adotou uma política mais exigente na exportação de produtos. Passou a ser mais rigoroso no controle sanitário, principalmente com os navios que circulavam nos portos, devido às condições de higiene e sanitária serem péssimas, e, com isso, podiam fazer com que doenças que estavam erradicadas voltassem, mas ainda não era o suficiente (ROCHA; CESAR; RIBEIRO, 2013; MATTA; PONTES, 2007).

Ressalta-se que, mesmo com alguns descontentamentos por parte de movimentos, Oswaldo Cruz conseguiu grandes avanços na saúde. Isso possibilitou que o seu sucessor pudesse continuar com ações para o campo da SP.

Nesse sentido, Carlos Chagas, que havia assumido o lugar de Oswaldo Cruz em 1923, fez outra reforma sanitária criando o Departamento Nacional de Saúde, o principal órgão Federal da área da saúde (OLIVEIRA, 2012). Mesmo assim, alguns movimentos, principalmente anarquistas¹⁸, não estavam satisfeitos, foi, então, que o chefe da polícia e Deputado Federal, Eloy Chaves, propôs em 1923, uma reforma para reestruturar as ações sanitárias.

2.4 A CRIAÇÃO DO CAIXA DE APOSENTADORIA E PENSÕES (CAPS) E O GOVERNO VARGAS

Na reforma para reestruturar as ações sanitárias feita por Eloy Chaves, foi criado o CAPS. Era um tipo de previdência social, porém, quem podia contribuir com o CAPS eram os trabalhadores das classes Ferroviárias e Marítimas (PAIM, 2010).

Desse modo, o CAPS foi de grande relevância para os trabalhadores que contribuía, pois eles passavam a ter direito à aposentadoria, pensão por morte e assistência

¹⁸ Ideologia política que se opõe a uma hierarquia ou tipo de dominação.

médica. Nota-se que a assistência à saúde estava condicionada somente a uma parte de trabalhadores, mas as grandes maiorias continuavam a serem excluídas. Um ponto importante da criação do CAPS é que estava surgindo um esboço da Previdência Social.

O seguro social surgiu em 1923 com a promulgação, pelo Presidente Artur Bernardes, da Lei nº 4.686 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves. Com esta lei ficou instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu, em um primeiro momento aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. (FINKELMAN, 2002, p. 237).

No entanto, percebe-se que, neste período, a assistência médica continuava a ser de desigualdade, pois a maioria da população era a classe trabalhadora que dependia dos programas sanitários e a política do CAPS era para o setor privado.

A Lei Eloy Chaves cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada urbanização, a lei vem apenas conferir estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Com as “caixas”, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender a demanda dos trabalhadores. Nasce nesse momento complexas relações entre os setores público e privado que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2011, p. 6).

Em 1930, Getúlio Vargas assume o governo. De acordo com Andrade, Martins e Machado (2012), o Brasil passa ser regulador direto da economia do país, como, por exemplo, do processo de industrialização, ampliando a participação do estado nas diversas esferas administrativas e, com isso, medidas que favoreceram assistência à saúde foram tomadas. “Duas mudanças institucionais marcaram a trajetória da política de saúde [...]: a criação do Ministério da Educação e Saúde e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio” (MATTA; PONTES, 2007, p. 30).

O Ministério da Educação e Saúde defendia os debates de duas políticas sociais: educação e saúde, e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio reunia proposições para saúde do trabalhador e para área da saúde.

No período do governo Vargas, a população conquistou alguns direitos sociais como a obrigatoriedade da carteira de trabalho, jornada de oito horas de trabalho e, também, se inicia política de proteção ao trabalhador. Ainda no governo de Getúlio Vargas foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPS), sendo assim, alguns benefícios, que eram concedidos somente aos trabalhadores ferroviários e marítimos, passaram a se estender a mais categorias de trabalhadores. Com a implantação do IAPS, o Instituto dos Marítimos, os das Pensões dos Comerciários e das Indústrias passaram a ficar ligados ao IAPS.

Os IAPS foram criados no Estado Novo de Getúlio Vargas. Os institutos podem ser vistos como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros. Acentua-se o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2011, p. 6).

As ideias desses institutos eram de iniciar o sistema previdenciário, porém, era o sistema que atendia aos interesses do governo, pois nem todos os trabalhadores contribuía, logo, não tinham direito aos benefícios. Para quem podia contribuir, os benefícios eram dados, inclusive, na assistência à saúde e as desigualdades entre os trabalhadores eram visíveis (FINKELMAN, 2002).

Este tipo de *saúde pública* não tinha qualquer integração com a *medicina previdenciária* implantada nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), nem com a *saúde do trabalhador*. Separava, artificialmente, a prevenção e cura (tratamento), assistência individual e atenção coletiva, a promoção e a proteção em relação à recuperação e à reabilitação da saúde (PAIM, 2010, p. 31).

Na década de 50, aconteceram algumas mudanças influenciadoras na Saúde. Em 1953, é criado o Ministério da Saúde (MS). Também é reorganizado o Departamento Nacional de Endemias Rural, em 1956, voltado para o controle de endemias¹⁹ rurais, porém, os cidadãos brasileiros não conseguiam direito integral à saúde.

¹⁹ “A endemia não está relacionada a uma questão quantitativa. É uma doença que se manifesta com frequência e somente em determinada região, de causa local” (TELESSAUDE, 2020, p. 2).

Por outro lado, as cidades iam se desenvolvendo, fazendo com que a economia do país aumentasse. Isso era bom, pois gerava recurso para o sistema previdenciário e para saúde, o que possibilitou o crescimento das indústrias na área de medicamentos, equipamentos, nos postos de trabalho para os hospitais, fazendo com que aparecesse uma nova categoria, a classe médica-empresarial²⁰. No dizer de (MATTA; PONTES, 2007, p. 40) “Estava constituída a base de expansão do sistema de saúde e para consolidação de um complexo produtivo [...]”.

Nesse contexto, mesmo que estava longe de um sistema abrangente de saúde, houve grandes avanços no processo para construção da SP, no Brasil, com a criação do CAPS e administração no governo de Getúlio Vargas.

2.5 A SAÚDE NO REGIME MILITAR 1964-1984

Em 1964, começa uma nova fase no governo do Brasil, é o período do Regime Militar (1964-1985). Nesse período, foi observado que o sistema de saúde não avançou muito principalmente para classe trabalhadora e com menor poder aquisitivo, pois, com o crescimento da classe médica-empresas, o governo autoritário deslocou os serviços médicos para o setor privado. (BRASIL, 2011, p.16) “A saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia”.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, com isso, o IAPS unificou-se ao INPS e passou a ampliar benefícios e assistência médico-hospitalares, incluindo os trabalhadores da rede privada, dos setores público e urbano, no qual passou a ser regido pela Consolidação das Leis.

Resultou da unificação dos IAPS, no contexto do regime autoritário de 1964, vencendo as resistências a tal unificação por parte das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos. O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2011, p. 7).

²⁰ Empresas surgidas para administra instituições de caráter particular surgiram em meado da década de 1950.

No entanto, no ano 1970, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e profissionais autônomos passaram a serem incluídos como novas categorias profissionais, passando a ter acesso a alguns benefícios. No contexto na década de 1970, precisou-se fazer reformas para organizar o sistema, bem como prestar assistência à saúde da população brasileira (OLIVEIRA, 2012).

Mesmo com aumento de benefício para os trabalhadores, a saúde pública continuava precária, porque como alguns trabalhadores não tinham acesso à assistência, não se média de forma ampla como estavam às condições de saúde. Quando esses trabalhadores foram incluídos, percebe-se a falta de política pública que impacta na pobreza da população, na falta de saneamento e na habitação que existia, pois sem assistência de saúde, a população é cuidada de forma precária, e, quando alguém adquiria enfermidade, adoecia e, em muitos casos, ia a óbito (SCOREL, 2008).

Mesmo com criação de alguns programas, o cenário no governo militar não era satisfatório, pois surgiam crises políticas. Para continuarem no governo, os militares criaram uma estratégia: implantaram o II Plano Nacional de Desenvolvimento. A meta desse plano era integrar as políticas estatais. Isso foi importante, porque houve expansão dos movimentos sociais, principalmente voltados para a saúde, para a educação e para a infraestrutura (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, a saúde ganhou notoriedade²¹ e grandes movimentos se fortaleceram (SCOREL, 2008). A situação começou a ser exposta através de estudos com apoio de várias instituições como a Fundação Oswaldo Cruz, Universidade de São Paulo, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, entre outras (MATTA; PONTES, 2007; BRAVO, 2009). Com a participação dessas instituições, o movimento sanitário planejava mudar o cenário de exclusão da maioria da população na assistência à saúde que foi implantada pelo INPS, em conjunto com as esferas dos governos Federal, Estadual e Municipal. Com isso, o movimento sanitário solicitou uma reestruturação para assistência à saúde (BRASIL, 2002; BRAVO, 2009).

²¹ Qualidade, estado ou condição de quem ou do que é notório; condição de quem ou do que é de conhecimento público.

Considerando que, dentro de uma política social, o trabalhador tinha direito, diante de várias pressões o movimento sanitário conseguiu mudanças devido às reivindicações populares por uma reforma na Política de Saúde. Em 1974, o governo criou o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social para investir no setor hospitalar, mas a maioria dos investimentos foram para o setor privado.

Na década de setenta, as pressões por reforma política de saúde possibilitaram transformações concretas. Em 1974, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que distribuiu recursos para investimento na expansão do setor hospitalar (sendo 79,5% destinados para o setor privado e apenas 20,5% para o setor público). (OLIVEIRA, 2012, p. 78).

Para Souza (2002), percebe-se que, com a criação desse fundo, as instituições públicas²² e filantrópicas²³ não recebiam um recurso que pudesse dar assistência à saúde igualitária para todos.

Para controlar a assistência à saúde, em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a coordenar todos os programas voltados para saúde e assistência médica da Previdência Social.

A fim de buscar soluções, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS). O propósito era reformular a Política de Saúde e formular o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. Esse programa era a extensão do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, desenvolvido em meados da década de 1970 (MATTA; PONTES, 2007).

²² São instituições mantidas pelos governos seja nas esferas Federal, Estadual, Distrital e Municipal, e não podem cobrar pelos serviços.

²³ Trata-se, também, de uma sociedade sem fins lucrativos (associação ou fundação), criada com o propósito de produzir o bem, tais como: assistir à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice, promovendo ainda a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e integração ao mercado do trabalho. Para ser reconhecida como filantrópica pelos órgãos públicos, a entidade precisa comprovar ter desenvolvido, no mínimo pelo período de três anos, atividades em prol aos mais desprovidos, sem distribuir lucros e sem remunerar seus dirigentes. Os títulos que terá de conquistar para ser reconhecida como filantrópica pelos órgãos governamentais é necessário adquirir: Declaração de Utilidade Pública (federal, estadual ou municipal) e o de Entidade Beneficente de Assistência Social, adquirido no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (FILANTROPIAONG, 2019, p. 1)

Na concepção de Carvalho (2013), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamentos foi um programa estruturado para saúde básica e coletiva, implantado no Nordeste para pequenas populações, e que havia a possibilidade de ser eficaz, porém, a falta de investimentos dos governos militares não deu sequência ao programa.

Em 1981, foi criado um grupo de trabalho com a atuação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Esse grupo passou a estudar e buscar resposta da crise previdenciária. Na avaliação, o CONASP identificou alguns percalços que fortaleciam a crise (POLIGNANO, 2006). Para Matta e Pontes (2007, p. 47), “O diagnóstico apontava para uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, indutora de fraude e de desvio de recursos [...]”. Isso possibilitou que os movimentos ganhassem visibilidade para debater a construção de uma assistência de saúde.

Através desses resultados, o CONASP elaborou uma proposta que pudesse agregar resultados através de alguns programas: Programas das Ações Integradas de Saúde (PAIS), Programação e Orçamento Integrada (POI), Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médica-Hospitalar da Previdência Social (SAMPHS).

Segundo Polignano (2006) o órgão PAIS, posteriormente, passou a denominar Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, e foi considerado um programa muito importante, pois, através dele, deu-se início à criação de um sistema unificado para universalização do direito à saúde, buscando um fortalecimento entre o MS, INANPS e as Secretarias Estaduais, passando a se chamar de Gestão Tripartite²⁴.

²⁴ Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS (RENAST, 2004, p. 2).

Para controlar os pagamentos com os custos hospitalares para o setor privado, através do SAMPHS criou-se a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que passou a ser implantada para controlar a realização de procedimentos médicos feitos nos hospitais. Com esse processo, os órgãos controladores passaram a ter as informações da população que necessitavam dos serviços de saúde. Com as saídas dos governos militares do poder, houve a retomada de programas que haviam sido excluídos como, por exemplo, o POI e AIS.

Outro fator importante foi a volta dos movimentos sanitaristas²⁵, que começaram a participar da Política Pública de Saúde no governo, inclusive assumindo cargo de gerência (MATTA: PONTES, 2007).

2.6 CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS E AS SUAS PRINCIPAIS LEIS ESTRUTURANTES

Em março de 1986, foi realizada, em Brasília, a VIII CNS fator importante para criação do SUS. Participaram da conferência a sociedade organizada, composta por governos, gestores, usuários, entre outros. Esse foi um marco, pois, pela primeira vez, participavam da conferência todos os interessados em debater Política Pública de Saúde para todos os brasileiros (BRASIL, 1986). Ainda para (OLIVEIRA; COUTO, 2019) “Entre as propostas descentralizadoras estava o direcionamento das ações em atenção básica à saúde para os níveis estadual, e sobretudo, municipal.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com intensa participação social, deu-se logo após o fim da ditadura militar iniciada em 1964, e consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado, atributos seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988. A VIII CNS foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, no 8.080/90 e no 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4 mil delegados, impulsionados pelo movimento da

²⁵ O movimento da Reforma Sanitarista nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcam apenas o sistema, mas todo o setor de saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (FIOCRUZ, 2020, p. 1).

Reforma Sanitária, os quais propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2011, p. 8).

Para Cruz ([s.d.]), a partir dos assuntos discutidos na conferência, foi elaborado um relatório com os resultados e as propostas que incluem: saúde como direito e cidadania, reformulação no sistema de saúde e financiamento do setor, além da reorganização do sistema de atenção, como a criação do SUS.

Entretanto, antes da criação do SUS, em 1987, foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), por iniciativa do MPAS/INAMPS. Com os SUDS, a saúde passou a ter mais autonomia, passando a descentralizar o orçamento que ficava sob o controle dos Ministros da Previdência e Saúde e da Educação tendo mais recursos econômicos para os Estados, o que conseguiu retirar do INAMPS a centralização deles, mantendo o regime de universalização de saúde (SOUZA, 2002; BRASIL, 2011; PAIM, 2010).

Nesse ano, foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. As Secretarias Estaduais de Saúde foram muito importantes nesse movimento de descentralização e aproximação com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada. Podemos localizar nos SUDS os antecedentes mais imediatos da criação do SUS (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2011, p. 9).

Nos anos de 1987 e 1988, discutia-se, na Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação de um plano único para saúde, baseado no resultado do relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Foram momentos acalorados, pois o setor privado e o setor de medicina autônoma dificultavam a aprovação. Conforme Oliveira e Couto (2019, p.78) “ Concomitantemente, a estatização da prestação de serviços foi bloqueada pelos provedores privados, que garantiram a prestação privada de serviços pelas seguradoras e planos de saúde”. Entretanto, mesmo os muitos interesses pessoais não foram suficientes para atrapalhar a aprovação. E, assim, é aprovado, em 1988, um novo sistema de assistência à saúde para o Brasil, chamado de SUS.

“O movimento sanitário conseguiu manter no texto constitucional vários princípios aprovados na 8a Conferência Nacional de Saúde” (OLIVEIRA; COUTO, p. 78).

Nesse sentido, iniciava-se uma nova fase na assistência à saúde no Brasil, nos princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Federal de 1988, em que todos os cidadãos brasileiros passaram a ter direito à saúde, cabendo, ao poder público, a obrigação de garantir essa assistência (BRASIL, 2014).

Assim, podemos verificar que começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica²⁶ da Saúde), que instituiu o SUS. Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitário”, no contexto da democratização do país (SOUZA, 2002, p. 13).

Diante dessa afirmação, os cidadãos brasileiros passaram a ter garantias dos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Entretanto, esse sistema surgiu para organizar os serviços de saúde no Brasil. Segundo Paim (2018, p. 1724) “Inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas”.

2.7 OS PRINCÍPIOS DO SUS

²⁶ “[...] a lei orgânica é uma forma de regular a autonomia de cada esfera de governo: Federal, Estadual, Distrital e Municipal e, através dela, podemos mais facilmente alterar uma lei que nos afeta diretamente, desde que seja de interesse público dos moradores da cidade” (POLITIZE, 2018, p. 5).

Os princípios dos SUS estão baseados na Universalização²⁷, Equidade²⁸ e Integralidade²⁹. Seus princípios organizativos se constroem em Regionalizações e Hierarquização³⁰, Descentralização³¹ e Comando Único e Participação Popular³².

2.7.1 Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990

Segundo informações cedidas em Brasil (1990 a.), foi implantada, em 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.

Foi a primeira Lei Orgânica do SUS e detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de todas as esferas União, Estados e Municípios; a participação complementar do sistema privado, recursos humanos, financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento (BRASIL, 1990 a). Nesse sentido, a Lei 8.080 completa dizendo que não é somente através de ações preventivas à saúde, mas o conjunto de políticas públicas deve ser complementado para uma boa assistência (BRASIL, 1990 a.).

²⁷ **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

²⁸ **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 2020, p. 2).

²⁹ **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2020, p. 2).

³⁰ **Regionalização e Hierarquização:** A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região (BRASIL, 2020, p. 2).

³¹ **Descentralização e Comando único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade (BRASIL, 2020, p. 2).

³² **Participação Popular:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (BRASIL, 2020, p. 2).

O artigo um da Lei Orgânica 8.080/1990 enfatiza que “O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei 8.080, contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas” (BRASIL, 1990 a, p. 1). Finalmente estava criado o arcabouço legal do SUS, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários.

Art. 3 - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990 a., p. 1).

A lei 8.080/90 foi uma conquista social. As ações implementadas devem ser desenvolvidas pelo Estado brasileiro, sendo de competência do SUS (PAIM, 1992; BRASIL, 2011; COSTA et al., 2013). Todavia, essa Lei sofreu muitos vetos do poder Executivo Federal, que acabou atingindo pontos fundamentais, como os Conselhos e as Conferências de Saúde. Mediante os vetos, a sociedade civil organizada reagiu e foi elaborada outra Lei Orgânica de n.º 8.142/1990, “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e de outras providências” (BRASIL, 1990, p. 1).

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. § 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde. § 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. § 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho (BRASIL, 1990, p. 1).

Além da criação desses dois conselhos, o CONASS e o CONASEMS, o sistema de saúde passou a contar com apoio de duas instâncias colegiadas, e que têm um papel fundamental no controle e fiscalização do SUS, a Conferência de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

A Conferência de Saúde é realizada de quatro em quatro anos e tem o objetivo de avaliar a situação da saúde, além de propor diretrizes para as Políticas Públicas de Saúde e é convocado pelo poder executivo. O Conselho Nacional de Saúde é composto pelo representante do governo, prestador de serviço, trabalhador da saúde e usuários. Atua no controle e execução da política da saúde, inclusive fiscalizando os recursos financeiros destinados.

O controle democrático desses mecanismos através do Conselho de Saúde, mesmo nos limites da Lei 8142/90, teria a possibilidade de corrigir distorções administrativas e manipulações políticas eventualmente produzidas, bem como de aperfeiçoar o funcionamento do sistema. De qualquer modo, estaria assegurado o repasse automático de recursos aos municípios nos termos e valores pactuados durante a negociação do plano de saúde, da programação-orçamentação de saúde (PROS), ou outros instrumentos equivalentes. (PAIM, 1992, p. 37).

Com a criação do SUS e os atos da Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90, começa-se a construir os objetivos e atribuições desse sistema. Entre esses objetivos podemos destacar algumas assistências, como, por exemplo, a vigilância sanitária³³, a vigilância epidemiológica³⁴, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica³⁵ integral, inclusive farmacêutica.

As especificidades da área da saúde no Brasil fazem com que o debate relativo à função, ao vínculo, aos resultados e às finalidades da implantação de toda e qualquer ação seja efetivado com base nos princípios e diretrizes

³³ A vigilância epidemiológica reconhece as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos. Além disso, age no controle dessas doenças específicas (FIOCRUZ, 2020, p. 1).

³⁴ As ações de vigilância sanitária dirigem-se, geralmente, ao controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos. Realizam também a fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais, e ainda inspecionam os processos produtivos que podem pôr em riscos e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente (FIOCRUZ, 2020, p. 1).

³⁵ A assistência terapêutica integral consiste na dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado.

do SUS, com ênfase na universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular, que devem ser discutidos e incorporados na formulação de políticas dessa natureza (BRASIL, 2017, p. 2).

As assistências de saúde são de extrema importância, pois vêm trabalhar as necessidades básicas de que a população brasileira necessita, a fim de eliminar ou prevenir possíveis danos para saúde de todos os cidadãos brasileiros.

Todavia, mesmo com a criação das leis 8.080/90 e 8.142/90, existiam percalços que impediam que o sistema de saúde funcionasse no atendimento de forma geral (BRASIL, 2011).

[...] as leis 8080/90 e 8142/90, assim como o decreto 99.438/90, apesar dos avanços reconhecidos, não deixam de refletir certa fragilidade política das forças que apostavam na democratização da saúde e, simultaneamente, mostram o impacto do "lobby" dos empresários e sua articulação com o "Centrão" e seus seguidores, no Congresso e no Executivo [...] (PAIM, 1992, p. 32).

Nesta perspectiva, o SUS ainda precisa percorrer longo caminho em busca de desenvolvimento de ações abrangentes e integrais de saúde, principalmente voltado para Saúde do Trabalhador e para sociedade de forma geral.

2.7.2 Decreto n.º 7.508/2011

O Decreto³⁶ n.º 7.508 de 28 de junho de 2011, vem regulamentar a Lei 8.080/90. Apesar de ter que esperar por 21 anos, esse decreto foi importante, pois vários municípios não estavam cumprindo o pacto que foram feitos, sendo assim, houve a necessidade deste decreto, pois passou a regularizar a estrutura organizativa do SUS, para promover contínua melhoria na gestão (BRASIL, 2011; OLIVEIRA; COUTO, 2019).

A regulamentação contribuirá, também, para maior esclarecimento do Ministério Público e do Poder Judiciário a respeito das responsabilidades dos

³⁶ Decreto é uma ordem emanada de uma autoridade superior ou órgão (civil, militar, leigo ou eclesiástico) que determina o cumprimento de uma resolução (UFSC, 2012, p. 1).

entes federativos nas redes de atenção à saúde, uma vez que não tem sido muito clara essa divisão de competências e atribuições. Não se pode perder de vista que o SUS é um sistema único num país de grandes diferenças demográficas³⁷ e sócio-econômicas. Por isso é importante ter clareza dos papéis dos entes federativos nas regiões e redes de saúde onde o direito à saúde se efetiva. O SUS é um sistema interfederativo por natureza (SANTOS, 2011, p. 1).

Outro fator importante para criação do decreto n.º 7.508/2011 é que passam ser definidas as responsabilidades e as atribuições do direito à saúde da população nos serviços de assistências. Também passa a definir as melhores estratégias dentro desse sistema (BRASIL, 2011).

O decreto organiza as relações interfederativas, mediante a consagração dos colegiados interfederativos tripartite, bipartite³⁸ e regional, nos quais as decisões são consensuais em razão do compartilhamento da gestão e define, ainda, as portas de entrada do sistema de saúde, dispendo sobre a hierarquização da complexidade dos seus serviços, a integralidade da assistência, a assistência farmacêutica, metas de desempenho e sua avaliação mediante indicadores de saúde (SANTOS, 2011, p. 1).

Nesse sentido, o decreto foi instituído com o propósito de garantir os serviços assistenciais de saúde, através da atenção primária³⁹, em que vai garantir a acessibilidade⁴⁰ para os que precisam ter acesso à saúde de forma integral e igualitária.

As cláusulas e condições deste CONTRATO têm por objeto a organização, o financiamento e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos na região XXXX, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde dos usuários através da rede de atenção à saúde para conformar o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011, p. 8).

³⁷ Estudos que se propõe em estudar o comportamento, as transformações da população em geral.

³⁸ Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de Saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os Cosems são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços. As CIBs foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e instaladas em todos os estados do País (RENAST, 2004, p. 2).

³⁹ É conjunto de iniciativas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde para cuidar da população no ambiente em que vive

⁴⁰ Acessibilidade é um conjunto de medidas voltadas a garantir que haja a possibilidade de acesso para pessoas que possuam necessidades especiais.

Outros documentos implantados foram importantes também, tendo grande participação na promoção, prevenção e recuperação da saúde, os quais passaram a regularizar as ações dos serviços de saúde em todo território brasileiro, como, por exemplo; as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), pois essas normas auxiliaram no aprofundamento e implementação do SUS e normatizaram as relações dos gestores em todo sistema de governo. As Emendas Constitucionais n.º 29, n.º 51 e n.º 63, contribuíram para modificar, em partes, a Constituição do País para se adapta e permanece atualizado diante de relevantes mudanças sociais. Os Pactos de Saúde auxiliaram na construção e inovação de modelo assistencial de saúde (BRASIL, 2011).

Esses documentos foram e são importantes para a estruturação e a organização do SUS. Vale ressaltar que o SUS é considerado um dos melhores planos públicos voltados para assistência de saúde no mundo.

3 SAÚDE DO TRABALHADOR

Este capítulo apresenta uma visão geral a Saúde do Trabalhador (ST), pois dependendo da forma que o trabalho é introduzido gera, uma exploração para o trabalhador, também realizar-se um breve resumo sobre, a participação da Revolução Industrial na vida do trabalhador, bem como a relação da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), além de apresentar algumas legislações que foram criadas para proteger o trabalhador no ambiente de trabalho.

3.1 TRABALHADOR E SUA EXPLORAÇÃO

O trabalho é movido pela grande parte da sociedade, que podemos chamar de classe trabalhadora, proletariado, operário, entre outros. Essas relações de trabalho têm provocado mudanças no modo de produção das indústrias e que gera uma exploração sobre o capital humano, essa exploração pode estar associada a diversos fatores, mas o principal é a busca de riqueza e aumento do capital (COSTANZI, 2005).

As relações de trabalho são caracterizadas por diferentes estágios de incorporação tecnológica, diferentes formas de organização e gestão, relações e formas de contrato de trabalho, que reflete diretamente no trabalhador (MANDEL, 1982). Essa diversidade de situações de trabalho, vivenciada pelo trabalhador tem se acentuada em decorrências das conjunturas políticas e econômicas do mundo capitalista e globalizado.

Montaño e Duriguetto (2011) descrevem que o Estado, para desenvolver precisa da sociedade que produz a riqueza, essa riqueza é movida pelo modo de produção capitalista e pelo aumento constante do capital.

Para (WOOLF, 2014), o Estado necessita da classe burguesa – classe social surgida na Europa, com o desenvolvimento dos burgos medievais e o influxo do comércio na

sociedade feudal⁴¹, e que principia a gozar, com o seu enriquecimento, de crescente liberdade e poder, passando a dominar sociopolítica e economicamente as outras classes, ou seja, “os ricos” – e da classe subalterna ou trabalhadora que passa por diferentes fases de desenvolvimentos, pois a sua luta contra burguesia começa com sua própria existência, o que chamamos de os mais “pobres”.

Marx e Engels (2007, p. 48), descrevem que “A sociedade se divide cada vez mais em dois grandes campos inimigos, em duas grandes classes que diametralmente opostas: a burguesia e o proletariado”.

Todavia, essas duas classes tomam rumos diferentes, pois uma domina e a outra é dominada, podemos perceber que a classe dominada composta pelos trabalhadores são as mais prejudicadas, pois o trabalhador necessita de vender a sua força de trabalho para sobreviver, além de viver em situação de exploração sobre o comando da burguesia (SIMIONATTO, 2009; ANTUNES, 2009).

“ De fato, a força de trabalho (vale dizer a capacidade dos homens operarem os meios de produção) é a mais preciosa das forças produtivas afinal, são “ os homens que através do acumulo de gerações, aperfeiçoam e inventam instrumentos de trabalho, descobrem novos objetos de trabalho, adquirem habilidades e conhecimentos (NETTO; BRAZ, 2012, p. 70)”.

Neste contexto, podemos afirmar que, o capital para desenvolver oprime a classe trabalhadora através da administração do Estado e com o gerenciamento da classe burguesa que desempenhou um papel revolucionário no campo econômico (Marx e Engels, 2007).

O mundo do trabalho capitalista moderno hostiliza diretamente esses trabalhadores, em geral herdeiros de uma “cultura fordista⁴²”, de uma especialização que, por sua unilateralidade, contrasta com o operário polivalente e multifuncional (muitas vezes no sentido ideológico do termo) requerido pela era toyotista⁴³. Paralelamente a esta exclusão, há uma

⁴¹ Organização social composta pelo Clero, Nobreza e os Servos, entre os séculos X e XV, na Europa,

⁴² “O objetivo do empresário Henry Ford era criar um método que reduzisse ao máximo os custos de produção da sua fábrica de automóveis, conseqüentemente barateando os veículos para a venda, atingindo um maior número de consumidores” (SIGNIFICADO,2019, p. 1).

⁴³ “O chamado **Toyotismo** foi o modelo de configuração da produção industrial que predominou sobre o fordismo e o taylorismo a partir das décadas de 1970 e 1980, quando surgiu uma crescente demanda

inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho, não só nos países asiáticos, latino-americanos, mas também em vários países do centro (ANTUNES, 2009, p. 112).

Ressalta-se que, a classe do trabalhador na sua maioria não conhece a sua formação, historicamente a classe burguesa impôs um domínio ideológico sobre a classe trabalhadora e com isso detém um domínio na sua vida social, no campo econômico com acumulação do capital e exploração do trabalho, no campo político no qual garante e legitima os seus interesses ou agindo coercitivamente na conduta da vida humana. Observa-se que, o trabalhador não percebe que está sendo explorado, para ele é um estado inevitável (MANDELL, 1982).

Para Antunes (2009), a exploração do trabalho e o capital atingem todo os setores de forma nacional oprimindo cada vez mais a classe trabalhadora:

Assim como o capital é um sistema global, o mundo do trabalho e seus desafios são também cada vez mais transnacionais, embora a internacionalização da cadeia produtiva não tenha, até o presente, gerado uma resposta internacional por parte da classe trabalhadora, que ainda se mantém predominantemente em sua estruturação nacional, o que é um limite enorme para a ação dos trabalhadores. Com a reconfiguração, tanto do espaço quanto do tempo de produção, dada pelo sistema global do capital [...] (ANTUNES, 2009, p. 115).

Todavia, Gramsci ver a importância de uma mudança na sociedade, a fim de que, a classe trabalhadora desenvolva o senso comum, e uma consciência e visão de mundo, para lutar pelos seus direitos dentro do processo de trabalho (SIMIONATTO, 2009).

Ressalta-se ainda que, o processo de trabalho foi concebido originalmente para interpretar o trabalho industrial, demandando esforço para que se construam outras categorias explicativas complementares de modo a alcançar a diversidade do amplo e complexo universo do trabalho (ANTUNES, 2009).

de produtos mais personalizados, tecnológicos, com melhor qualidade e performance no mercado de consumo” (SIGNIFICADO, 2019, p. 3).

Para (NETTO; BRAZ, 2012, p.69), “O surgimento excedente econômico que assinala o aumento da produtividade do trabalho, opera em uma verdadeira revolução na vida das comunidades [...]”.

Percebe-se que, ao longo dos anos os trabalhadores vêm sofrendo com a exploração no trabalho pelos baixos salários, pelas condições de trabalho desumanas, pelas altas jornadas de trabalho e pelas leis que muitas das vezes não são cumpridas, a fim de, atender o sistema econômico, político e social, que o Estado impõe, e se houver algum tipo de movimento contra o Estado usam as suas forças como forma de repressão (MANDEL, 1982).

Para Marx e Engels (2007), os trabalhadores são as classes que simplesmente trabalham para manter a sua sobrevivência, pois, a classe dominadora passou a suprimir os meios de produção, da propriedade e da população, a fim de atender o modo de produção capitalista que o mercado mundial exige de um sistema capitalista e que impera nos dias atuais.

3.2 PROCESSO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A ST é um tema muito relevante, porém muito amplo, pelo fato de abordar diversos assuntos de interesse de trabalhadores. Para Souza et al., (2017, p. 256) “a concepção de saúde, na perspectiva do campo da ST, apresenta uma construção teórica própria e original na área da saúde coletiva”.

[...] as ações individuais, de assistência [...], com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores [...] (BRASIL, 2012, p. 2).

Ainda no dizer de Souza et al., (2017), é preciso discutir a ação metabólica⁴⁴ que interage com a saúde, o trabalho e o ambiente, levando em conta a posição do

⁴⁴ Conjunto de reações ou transformações que as substâncias químicas sofrem no interior dos organismos vivos.

trabalho e as barreiras que os trabalhadores associam através da saúde no campo de atuação.

A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS (BRASIL, 2001, p.17).

Nesse contexto, é importante avaliar como as políticas têm representado os trabalhadores e trabalhadoras, tendo em vista que é preciso ter boas condições e estruturas no ambiente do trabalho, pois, para que as tarefas sejam bem executadas, os trabalhadores necessitam de estar em bom estado físico e mental no meio da sociedade, além de gozar de uma qualidade de vida e bem-estar no seu dia a dia.

Contudo, no intuito de aumentar a lucratividade das empresas, muitos empresários, diretores e gestores buscam ampliar seu patrimônio diminuindo seus custos com os recursos humanos, fato que muitas vezes se torna maléfico para o trabalhador, podendo ser caracterizado como exploração do profissional. Para Krein (2013), a péssima condição de trabalho, redução de custos, falta de classes sindicais mais atuantes e falta de Políticas Públicas voltadas para o trabalhador podem contribuir para o adoecimento.

Segundo Santos-Filhos e Barros (2001, p. 14), “Essa possibilidade de exploração ocorre pela diminuição do poder do trabalhador [...]. Concentração de poder no proprietário, no diretor, em empresas que exploram o trabalho [...]”. As condições de trabalho impostas pelos donos de empresas são preocupantes, pois podem se tornar desfavorável a ST.

No campo temático, o trabalhador é um cidadão que cumpre suas atividades de trabalho, seja de maneira formal (carteira assinada) ou informal (autônoma). São processos que deixam características do atual processo de globalização financeira, ou seja, o capital acima de tudo (KREIN, 2013).

A população tem se preocupado com os diversos problemas que estão acarretando danos à saúde.

No Brasil, o sistema público de saúde vem atendendo os trabalhadores ao longo de toda sua existência. Porém, uma prática diferenciada do setor, que considere os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença, surgiu apenas no decorrer dos anos 80, passando a ser ação do Sistema Único de Saúde quando a Constituição Brasileira de 1988, na seção que regula o Direito à saúde [...] (BRASIL, 2002, p. 12).

Para Silveira (2009), o trabalho é um grande processo transformador na vida do ser humano, pois, através do trabalho, é possível que o indivíduo circule no meio da sociedade, através de uma autoestima elevada e autoconfiança, pois o fato de poder cumprir com seus compromissos em várias esferas sociais e econômicas possibilita o processo de bem-estar.

Na nossa sociedade, o trabalho é importante não apenas como fonte de renda que permite aos trabalhadores e suas famílias acesso ao consumo de bens e serviços, mas, também, como fonte de reconhecimento e de honra. O trabalho marca profundamente a identidade dos indivíduos, que frequentemente são reconhecidos pela profissão ou ofício que exercem ou exerceram. Assim, somos identificados como o padeiro, o professor, o enfermeiro, a costureira, etc. A condição de trabalhador muitas vezes acompanha-se de adjetivos tais como honesto, digno, batalhador. Portanto, o trabalho constitui fonte de realizações, gratificações pessoais e reconhecimento pela coletividade. No trabalho ou por meio dele os indivíduos interagem, estabelecem relações de camaradagem, amizade, cooperação, responsabilidade. Não ter trabalho comumente é fonte de sofrimento, não apenas pelo fato de excluir os indivíduos do universo do consumo, mas por afastá-los de uma fonte de dignidade e respeito valorizada em nossa sociedade. Isso por si só justifica várias situações de adoecimento, relacionadas, ou não, ao trabalho – o estresse, a depressão, a insônia, o suicídio, entre outros (SILVEIRA, 2009, p. 15).

No dizer de Castro (2017), a ST é um elemento construtor da sociedade, mas, para isso, temos que voltar um pouco ao tempo. É preciso enfatizar que, conforme o relato de Marx, para consumir é preciso produzir, para produzir é preciso de ferramentas, máquinas, entre outras. Para que isso aconteça, é preciso da mão de obra humana, nesse caso, do trabalhador.

Assim, a questão a ser destacada é que as características do capitalismo contemporâneo são desfavoráveis aos trabalhadores e à sua capacidade de

ação coletivas, que apresenta como alternativa ao trabalho e flexibilização de direitos (redução) e a diminuição da proteção social (KREIN, 2013, p. 195).

A contribuição científica que Marx traz com o desvendar dos conceitos é a consciência para compreender o processo como um todo socialmente determinado, sendo este um elemento central para o campo da Saúde do Trabalhador (CASTRO, 2017, p. 20).

Definitivamente aqui temos a atividade vital do homem, o trabalho, como o mais elementar e fundamental atributo da vida humana. No entanto, observemos que não se trata simplesmente do trabalho enquanto atividade em que se deparam, de um lado, o homem e, de outro, a natureza; não estamos nos referindo apenas ao vital e insuperável intercâmbio entre aquele e está. Tal intercâmbio não é nenhuma exclusividade de nossa espécie e, portanto, não poderia ser no metabolismo homem/natureza que encontraríamos a distinção essencial entre nós e outros animais, pois mesmo os animais têm de agir sobre a natureza, têm, de certa forma, de “trabalhar” (TEXEIRA, 2010, p. 41).

O sistema social é movido a grandes mudanças, inclusive no campo do trabalhador. Para Texeira (2010, p. 10) “A crise do trabalho é, na verdade, a expressão fenomênica de uma crise maior cuja essência reside na incapacidade do sistema social atual de reproduzir a forma de exploração do trabalho sobre a qual se assenta”.

3.3 A PARTICIPAÇÃO DA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL NO PROCESSO DE TRABALHO

A Revolução Industrial⁴⁵ foi um grande colaborador para exploração do trabalho, pois, através dela, provocaram-se grandes avanços, principalmente tecnológicos e no modo de produção capitalista, impactando no processo de trabalho.

Há, ainda, de se considerar que a Revolução Industrial é um termo que designa uma profunda mudança econômico-social, pois a partir dela, o capitalismo foi se expandindo e transformando o processo de trabalho na sociedade europeia e, depois

⁴⁵ A Revolução Industrial foi um movimento que provocou grandes transformações econômico-sociais que começou na Inglaterra no século XVIII. A Revolução Industrial foi provocada pela adoção generalizada do capitalismo, aliada à invenção de máquinas motorizadas e ao desenvolvimento do sistema fabril. (WOOLF, 2014).

mundial, a partir da segunda metade do século XVIII, e que continua até os dias de hoje (OLIVEIRA, 2004).

Tanto quanto é possível reduzir a uma forma sintética, pode-se dizer que a Revolução Industrial compreendeu: à mecanização da indústria e da agricultura; aplicação da força motriz⁴⁶ à indústria; o desenvolvimento do sistema fabril; um grande aceleração dos transportes e das comunicações; acréscimo do controle capitalista sobre todos os ramos de atividades econômicas; e, principalmente, a compra da força de mão de obra do trabalhador (TEXEIRA, 2010).

Esse processo envolveu a sociedade, que se dividiu em duas classes básicas: a burguesia detentora dos meios de produção, e o proletariado, classe assalariada que, para sobreviver, vende sua força de trabalho em busca de bem-estar e saúde.

Para Oliveira (2004), em decorrência do surgimento da Revolução Industrial, uma quantidade enorme de trabalhadores perdeu a possibilidade de trabalhar a terra, e, ao mesmo tempo, os vínculos que os ligavam aos proprietários, tornando-se, portanto, livres.

Porém, sem meios de prover sua subsistência, partiram para os centros devido à melhoria das condições de higiene e alimentação, e, com isso, proporcionaram a existência de grande quantidade de mão-de-obra barata para indústria, bem como geraram consumidores para os produtos industrializados (TEXEIRA, 2010).

Ainda para Oliveira (2004), como consequências dessa transformação ocorreu, a produção em grande escala e em série, aumentando, dessa forma, a disponibilidade de produtos industrializados. Isso se deu origem ao êxodo rural⁴⁷ e o crescimento e o surgimento da lúgubre e nevoenta⁴⁸ “cidade industrial” e, ao seu redor, favelas e cortiços.

⁴⁶ É um agente, como água ou vapor, usado para transmitir movimento. Geralmente, a potência motriz é definida como um agente natural, como água, vapor, vento, eletricidade, etc, usados para transmitir movimento para maquinário, um motor.

⁴⁷ É a transferência da população do campo, para os centros urbanos em busca de melhorias de vida.

⁴⁸ Triste, Sombrio ou Fúnebre.

Nesse contexto, houve o aparecimento de uma nova classe, o Proletariado, e suas lutas contra as condições deploráveis de vida como salários baixos, insalubridade nas fábricas e minas, duração demasiada das jornadas de trabalho, ocupação de mulheres e crianças de até cinco anos em trabalhos impróprios para elas, ausência de assistência social e saúde inadequada (MARX; ENGELS, 2017).

Neste sentido, podemos afirmar que a Revolução Industrial mudou completamente o comportamento e a estruturação social do trabalhador, que passou a vivenciar um novo momento no que se refere ao ambiente de trabalho.

3.4 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT)

O cenário em que se expressam o trabalho tem passado por muitas transformações e que podem influenciar positivamente ou negativamente o trabalhador. Essas transformações estão relacionadas às novas modalidades, acompanhadas pelos processos dinâmicos de produção, implementadas pelo capitalismo, onde o trabalhador necessita de vender sua força de trabalho para sobreviver ou pelo o modo de subalternização gerenciada pelas classes dominantes (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Considerando a conexão existente entre o modo de produção capitalista e as atividades de trabalho, parte-se do entendimento de que o trabalho é um elemento relevante e fundamental para conjuntura das relações sociais e humanas devido a configuração do mundo globalizado e explorador. O trabalho é fundamental para sociedade, pois através dele é possível que o indivíduo busque o bem-estar, definidos por vários aspectos, entre eles crescimento, satisfação pessoal, satisfação profissional, entre outros objetivos.

Os autores abaixo traduzem o trabalho como,

[...] o termo “trabalho” é usado de forma diversificada – trabalho como dispêndio de energia, como atividade física, como atividade difícil (trabalhosa), trabalho como sinônimo de emprego etc. também todos esses

usos confundem mais do que esclarecem (MONTANÕ; DURIGUETTO, 2011, p. 79).

Neste sentido, o trabalho é que proporciona a riqueza do Estado, através dessa riqueza que são alavancados o crescimento industrial e o desenvolvimento, mas esse desenvolvimento é sempre pela busca do capital (MANDEL, 1982).

Desde da configuração de classe trabalhadora é preciso conhecer as dimensões históricas e ontológicas que esses processos ocorrem, pois torna-se indispensável conhecer o mundo do trabalho na dinâmica da mundialização do capitalismo sob hegemonia financeira de forma desvelar seus sentidos, significados e alterações substantivas que atingem indistintamente a todas as classes consideradas dominadas no modo de produção capitalista (MANDEL, 1982).

Entretanto, vários estudos apontam que, para o trabalhador desempenhar bem a sua função, ele precisa ter uma boa qualidade de vida em qualquer ambiente, principalmente no trabalho. Porém, nota-se que as dificuldades do trabalhador vêm de muito tempo, e que, até hoje, ainda não foi possível melhorar as condições de trabalho na sua totalidade, e, com isso, se discute o QVT no ambiente de trabalho.

Para Ferro (2012), o tema sobre a qualidade de vida no mundo se deu por volta da década de 1950, em Londres, na Inglaterra. Foram observados que os trabalhadores apresentavam mudanças em relação ao comportamento no trabalho. Esse estudo foi um passo para tentar melhorar o processo, a fim de que os trabalhadores pudessem ficar menos sob pressão e buscar soluções que pudessem eliminar ou diminuir o desgaste do trabalhador no ambiente de trabalho, e que a saúde não fosse comprometida.

Na década de 1960, preocupado com a saúde no trabalho, foram tomadas algumas iniciativas que pudessem melhorar uma estrutura de forma adequada, e não prejudicasse o desempenho e bem-estar do trabalhador, mas alguns estudos apontam que a preocupação era mais com a perda de rendimento dos trabalhadores e conseqüentemente econômica, do que com a saúde dos trabalhadores. Nesse sentido, inicia-se um movimento que envolvia os governos, empresários, sindicatos,

entre outros, em busca de soluções a fim de reduzir efeitos negativos na saúde dos trabalhadores (FERRO, 2012).

Na década de 1970, iniciam-se alguns avanços que visam a algumas melhoras para os trabalhadores, pois o movimento ainda dependia de vários fatores que dependiam de vários países.

Aqui, interessa discutir a vertente que prioriza as condições, ambientes, organização do trabalho e as tecnologias. Vertente esta, advogada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) a partir de 1976, quando lança e fomenta o desenvolvimento do Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho (PIACT) (LACAZ, 2000, p. 152).

Todavia, o programa foi lançado para torna-se a qualidade de vida da população geral, incluindo os trabalhadores que começavam a ter uma participação na vida profissional. Essa participação ficou bem mais fundamentada na década de 1980.

Iniciando a década de 1980, houve um avanço, pois, alguns países principalmente o Japão, conseguiram trabalhar através de monitoramento de controle de qualidade o processo de trabalho nas fabricas, e que envolvia o trabalhador, com intuito de entender quais ações poderiam ser desenvolvidas com os trabalhadores, para ter boas condições e saúde no ambiente de trabalho.

Do lado dos trabalhadores, considerando se a história recente do movimento sindical, do então chamado *novo sindicalismo*, que data do final dos anos 70 e início dos 80, ver-se á que qualidade de vida (no trabalho) não foi uma bandeira de luta expressa, mas sim a melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde como direito de cidadania (RIBEIRO & LACAZ, 1984, apud LACAZ, 2000, p. 153).

Diante disso, na década de 1990, começou a ser expandir em várias partes do mundo, ações e informações sobre QVT que pudessem melhorar o ambiente de trabalho e saúde dos trabalhadores, inclusive no Brasil.

Texeira (2015), relata que a QVT tem que ser trabalhada através da busca por objetivos individuais, e com participação, através de oportunidades educacionais,

econômicas, sociais, de ambiente satisfatório, levando em conta boas condições físicas, para que doenças não prejudicassem o desenvolvimento do trabalhador.

O tema QVT passou a ser trabalhado como um conjunto de fatores como: físico, tecnológico e sócio psicológico, pois, antes desses estudos, a QVT estava associada somente a condições físicas de trabalho, prática de exercício e prevenção de acidentes (FERRO, 2012).

Observa-se, pois, que a ideia de QVT é complexa e mutante. Pressupõe tanto uma abordagem e um aporte informado pela saúde coletiva, como pela clínica; além de embutir uma descontextualização e despolitização das relações saúde-trabalho, tão marcantes no discurso sanitário (LACAZ, 2000, p. 153).

No Brasil, começaram a trabalhar a QVT tardiamente, mais especificamente a partir da década de 1980, a partir da abertura do mercado brasileiro para importação de produtos, isso permitiu a concorrência entre as empresas, que tiveram influências do mercado estrangeiro (FORNO; FINGER, 2015; LACAZ, 2000).

Ressalta-se que, devido aos avanços tecnológicos e às concorrências entre as empresas, há uma carga de trabalho muito grande para os trabalhadores, e quando se fala em carga de trabalho não estamos falando em mão-de-obra “pesada”, mas, sim, em responsabilidades, metas audaciosas e os compromissos, além da jornada de trabalho, que as empresas impõem para o trabalhador. Praticamente os trabalhadores, nos dias atuais ficam compromissados com a rotina diária do trabalho.

No dizer de Ferreira (2018, p. 32), “Assim, a carga de trabalho pode estar isolada ou associada ao controle de produtividade, aos ritmos excessivos, às jornadas prolongadas e ao trabalho monótono e repetitivo”. Isso reflete de várias maneiras sobre o trabalhador que, aos poucos, vê sua saúde sendo prejudicada.

[...] a rápida evolução da tecnologia industrial trouxe novos processos industriais, maquinários modernos e, também, diferentes produtos químicos, causando, assim, problemas de saúde ao trabalhador. Além disso, tais mudanças levaram a uma nova organização da Divisão Internacional do Trabalho (FERREIRA, 2018, p. 32).

Neste contexto, diante de vários fatores que começam a ligar o trabalhador às condições de saúde, somente após a implantação do SUS o Brasil passou a trabalhar as Políticas Públicas voltadas para ST.

Nessa perspectiva, desde promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988, vem se buscando diálogo, a fim de melhorar a assistência, promoção e prevenção dos agravos e doenças relacionados ao trabalho, além de trabalhar o cuidado com a saúde e segurança ocupacional dos trabalhadores no Brasil.

No Brasil, as Normas Regulamentadoras são alguns dos requisitos e procedimentos relativos à segurança e à saúde no trabalho, e também analisam como estão inseridos no mercado de trabalho, pois é preciso destacar que o ambiente de trabalho é muito relevante para o bom desenvolvimento no processo de produção (SOUZA et al., 2017).

Uma das grandes causas do absenteísmo e do adoecimento ocupacional está relacionada ao sofrimento em decorrência do trabalho nas organizações corporativas. O estresse ocupacional pode ser causa do desenvolvimento de variadas doenças ou estar associado a outras patologias que determinam o absenteísmo da profissional causando prejuízo tanto para o trabalhador quanto para o empregador (FILHO, 2015, p. 1).

Trata-se de uma perspectiva na qual produzir saúde significa garantir ou proporcionar condições favoráveis no trabalho para o desenvolvimento de potencialidades humanas (RUMIN, 2016).

Para (SOUZA et al., 2017), as empresas têm que propor condições no ambiente de trabalho. Outro fator é que essas empresas precisam conhecer o ambiente de trabalho na qual estão inseridos os trabalhadores, visando contribuir com a melhora da ST

Ainda para Souza et al. (2017), a melhor forma para melhorar o processo de trabalho é que o trabalhador possa relatar as suas condições e que as empresas procurem avaliar esse relato. No dizer de Perez; Bottega; Merlo, (2017) embasam⁴⁹ essas

⁴⁹ Tomar como base uma razão ou motivação.

discussões, ressaltando a importância do trabalho como fator constituinte do ser humano.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs um modelo para promoção de ambientes de trabalho saudáveis que pode ser aplicado para diferentes culturas e atividades (OMS, 1946). Conforme a seguir:

- Ambiente físico de trabalho: refere-se às questões de segurança no ambiente físico de trabalho (estrutura, ar, equipamentos, produtos, processos de produção, veículo). Cuidar do ambiente físico é o início de tudo e a prevenção da exposição a agentes que podem trazer ser avaliados e controlados.
- Ambiente psicossocial de trabalho: cultura organizacional como um todo, em que refletem as atitudes, valores, crenças e práticas diárias na empresa, afetando o bem-estar físico e mental dos trabalhadores.
- Recursos pessoais em saúde no ambiente de trabalho: promover um estilo de vida saudável aos colaboradores, incluindo serviços, informações, flexibilidade e ambiente de incentivo às práticas saudáveis. Orientar, por meio de programas de educação e sensibilização, a atividade física, a alimentação saudável, o não tabagismo e a moderação no uso de álcool.
- Envolvimento da empresa com a comunidade: trabalho da empresa junto à comunidade, engajando e sendo engajada, ofertando recursos e/ou conhecimentos que possibilitam a melhoria da saúde e do bem-estar dos trabalhadores, suas famílias e dos membros da comunidade.

Ressalta-se, ainda que, a OMS define saúde “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades” (OMS, 1946, p. 1).

Entretanto, conclui-se que categoria ST encontra-se profundamente conectada com a ideia de promover processos de melhorias em vários aspectos, seja no âmbito social, econômico e político, através de conhecimentos sobre a saúde e seus agravos para o trabalhador (SOUZA et al., 2017). Nesse sentido, realizando busca contínua de um QVT para o trabalhador.

3.5 LEGISLAÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A Legislação é um princípio ou uma norma que é criada para estabelecer regras e que devem ser seguidas. Entretanto, assim como outras Políticas Públicas, a Política de Saúde do Trabalhador tem sua legislação, que é para proteger o trabalhador no ambiente de trabalho.

Uma das primeiras ferramentas criadas para organizar e estruturar a Saúde do Trabalhador foi através da Organização Internacional do Trabalho (OIT), fundada em 1919 com o objetivo de promover a justiça social, é a única agência das Nações Unidas que tem estrutura tripartite, na qual representantes de governos, de organizações de empregadores e de trabalhadores de 183 Estados-membros participam em situação de igualdade das diversas instâncias da Organização (OIT, 1919).

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) foi criado no Brasil em 1930 no Governo de Getúlio Vargas, a partir do Decreto nº 19.433 com o objetivo de regular as relações entre empregadores e empregados, disciplinar a atividade sindical e normatizar condições de segurança e saúde no trabalho (BRASIL, 1930).

Ressalta-se que, esse Ministério já mudou de nome várias vezes e teve suas principais atribuições alteradas, porém, uma das suas relações é regularizar as relações entre o capital e o trabalho, devido a crescente pobreza e à exploração dos trabalhadores e trabalhadoras no Brasil.

No início dos anos 1990, criava-se Política de Saúde do Trabalhador em todas as esferas de governo no Brasil, mas nem todos se consolidavam, tendo alguns uma vida difícil. Nesses primeiros anos, os avanços para a consolidação da área dependiam da superação de vários desafios, pois a ST, como especificidade do modelo de vigilância em saúde, constitui um avanço recente, de forma a fortalecê-los na execução dos planos de ações em saúde em nível Federal, Estadual e Municipal (ROSA, 2016).

Eram muitos os fatores combinados a serem suplantados. Alguns deles até hoje permanecem desafiadores, a despeito dos avanços observados, para isso é preciso incluir ações destinadas à definição dos perigos e riscos inerentes a um processo de trabalho e à consequente promoção de medidas que visam ao adequado controle (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013).

Perez, Bottega, Merlo (2017) relatam que foram elaborados documentos relevantes para fortalecer a discussão sobre a ST, como relatado pela OIT, que foram complementadas pelas leis e decretos a fim de regulamentar as atividades e processos para a saúde do trabalhador e saúde mental.

Historicamente, as políticas nacionais de saúde mostraram-se ineficazes e ineficientes para enfrentarem as reais necessidades da população. A cronicidade dessa situação levou à organização e consequente implementação da Reforma Sanitária. Essa Reforma, que teve momentos distintos, diversos atores sociais e movimentos, culminou com a proposta do SUS, consolidada a partir da Constituição de 1988 e, posteriormente, com a Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142, ambas de 1990 (PEREZ; BOTTEGA; MERLO, 2017, p. 289).

Entretanto, com a evolução do trabalho no Brasil, as fábricas não possuíam condições seguras e adequadas. Diante disso, cada vez mais havia uma desvalorização dos trabalhadores, que tinham os seus direitos negados.

Insatisfeitos com vários tipos de abusos, opressão e exploração pelas empresas, e que só visavam aos seus lucros, esquecendo-se dos trabalhadores, que tinham um papel importante no processo de produção, foi necessário criar leis que regulamentassem o trabalho e protegessem os trabalhadores (CLOSEL, 2017).

Nesse contexto, no então Governo do Presidente Getúlio Vargas, no dia 1º de maio de 1943, foi criada Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), toda a legislação trabalhista existente no Brasil foi unificada (BRASIL, 1943).

A CLT tem o objetivo de regulamentar as atividades individuais e coletivas do trabalho, nela previstas. Estão incluídas nessas normas as relações entre empregados e empregadores, fazendo valer as regras dos processos do trabalho no Brasil (BRASIL, 1943; CLOSEL, 2017).

A Política Nacional da Atenção Básica passa a considerar equivalentes os termos “Atenção Primária em Saúde” e “Atenção Básica em Saúde”, pois ambos associam os princípios e as diretrizes definidas (BRASIL, 2011).

A partir da convenção nº 161, que tratou sobre os Serviços de Saúde do Trabalho, discutiu-se sobre a proteção dos trabalhadores em relação às doenças ocupacionais em geral, e, ainda, contra os acidentes de trabalho e seus agravos (OIT, 1990).

Todavia, foi promulgado na Convenção nº 135 da OIT, que discuti sobre a Proteção que os trabalhadores precisam de suporte de representantes, por meio do decreto nº 131, de 22 de maio de 1991, e refere-se que o Brasil, através desse decreto, se compromete em executar e cumprir metas em prol da saúde do trabalhador (OIT, 1990).

Na convenção nº 187 da OIT, foram discutidos vários assuntos, entre eles a Segurança e a Saúde no Trabalho (OIT, 1990).

Outras leis foram criadas e implantadas no intuito de assegurar o trabalhador, para tentar protege-los de doenças e seus agravos, para reforçar a participação e representação dos usuários perante os conselhos de saúde e nas conferências, a fim de trabalhar em conjunto a favor de todos os trabalhadores e trabalhadoras.

Pode-se perceber que os trabalhadores (as) possuem vários documentos que os protegem quando se debate ST, porém, as dificuldades para cumpri-los ainda são grandes, em partes por falta de um planejamento de Políticas Públicas. Isso se vê com um modelo não tão eficiente, entre eles os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador (CEREST), que foram criados para dar suporte aos trabalhadores (NEHMY; DIAS, 2010).

Todavia, devido ao esgotamento do CEREST, através da Portaria nº 3.120/98, que define a Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador, que prescreve a operacionalização das seguintes ações na Gestão da Atenção Básica (BRASIL, 1998):

Para Jacques, Milanez e Mattos (2012), a construção do campo da ST é uma alternativa à prática da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, que veio para avaliar o processo de saúde/doença.

A ST, de acordo com o MS, tem por objetivos a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada no SUS.

No cenário brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS), a agenda da Saúde do Trabalhador compõe um dos desafios a serem enfrentados face ao quadro de morbimortalidade⁵⁰ dessa população e à complexa malha causal implicada na relação entre trabalho e saúde (MEDEIROS et al., 2013, p. 82).

Para Rumin (2016, p. 140) “A formação em Psicologia é incitada nessa portaria a capacitar para o diagnóstico e a caracterização das organizações de trabalho e seus determinantes de agravos à saúde”.

Entretanto, a fim de dar um suporte e estrutura de atendimento adequada para o trabalhador, foi criada, em setembro de 2002, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) através da Portaria do Ministério da Saúde de nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. O objetivo da Rede é constituir abrangência a nível, através de ações e estratégias dos princípios e práticas do campo da Saúde do Trabalhador dentro da Política Nacional do SUS, e que envolvem vários órgãos dos governos integrados a saúde nas esferas: Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2011; JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012).

Art. 1º Dispor sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área (BRASIL, 2009, p. 1).

⁵⁰ Morbimortalidade é um conceito da medicina que se refere ao índice de pessoas mortas em decorrência de uma doença específica dentro de determinado grupo populacional.

Ressalta-se que, através dessas ações de vigilância, foram implantados os CEREST em vários estados, que vieram para estruturar, organizar e executar os serviços de assistência de Média e Alta Complexidade (MAC) relacionada com os problemas e os agravos à saúde interligado ao trabalho (BRASIL, 2011).

A Portaria de criação da RENAST previu a implantação de 130 CEREST entre 2002 e 2004, sendo 27 estaduais e 103 regionais, com dotação orçamentária própria. Para tanto, ela incorporou serviços pré-existentes, os chamados Programas de Saúde do Trabalhador (PST), que já dispunham de um acúmulo de conhecimentos e de práticas. Em dezembro de 2005, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.437 de ampliação da RENAST prevendo a habilitação de novos CEREST (que passariam para 200) e definindo suas atribuições (JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012, p. 370).

Através dessa Portaria, foi possível consolidar uma proposta que definiu e ampliou as atribuições dos CEREST:

[...] Tal proposta também se expressa na 27ª resolução da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST), realizada em 2005, e no texto da Portaria GM/MS nº 2.728/2009. Esta, porém, não contemplou a descrição das funções dos CEREST como as anteriores, prevendo que o Ministério da Saúde elaboraria diretrizes que norteariam as funções e as atribuições desses Centros em documento separado (JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012, p. 370).

O autor abaixo assevera⁵¹ que:

Segundo as análises dos registros do caderno de campo produzido para este artigo, conclui-se que, em 2012, ao refletir sobre a dificuldade crônica da vigilância em saúde, a equipe do Cerest [...] reconhece limites da própria formação para atuar na fiscalização de ambientes de trabalho, diante da complexidade que isso encerra. Disso se conclui, ainda, que o processo de amalgamar conhecimentos da relação saúde/trabalho/doença – a interlocução com os trabalhadores e o poder de polícia dado pela legislação sanitária – é árduo e penoso. Acrescem-se as restrições na mensuração do alcance da atividade de vigilância na melhoria do processo saúde/trabalho/doença. Em um serviço que nasce e se desenvolve com limitações estruturais, a equipe do serviço sugere que as barreiras à consolidação da vigilância se relacionam à marginalização da política de saúde do trabalhador no SUS (MEDEIROS et al., 2013, p. 88).

De acordo com Rumin (2016, p. 144), “Inserção do psicólogo nas ações de reabilitação em saúde” com sua discussão acerca das práticas clínicas voltadas para saúde

⁵¹ Assegurar, expor, comunicar e dizer de maneira segura.

mental e trabalho destaca perspectivas em reabilitação, por isso a importância dos CEREST.

Os autores dissertam sobre os problemas a serem enfrentados, referindo-se a algumas experiências pontuais bem-sucedidas, e ao mesmo tempo apontam os obstáculos, assim como a possibilidade da rede básica, auxiliada pelos Cerests, ter uma ação efetiva de impacto, principalmente no que concerne ao mercado informal. São desafios hercúleos em um contexto atual desfavorável (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013, p. 26).

Para Cardoso e Araújo (2015), os CEREST são muito importantes, pois têm a responsabilidade de atuar como centros articuladores das ações voltados para ST, com apoio aos serviços da Rede de Atenção à Saúde no SUS.

A recente publicação da PNSST, pelo Decreto Presidencial nº 7.602, de 07 de novembro de 2011, representa um marco histórico na abordagem das relações trabalho-saúde e doença no Brasil (BRASIL, 2011).

Percebe-se que, pela primeira vez, um documento oficial explicita as responsabilidades e ações a serem desenvolvidas pelos organismos de governo responsáveis pela proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

3.6 POLÍTICAS PÚBLICAS

As Políticas Públicas são forte motivação, capazes de articular os diferentes, amplos e difusos interesses manifestados, de forma organizada, pelos movimentos sociais. Estes se relacionam com as Políticas Públicas, deixando transparecer a complexidade da participação da sociedade na tomada de decisões, no encaminhamento de ações governamentais e no controle e fiscalização de sua implementação.

Políticas públicas são decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse de uma coletividade. Podem também ser compreendidas como estratégias de atuação pública, estruturadas por meio de um processo decisório composto de variáveis complexas que impactam na realidade. São de responsabilidade da autoridade formal legalmente constituída para promovê-las, mas tal encargo vem sendo cada vez mais compartilhado com a sociedade civil por

meio do desenvolvimento de variados mecanismos de participação no processo decisório (AMABILE, 2002, p. 390).

O autor discorre⁵² que:

A ideia de política pública é algo complexo, pois não há uma teoria completa e definida sobre o tema, mas sim vários conceitos que formam o que pode ser traduzido como política pública. As políticas públicas estão diretamente associadas ao Estado. Contudo, há outros atores que agem na construção delas, tanto de cunho privado como público (GIANEZINI, 2017, p. 1068).

Ainda para Amabile (2002, p. 390), entende-se como Políticas Públicas as ações e programas que são desenvolvidos pelo Estado para garantir e colocar em prática direitos que são previstos na Constituição e em outras leis, representa soluções específicas para necessidades e problemas da sociedade. É ação do Estado, que busca garantir a segurança e a ordem, por meio da garantia dos direitos que expressam, em geral, os principais resultados oriundos da presença do Estado na economia e na sociedade.

Neste contexto, na formulação de Políticas Públicas, há etapas que precisam ser seguidas que são: identificação do problema, formulação de uma solução, tomada de decisões, aplicação da ação ou implementação e, por fim, avaliação dos resultados (GIANEZINI, 2017). “Tal esquematização tem efeito didático, pois permite a visualização desde a inclusão da política pública na agenda governamental até a avaliação de sua real efetividade, consoante à finalidade que se propunha” (AMABILE, p. 390).

Esse caminho exige determinada decisão e compromisso com a sociedade. Neste sentido, tratarei da Política Pública de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora no Brasil, mediante o entendimento de Políticas Públicas.

3.6.1 Política Pública Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT)

⁵² Expondo, falando, expressando e discursando.

As PNSTT têm o propósito de definir princípios, as diretrizes e as estratégias a serem executadas a favor do trabalhador (BRASIL, 2011c).

[...] a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos de acidente de trabalho (BRASIL, 2011c, p. 1).

Nesse sentido, com o intuito de acompanhar melhor o desenvolvimento do trabalhador nas empresas, é criada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), através da Portaria do GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, a Portaria que define, os princípios, as diretrizes e as estratégias nas três esferas de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal), (BRASIL, 2012).

Para o desenvolvimento das ações de atenção integral à ST, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e do processo produtivo, sendo este o seu objetivo. “Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” (BRASIL, 2012, p. 1).

Neste sentido, todos os trabalhadores que compõem o território nacional brasileiro estão protegidos pela PNSTT.

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política (BRASIL, 2012, p. 2).

Com a implantação das Políticas Públicas de Saúde voltadas para os trabalhadores, formou-se um grupo para trabalhar e atualizar a PNSTT, através da Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho. Essa comissão tem a participação do Ministério Público do Trabalho, que atua através da comissão por meio da Coordenadoria Nacional de Defesa do Meio Ambiente do Trabalho (ANAMT, 2014).

A Comissão foi instituída através da Portaria Interministerial⁵³ n.º 152, de 13 de maio de 2008, dos MTE, Ministério da Previdência Social e MS, com o objetivo de avaliar e propor medidas para a implementação no país da Convenção n.º 187 da OIT, que trata da Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho (ANAMT, 2014).

O objetivo da comissão é rever e ampliar a proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, assim como elaborar um plano de segurança e saúde no trabalho que articule as ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador; a estruturação de uma rede integrada de informações em saúde do trabalhador, entre outras questões (ANAMT, 2014).

Sua composição tem seis representantes do governo Federal, seis dos empregadores e seis dos trabalhadores. Compete aos ministérios a sua coordenação, em sistema de rodízio anual (ANAMT, 2014). Desde a implantação do SUS, o sistema vem convivendo com algumas dificuldades para estruturar os serviços voltados para ST.

O tema Saúde e Trabalho é um exemplo típico: a área do Trabalho tem privilegiando a questão da formalização do vínculo trabalhista em claro detrimento à inspeção de locais de trabalho por trazer visibilidade ao governo na forma de “novos postos de trabalho” e por aumentar arrecadação. O setor criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) com sua rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) de distintos níveis e, mais recentemente, editou a Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013, p. 26).

Alguns autores trabalham a ST em várias vertentes, mas todas elas visam à promoção, prevenção e a recuperação da saúde contra o adoecimento do trabalhador.

Saúde do trabalhador se define como um conjunto de diversas atividades, que objetiva através de ações de vigilância tanto de caráter epidemiológico como sanitária, a promoção, proteção, recuperação até a reabilitação da saúde dos mesmos que foram acometidos a riscos e agravos oriundos das condições laborais (FILHO, 2015, p. 1).

⁵³ Ato administrativo normativo que visa à correta aplicação da lei, expressando, em minúcia, o mandamento abstrato da lei, com a mesma normatividade da regra legislativa. Porém, trata-se de manifestação tipicamente administrativa.

Através dessa política, o SUS propõe ações em diversas áreas, conforme descrito no parágrafo único:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012, p. 2).

Ressalta-se ainda que:

A atenção à Saúde do Trabalhador contempla três níveis de atuação; a) a vigilância, aqui incluída as ações destinadas à definição dos perigos e dos riscos inerentes a um processo de trabalho e à consequente promoção de medidas que visam ao adequado controle dos perigos e riscos e de controle médico, assim como um programa que permita a coleta e análise dos dados gerados; b) a assistência à saúde, incluindo serviços de acolhimento, atenção, condutas clínicas e ocupacionais e um sistema de benefícios justos; e c) a abordagem e a conduta apropriadas aos determinantes sociais, individuais ou de grupos, que impactam negativamente na saúde da maioria dos trabalhadores. (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013, p. 25).

Articulando ações individuais de assistência e de recuperação dos agravos à saúde, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores, ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde, o conhecimento técnico e os saberes dos trabalhadores. Isso requer mudanças nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, contemplando tal complexidade (GOVERNO DO ESTADO DE TOCANTINS, 2017).

Para Filho (2015, p. 1), “A Política se difere em gênero devido aos fatores biológicos que se difere entre homens e mulheres considerando a sua capacidade de força física e os fatores hormonais transcorridos durante a vida”. Segundo o Governo do Estado de Tocantins (2017), toda rede deve ser constituída a fim de conferir aplicabilidade à PNSTT, desde a atenção primária, passando pela vigilância em saúde e encaminhando-se à assistência e reabilitação.

O texto assegura objetivos na PNSTT que possam fazer com que o trabalhador não fique desamparado (BRASIL, 2012; GOVERNO DO ESTADO DE TOCANTINS, 2017). Podemos nos apoiar em alguns desses objetivos conforme a seguir:

- Fortalecer Vigilância em ST e integrá-la aos demais componentes da Vigilância em Saúde;
- Promover a saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis;
- Ampliar o entendimento da ST como ação transversal, identificando a relação saúde-trabalho em todos os pontos da rede de atenção;
- Incluir nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção da saúde a categoria trabalho;
- Identificar a situação do trabalho dos usuários nas ações e serviços de saúde e considerar o trabalho das pessoas e suas consequências nas intervenções em saúde.

Nesse contexto, trabalha se para um novo momento para a ST. Mas para que isso ocorra, é preciso ter foco na promoção e prevenção da saúde através de um planejamento estratégico.

O setor Trabalho envereda por uma lógica de “tripartismo” para definir e pautar suas ações, permitindo pouca flexibilidade de ações, diferentemente do setor Saúde, que adota uma política de “pactuação” para desenvolver ações regionais e locais de saúde sujeita a constantes flutuações na dependência dos interesses políticos envolvidos. A Previdência acaba sendo o repositório final que acolhe as consequências de uma política ineficaz, adotando, por sua vez, um enfoque reducionista que privilegia uma visão contábil do grave problema das doenças e dos acidentes de trabalho. Tanto o setor Trabalho, quanto Previdência têm sua ingerência restrita aos trabalhadores formais. Somente o setor Saúde é capaz de levar a atenção aos trabalhadores informais, que representam cerca de 48% da população trabalhadora (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013, p. 25).

Dessa forma, as ações voltadas para ST devem ser formalmente incluídas na Rede Básica de Atenção à Saúde, e, com isso, possibilitar que os cidadãos “empregados” passem a ter recuperação da saúde no ambiente do trabalho (RUMIN, 2016).

No texto Brasil (2009, p. 9), “Cabe aos que vivenciam a problemática da oferta e organização de serviços de saúde fazer as adequações necessárias para torná-las viáveis em sua realidade social”.

Os processos de trabalho baseados nas novas formas e métodos de organização do trabalho, no aumento da competitividade e na avaliação por desempenho fragilizam as relações sociais, rompem os laços de solidariedade e levam a um maior individualismo e à solidão (DALDON; LANCMAN, 2013).

Diferentes compreensões da relação saúde-trabalho estão ligadas a fatores históricos e sociais e não parecem ser lineares. Ao longo do tempo, o trabalho vem sendo pensado como determinante do processo saúde-doença e discutido em instituições (DALDON; LANCMAN, 2013).

Desde o início, na ST, novas formas de intervenção nos ambientes de trabalho têm buscado superar tanto o enfoque reducionista de causa-efeito, como o conceito de determinação social do processo saúde-doença (DALDON; LANCMAN, 2013).

De acordo com os autores (NEHMY; DIAS, 2010; CLOSEL, 2017), é possível recuperar e /ou resgatar a auto-estima no ambiente de trabalho, através da relação de saúde e trabalho, e identificar sinais de uma possível mudança, pois o trabalho, apesar das grandes mudanças e transformações que passou no mundo globalizado, contribui para uma construção e desenvolvimento da vida do trabalhador perante a sociedade.

O objeto da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS vincula-se as áreas da gestão do trabalho e da educação na saúde, estabelecendo uma articulação estratégica para o desenvolvimento do SUS e o compromisso de gestores, trabalhadores e empregadores com a qualidade do trabalho e com a valorização dos trabalhadores (ASCARI, 2014, p. 7).

Ressalta-se que, através da PNSTT e da vinculação, passa a ser compromisso de todos os governos, empresas, sociedade e trabalhadores, para que os resultados não sejam somente econômico-financeiros, mas, sim, de atender e promover um ambiente com condições de trabalho, através de melhorias constantes.

Todavia, uma política de saúde eficaz e eficiente possibilita ao trabalhador gozar de seus direitos, com um ambiente humanizado, e ter o direito de ir e vir nas diversas esferas sociais: no local de trabalho, no meio familiar e na sociedade.

4 SAÚDE DO TRABALHADOR NA PERSPECTIVA DOS FUNCIONÁRIOS DA ÁREA ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

Neste capítulo apresentaremos um resumo do surgimento do município de CI, um breve relato da saúde no município de CI, o surgimento da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (SCMCI), bem como uma visão sobre o trabalho e a saúde na perspectiva dos funcionários da SCMCI.

4.1 UM BREVE RESUMO HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

O primeiro relato que se tem sobre o município, que nos dias atuais leva o nome de CI, é do início do século XVII, através dos colonizadores portugueses, através do Donatário Francisco Alberto Rubim, que foi escolhido para desenvolver o povoamento no Espírito Santo (IBGE, 2014). A entrada dessa exploração era através da região onde hoje é localizado o município de Castelo, região dominada pelos índios Puris, quando se inicia a exploração do ouro (SANTOS, 2011, IBGE, 2014).

Até os meados do século XIX, não houve desenvolvimento na região, uma vez que importava para os colonizadores era exploração das atividades econômicas que pudessem gerar lucros, mas já havia alguns indícios do crescimento da produção do café. Depois da exploração e ao final do ciclo do ouro, inicia-se o ciclo da cana-de-açúcar. Essa atividade ficou a controle dos grandes fazendeiros que estavam instalados na região. A atividade produzia aguardente e cana-de-açúcar, que eram exportadas para o Rio de Janeiro, ou seja, a atividade da cana-de-açúcar não trouxe vantagens para região de Cachoeiro de Itapemirim, pois como Cachoeiro de Itapemirim, estava ligado a Vila de Itapemirim que controlava o produto (SANTOS, 2011; IBGE, 2017).

Neste sentido, a região de CI começou a desenvolver em meados do século XIX, pois passaram a surgir as atividades comerciais. Também começa a prosperar a atividade de navegação fluvial⁵⁵, pois os rios eram um grande aliado, que permitiam realizar o escoamento de produtos através de portos, em especial na região de Itapemirim (SANTOS, 2011; ROCHA, 2017).

No final do século XIX, a grande atividade econômica na região era o café. Devido à região montanhosa, as explorações dessa região foram através dos colonizadores que vieram do sul do Estado do Rio de Janeiro e do oeste do Estado de Minas Gerais. Nesse contexto, o Rio de Itapemirim foi muito utilizado, pois era através deste curso⁵⁶ que o produto era transitado. Ressalta-se que, no ano de 1887 foi inaugurada a primeira ponte municipal em CI, que passou a ligar os dois lados da cidade, proporcionando um melhor acesso para transportar as embarcações para escoar os produtos (ROCHA, 2017).

Ressalta-se que, a corrente imigratória⁵⁷ europeia passou a ser frequente na região, tendo em vista que estava no final da abolição da escravatura⁵⁸, e, para continuar a

⁵⁵ Tipo de transporte que utiliza os rios como via de navegação, denominados como hidrovias, através do uso de embarcações.

⁵⁶ Movimento contínuo.

⁵⁷ Termo usado para se referir a migração de determinadas pessoas em uma dada região geográfica, independente de qual modalidade de migração seja adotada.

⁵⁸ Foi o movimento de campanha popular que pressionou o governo da época "Império" para que a escravidão fosse abolida do Brasil.

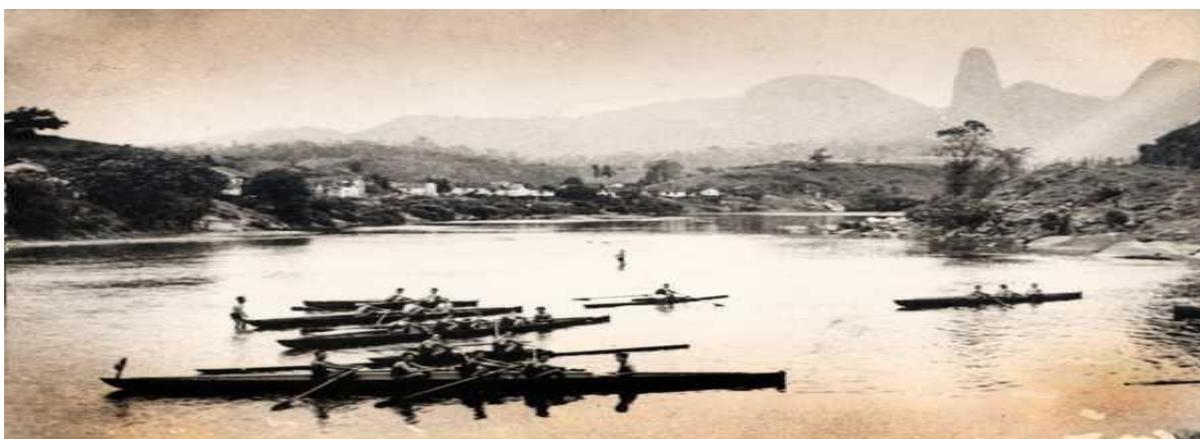
exploração cafeeira precisava-se de mão-de-obra, então os imigrantes europeus foram responsáveis por assumir a atividade.

Observa-se que, CI, até 1884 pertencia à comarca⁵⁹ da Vila de Itapemirim:

A comarca de Cachoeiro de Itapemirim foi criada pela Lei nº 9, de 16 de novembro de 1876. O ato nº 13, de 18 de novembro de 1878, suprimiu-a, convertendo-a em termo judiciário pertencente à comarca de Itapemirim. Somente em 13 de maio de 1884, por proposta do coronel Joaquim M. da Silva Lima, a comarca de Cachoeiro foi definitivamente restabelecida (SANTOS, 2011, 53).

Com sua alta independência, CI se destacava na região. No início do século XX, foi inaugurada a ferrovia, que ia de CI ao Rio de Janeiro, e que transportavam toda produção do café que era abrangida até a fronteira do Estado de Minas Gerais e pelas estradas dos municípios do Estado do Espírito Santo – Castelo e Itapemirim. Esses municípios contribuía no auxílio da escoação dos produtos. Até o início do século XX, a atividade principal e primária de CI foi o café, porém como em todo o Brasil ela entrou em decadência, encerrando, então, o chamado ciclo do café, e passou a dá lugar à atividade pecuária (PREFEITURA DE CACHOEIRO, 2020).

Figura 1: Rio Itapemirim



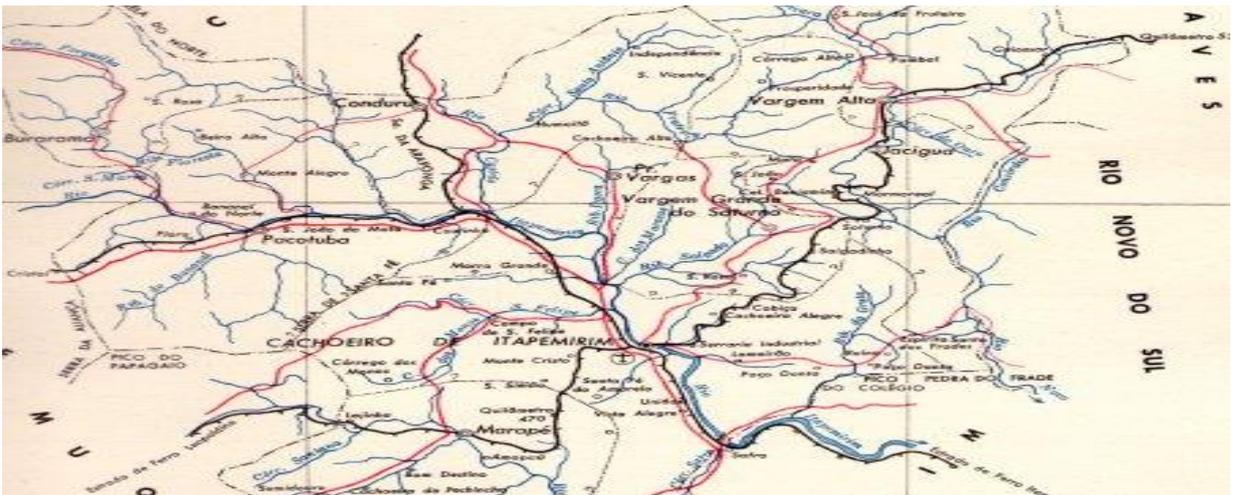
Fonte: Cachoeiro/ES (2012)

⁵⁹ A comarca representa a área em que um Juiz desempenha sua jurisdição. Uma comarca pode ser constituída de uma ou mais cidades e pode ter um ou mais juízes. Para que a área de atuação seja delimitada, é preciso levar os seguintes fatores em consideração: total de habitantes na cidade; quantidade de eleitores na cidade; extensão territorial das cidades de município; movimentação dos fóruns das cidades, entre outros (JUSBRASIL, 2020).

Fonte: www.estacoesferroviarias.com.br (2010)

CI tinha umas das principais malhas ferroviárias. Observa-se, na figura 3, a Planta⁶⁰ do pátio da antiga estação ferroviária de CI, década de 1930. Essa área funcionava como embarque e desembarque das atividades econômicas e para o transporte da população.

Mapa 2: Linha Férrea Século XX em Cachoeiro de Itapemirim



Fonte: www.estacoesferroviarias.com.br (2010)

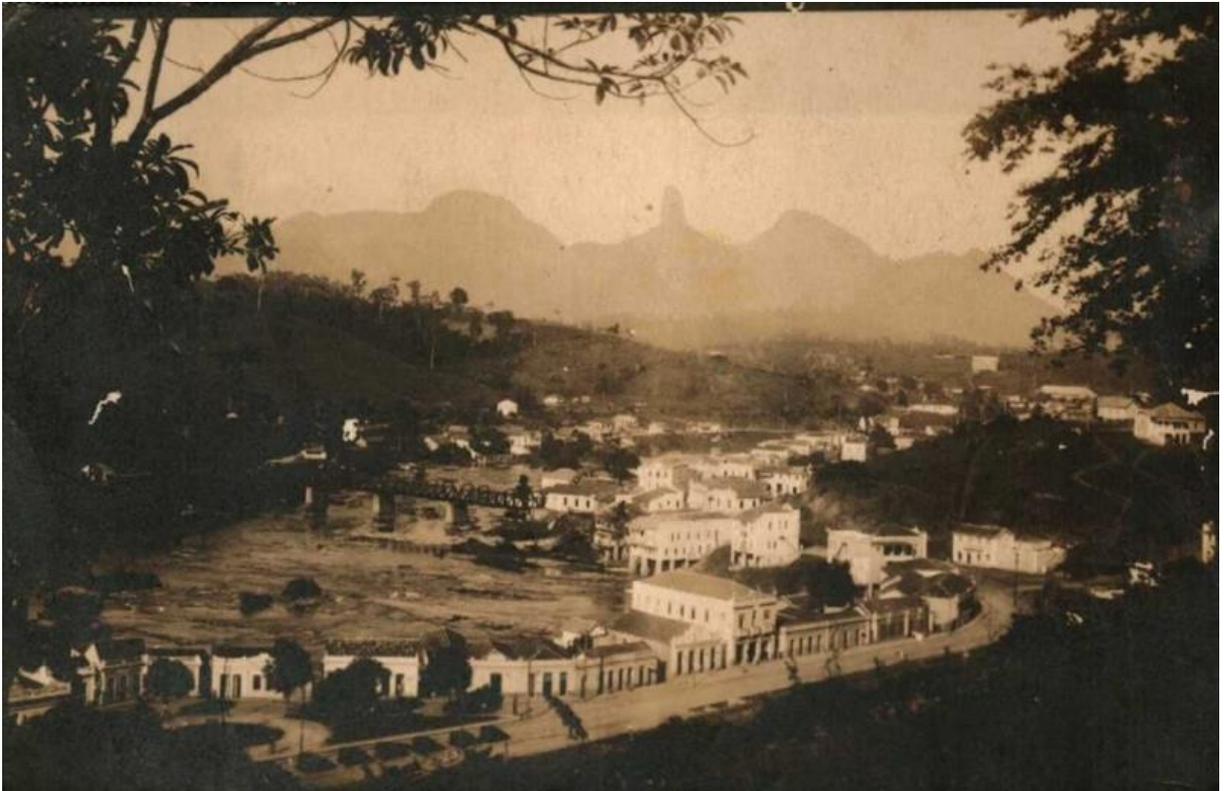
Percebe-se que, no mapa 2, CI, no Estado do Espírito Santo, tinha uma das principais linhas férreas, pois sua localização favorecia o acesso ao Estado do Rio de Janeiro, em especial norte Fluminense, que facilitava a exportações dos produtos.

A atividade da pecuária também tem presença no crescimento econômico, em que o principal produto é o gado leiteiro. Com o desenvolvimento dessa atividade, os produtores passaram a contar com o apoio do Sindicato Rural dos Lavradores e Criadores. Em 1934, essa atividade ainda é bastante desenvolvida na região. Contudo, com o desenvolvimento das rochas ornamentais, o município, a partir da década de 1990, passou a ser um grande polo na extração e exportação de mármore e granito, proporcionando uma grande expansão no campo do trabalho, além de ser

⁶⁰ Nome que se atribui ao desenho técnico esquemático de uma futura *construção* que se dá a partir de um corte horizontal imaginário.

responsável por 80% do abastecimento do produto no mercado brasileiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

Figura 4: Cachoeiro de Itapemirim



Fonte: www.gazetaonline.com.br (2017)

No registro fotográfico da figura 4, pode se observar a cidade de CI em meados do século XX. O município estava se desenvolvendo. Muitas casas foram construídas as margens do Rio Itapemirim. No centro da fotografia, mais para lado esquerdo, observa-se a ponte de ferro.

O município de CI também conta com uma ampla rede hospitalar. Atualmente, essa rede é composta por três hospitais de caráter filantrópico que são responsáveis por mais de 93% da assistência médica hospitalar no atendimento de leitos de usuário do SUS, além de um hospital que faz atendimento privado (ALMEIDA; LIMA, 2015). Juntas, essas redes hospitalares totalizam um quantitativo de mais de 600 leitos (IBGE, 2019). Outra atividade econômica muito acentuada na cidade de CI e importante é o comércio local.

Ressalta-se que, até o final do século XIX, o município de CI pertencia à região chamada de Vila do Itapemirim. Somente a partir do decreto⁶¹ nº 4, de 26 de dezembro de 1989, a então chamada Vila do Itapemirim passou a ser município, e, atualmente, é composto por dez distritos (SANTOS, 2011).

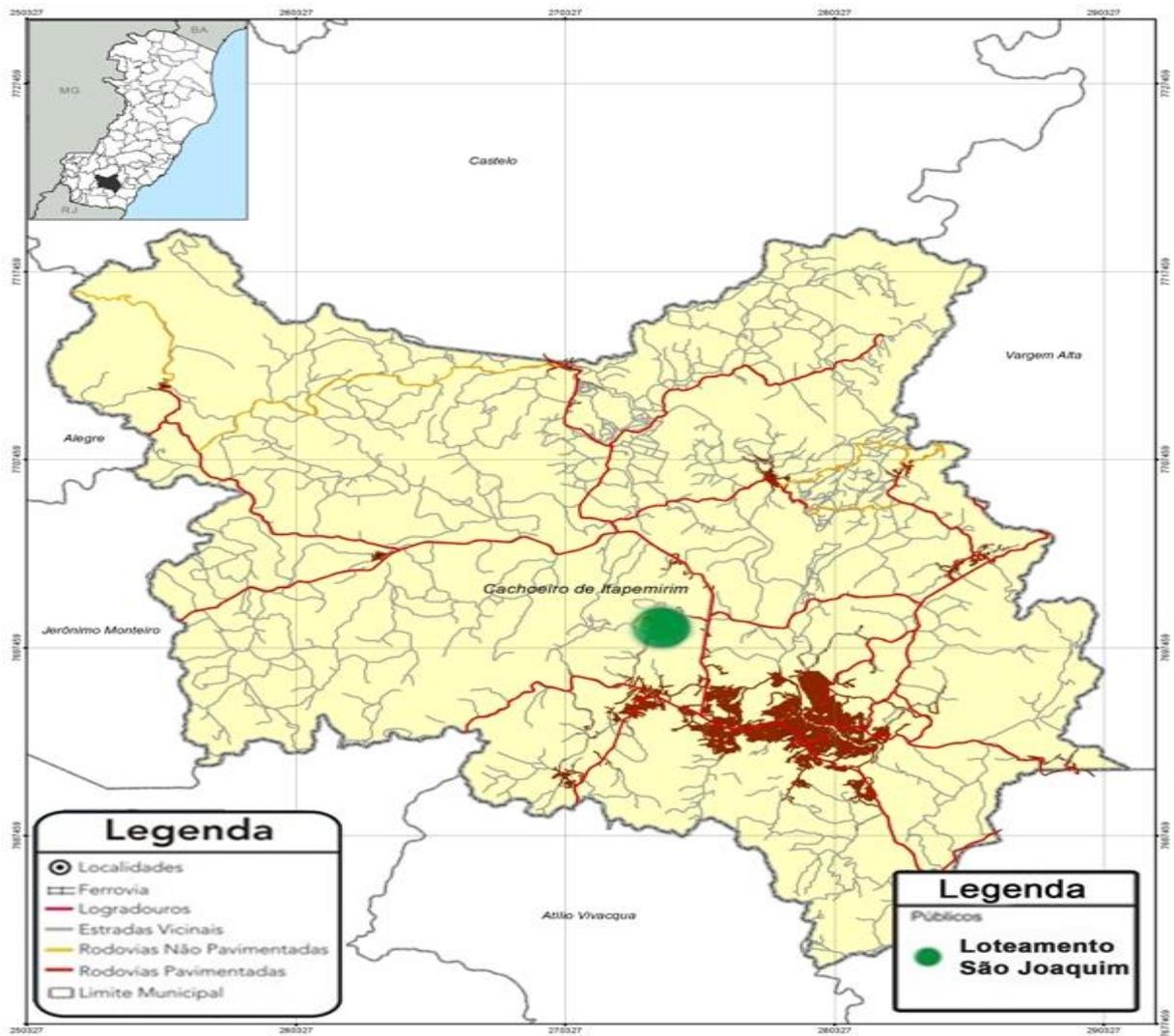
Mapa 3: Localização de Cachoeiro de Itapemirim no Espírito Santo



Fonte: Prefeitura Municipal de Cachoeiro de Itapemirim (2017)

⁶¹ Decreto é uma ordem emanada de uma autoridade superior ou órgão (civil, militar, leigo ou eclesiástico) que determina o cumprimento de uma resolução (UFSC, 2012, p. 1).

Mapa 4: Localização do Município de Cachoeiro de Itapemirim



Fonte: <https://images.app.goo.gl/QkzPsvZrcJr7APqy5> (2020)

O mapa dois mostra as localizações do Município de CI, no Estado do Espírito Santo, e o mapa três mostra a área do Município é a maior da região Sul do Estado do Espírito Santo e tem uma população estimada de 208.976 (duzentos e oito mil e novecentos e setenta e seis) habitantes. Esses dados foram coletados através do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), e considerada a quinta cidade mais populosa do Estado (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017; IBGE, 2019).

4.1.1 Saúde em Cachoeiro de Itapemirim

A saúde pública de CI no que se refere serviços nas redes hospitalares é de responsabilidade, do Governo do Estado do Espírito Santo, sobre a Gestão da Secretaria de Estado de Saúde (SESA), e o atendimento inicial, o que podemos chamar de “porta de entrada” é de responsabilidade do município, que conta com auxílio das unidades básicas, marcação de consultas, entre outros serviços ficam por conta do município, seguindo as diretrizes do MS.

A partir dessas diretrizes, o Sistema Único de Saúde definiu diferentes unidades de atendimento para cada objetivo: Postos de Saúde, Unidades Básicas (UBS), Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e Hospitais. A implantação dessas unidades reúne recursos financeiros e esforços de todas as esferas gerenciais (Ministério da Saúde, Governo Federal e Prefeitura), mas a responsabilidade de gerenciar os serviços prestados é cabível à **saúde pública municipal** (INSTITUTO MAIS SAUDE, 2019, p.1).

Vale ressaltar, que o atendimento assistencial de saúde é estendido a todos os municípios da região Sul do Estado.

Na região de Cachoeiro de Itapemirim, os fatores histórico-estruturais, relacionados ao desenvolvimento demográfico e econômico da região, influenciam de maneira importante a constituição do sistema de saúde e o seu desenho regional, caracterizados pela concentração da oferta de serviços no município de Cachoeiro de Itapemirim e grande dependência dos municípios circunvizinhos (ALMEIDA; LIMA, 2015, p. 60).

Nesse contexto, o município de CI atende uma população estimada de mais de 600.000 (seiscentos mil) habitantes (PREFEITURA DE CACHOEIRO, 2020; IBGE, 2019).

Ressalta-se que, ao longo dos anos a população idosa vem aumentando consideravelmente por vários fatores, segundo as Organizações das Nações Unidas (ONU), a expectativa de vida em todo mundo aumentou, inclusive no Brasil (TORRES, et al., 2020).

Em resumo, segundo a Secretaria de Previdência do Ministério da Fazenda [...], constatou-se que, nesse mesmo ano, uma em cada dez pessoas ultrapassou a idade de 60 anos no Brasil, e a estimativa para 2060 apontou ser ainda mais alarmante, em que uma em cada três pessoas ultrapassaria essa mesma faixa etária, assim também afirmaram outros órgãos, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que em 2010 que

estimou que uma em cada quatro pessoas atingiu idade igual ou superior à 65 anos (FERREIRA; LEÃO, FAUSTINO, 2020, p. 2).

Percebe-se que, no município de CI, também acompanha o crescimento da população idosa. “Entre 2000 e 2010, a razão de dependência de Cachoeiro de Itapemirim [...] a taxa de envelhecimento evolui de 5,95% para 7,52%. Entre 1991 e 2000 [...], enquanto a taxa de envelhecimento evolui de 5,00% para 5,95% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017, p.16)”. Neste sentido, julga-se que a saúde no município avança para priorizar a política de atenção de saúde ao idoso.

Dados apontam que, o município possui uma boa estrutura sanitária quanto ao abastecimento de água tratada, rede de esgoto e coleta de lixo. Isso possibilita uma melhoria das condições de higiene e saúde para população, o município tem um tratamento de esgoto sanitário de 87,3%, possibilitando a controlar e reduzir doenças para população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

Todavia, foram implantados alguns programas que têm o objetivo de melhorar a estrutura de assistência de saúde do município. Um deles é o programa de Atenção Integral da Saúde, composto por 29 unidades Básicas de Saúde, distribuído entre as áreas urbana e rural, proporcionando uma cobertura de 79,01% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Cachoeiro de Itapemirim, tem procurado avaliar e implantar a “Regionalização a Saúde”, que tem como objetivo garantir a resolubilidade, qualidade e integralidade destinada aos serviços de saúde para o município (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

Mapa 5: Localização das Unidades de Saúde no Município de Cachoeiro de Itapemirim



Fonte: Prefeitura Municipal de Cachoeiro de Itapemirim (2017)

O mapa 5, mostra a região abrangente das Unidades Básicas sobre a gestão do município, mas julga-se necessário uma atenção nelas, na busca de uma relação constante. Para (FIOCRUZ, 2014, p. 1) “A regionalização é um processo técnico-político relacionado à definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde”.

Nesse contexto, com a Regionalização da Saúde, busca-se um maior agrupamento de unidades de saúde, identificando as necessidades da população, e, com isso agregar novos serviços de forma qualificada, fazendo com que o usuário tenha um atendimento eficiente (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

A saúde do trabalhador, atualmente, conta com uma unidade de saúde chamada de Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador, Cachoeiro de Itapemirim, e está sob a gestão da SEMUS. Nesse sentido, o CEREST de CI tem sua atuação não somente municipal, mas regional, e é responsável por dar suporte técnico a 26 municípios que compõem toda região Sul do Estado do Espírito Santo. Ressalta-se, ainda, que o CEREST de CI têm por objetivo o desenvolvimento de ações de

promoção, prevenção, vigilância e diagnóstico no tratamento e reabilitação em Saúde do Trabalhador (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

Entretanto, a gestão de saúde do município, atualmente segue as diretrizes⁶² e normativas⁶³ do MS, mas a saúde ainda precisa de planejamento, para que todos possam usufruir dos serviços de saúde de forma universal e equitativa. Conforme a (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017, p. 92), “As estruturas de gestão do trabalho e educação na saúde ainda são incipientes e precárias”.

A Prefeitura é o **principal órgão responsável** pela área da saúde. O prefeito e a equipe de gestão dos serviços, pela **Secretaria Municipal de Saúde**, que são os responsáveis pelas **ações e serviços** de saúde naquele local. Logo, tanto a **criação** de políticas públicas municipais como a **aplicação** de políticas nacionais e estaduais devem ser feitas pela equipe do município (POLITIZE, 2016, p. 1).

Neste sentido, é preciso trabalhar, planejar, desenvolver e executar programas e ações voltadas para o município de CI. Afinal é disponibilizado recurso para gestão municipal organizar a saúde do município. Conforme a fala em (POLITIZE, 2016, p. 1), “O planejamento de ações no Sistema Único de Saúde em âmbito local dependerá de recursos próprios do município (mínimo de 15% de sua receita) e dos repassados pela União e pelo estado”.

4.2 SURGIMENTO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

As Irmandades da Santa Casa de Misericórdia surgiram em Portugal no final do século XV, inicialmente fundada pela Rainha D. Leonor de Lencastre, também chamada de rainhas dos sofredores (viúva de D. João II, rei de Portugal), com a colaboração do Frei Miguel de Contreiras, com o objetivo de fornecer auxílio material, espiritual e

⁶² Diretrizes são instruções ou indicações para se estabelecer um plano, uma ação, um negócio, entre outros.

⁶³ Refere ao conjunto de normas plausíveis de ser aplicadas no caso de uma determinada atividade ou assunto. No entanto, a norma é um preceito que demanda o cumprimento inevitável por parte dos indivíduos, ou seja, além de cumprir as normas, deve-se respeitá-las para não acarretar castigo com o cumprimento de uma pena, seja ela econômica ou judicial (QUECONCEITO, 2019).

assistencial para as pessoas mais necessitadas, que muitas das vezes não tinham um local para realizar o tratamento (RUSSELL-WOOD, 1968).

No dia 15 de agosto de 1498, na Sé Catedralícia de Lisboa, numa capela anexa, então conhecida como Nossa Senhora da Terra Solta, ou ainda como de Nossa Senhora da Piedade, foi fundada a primeira Irmandade da Confraria de Nossa Senhora da Misericórdia, em Lisboa, tendo como augusta patronesse a Rainha Leonor de Lencastre, que foi coadjuvada pelo seu confessor, Frei Miguel de Contreiras (KHOURY, 2004, p. 10).

No Brasil as Santas Casas de Misericórdia foram fundadas, a partir do século XVI, trazidas pelos portugueses. “A transposição desse ideal para os territórios colonizados por Portugal levou à criação de Santas Casas nos principais núcleos brasileiros” (FILHO, 1998, p. 11). No dizer de Ferreira (2017) as Santas Casas ao se instalarem no Brasil, passaram a ser dirigidas pela igreja católica que através de recebimento de doações, mantinham os hospitais. Contudo, apresentarei o papel desenvolvido pela Santa Casa de Misericórdia no Brasil, destacando a SCMCI, localizada na região Sul do Estado do Espírito Santo.

Com a exploração das atividades econômicas na região de CI, houve um aumento na circulação de pessoas, e as estruturas que a região apresentava não suportavam as demandas que estavam sendo movimentadas na época e que pudessem atender a toda população instalada (MACIEL, 1992).

A situação começa a piorar a partir do final século XIX, quando começaram a chegarem vários imigrantes europeus, que vieram para trabalhar nas terras. Eles vieram para substituir os escravos negros que foram libertados após a assinatura da Lei Áurea⁶⁴, e que se instalaram por várias locais. Isso ocasionou um grande aglomerado de pessoas circulando tanto nas áreas urbanas quanto nas áreas rurais. Todavia, a condição higiênica da cidade era precária, e, para piorar, a situação da saúde de vários imigrantes que chegavam estava em estado decadente⁶⁵, passando a ser um facilitador para proliferação de várias doenças, com isso, provocando algumas epidemias, a situação se torna arbitrária e levando a óbito.

⁶⁴ Foi a lei sancionada pela Princesa Isabel em 13 de maio de 1888 que aboliu a escravidão no Brasil.

⁶⁵ Enfraquecimento ou empobrecimento de um governo e ou pessoas.

Na verdade, eram trabalhadores do campo separados dos da cidade e, à mingua de recursos, morriam abandonados – uma situação que levou tantos anos para ser levada a sério. Em nossos dias, ninguém faz uma justa idéia do terror que passava sobre eles, dominados pela miséria e pobreza extrema, principalmente em determinadas épocas em que a humanidade parecia que estava destinada à extermínio e enfrentava as mais esquisitas enfermidades, tais como a febre do “mau ar”, o impaludismo (ou malária), lepra, a difteria (crupe), a tísica (tuberculose), a disenteria, a varíola (bexiga), febres pestilentas, o tifo, a cólera, febre tifoide [...] (MACIEL, 1992, p. 228).

As doenças que estavam instaladas na cidade exigiam atenção, preocupação e solução para dar assistência de saúde à população. Nesse sentido, havia a necessidade de criar uma casa de saúde que pudesse amparar os desassistidos e inválidos⁶⁶.

Cercados de florestas e às margens do rio, a pequena população criou nova coragem de enfrentar os males constantes – muitas doenças, febres bravas, inclusive o amarelão, por causa das verminoses, mordidas de cobras de muitas espécies, febre amarela, disenteria, cólera “morbus” e a tuberculose [...] (MOREIRA, 2017, p. 16).

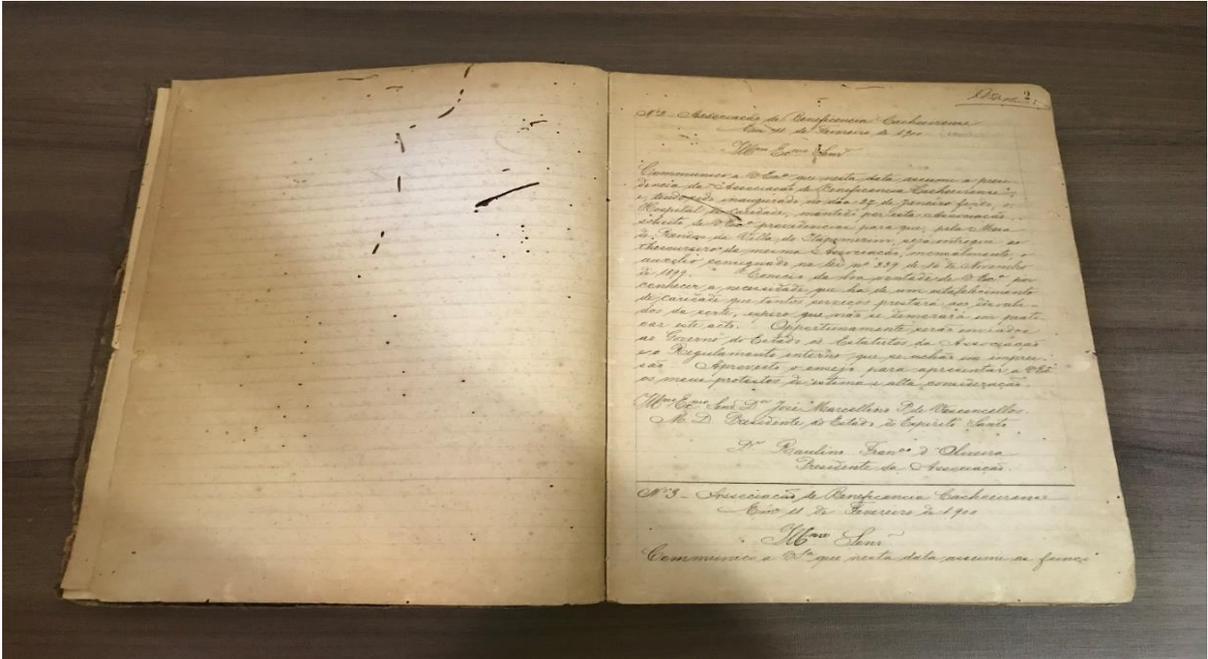
Deu-se, então, início à fundação da SCMCI, no dia 27 de janeiro de 1900, quando começou a realizar os primeiros atendimentos médicos, sendo inaugurada, oficialmente, no dia 2 de fevereiro do mesmo ano (KHOURY, 2004). Todavia, as primeiras reuniões para criação do hospital se deram no final do século XIX, quando se criou a Associação de Beneficência Cachoeirense, e que, a partir da década de 1930 passou a denominar SCMCI.

Comunico a V. Ex.^a que nesta data assumir a presidência da “Associação de Beneficência Cachoeirense” e, tendo sido inaugurado no dia 27 de Janeiro findo, o Hospital de caridade, mantido por esta Associação, solicito de V. Ex.^a providencias para que, pela Mesa de Rendas da Villa do Itapemirim, seja entregue ao thesoureiro da mesma Associação, mensalmente, o auxílio consignado na lei n.º 339 de 16 de novembro de 1889. Cõnscio da boa vontade de V. Ex.^a por conhecer a necessidade que há de um estabelecimento de caridade que tantos serviços prestará aos desvalidos da sorte, espero que não se demorará em praticar este acto. Oportunamente serão enviados ao Governo do Estado os Estatutos da Associação e o Regulamento interno que se achão em impressão. Aproveito o ensejo para apresentar a V. Ex.^a os meus protestos de estima e alta consideração (OLIVEIRA, 1900, p. 2).

⁶⁶ Debilitado, fraco, entre outros.

Abaixo, registro fotográfico da primeira ata da SCMCI, documento registrado feito pelo Senhor Raulino Francisco de Oliveira, primeiro presidente e uns dos fundadores da Associação Beneficência Cachoeirense.

Figura 5: 1ª Ata da Santa Casa de Cachoeiro 1900



Fonte: Própria Autoria (2020)

Com a criação do hospital, a população começou a ter acesso à assistência de saúde. O primeiro conselho foi organizado em dezembro de 1927, no qual institui a primeira diretoria administrativa (KHOURY, 2004). O primeiro registro consta no Cartório de Serviço Notarial e Registral do 1º ofício – Comarca de Cachoeiro de Itapemirim, em 05 de junho de 1934, passando a intitular-se Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim. A SCMCI foi criada com intuito de assistir os mais necessitados e teve como principais objetivos:

1º Manter a assistência hospitalar às pessoas indigentes; 2º - Manter um consultório médico para as pessoas pobres; 3º - fornecer, gratuitamente, aos indigentes não internados no hospital, os medicamentos receitados pelos médicos da Santa Casa; 4º - Fornecer, pelo custo, às pessoas que por condições de fortuna o necessitarem, os medicamentos elaborados na farmácia da Santa Casa; 5º - Tratar em seu hospital, mediante contribuição estabelecida pela Diretoria, anualmente, os sócios e pessoas de suas famílias ou quaisquer outras que requisitarem internação, em suas enfermarias ou aposentos privados; 6º - Fazer, gratuitamente, o enterro dos indigentes que falecerem no hospital; 7º - Fazer o enterro, mediante pagamento, de

quaisquer pessoas que hajam falecido no hospital ou fora dele (MACIEL, 1992, p. 236-237).

A SCMCI prosperou seu melhor momento entre as décadas de 1970 e 1980, quando conseguiu implantar vários serviços que fizeram com que a instituição progredisse e fosse reconhecida a nível nacional (SANTA CASA DE CACHOEIRO, 2017).

Figura 6: Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim



Fonte: Arquivo da Santa Casa de Cachoeiro (2017)

Registro fotográfico da SCMCI, em meados do século XX. Entrada através da rua Coronel Guardiã, escadaria que dava acesso à recepção do hospital, local em que os necessitados recebiam os primeiros atendimentos.

Todavia, no início da década de 1990, a SCMCI passou por uma grave crise econômico-financeira. No ano de 1997, o hospital passou por intervenção do Ministério Público. O objetivo da intervenção era tentar reestruturar a instituição (MOREIRA, 2017).

Diante do exposto, mesmo com a intervenção do Ministério Público, a instituição continuou com dificuldades, e, com isso, teve que interromper algumas atividades.

O ano de 1999 ficou marcado para sempre na história da Santa Casa. Após inúmeras tentativas da administração em buscar apoio junto aos governos, das campanhas de entidades e voluntários e até mesmo a compreensão de fornecedores e funcionários, que ficavam meses sem receber, a entidade caminhava para paralisação de seus serviços. Em janeiro, a população sofreu os primeiros golpes dessa crise (MOREIRA, 2017, p. 114).

Neste sentido, em junho de 1999, o hospital paralisou suas atividades, com o fechamento da SCMCI. A situação ficou crítica para população, pois os serviços foram interrompidos e os pacientes transferidos para outras unidades municipais. Para Felipe (1999, p.3), “o motivo do fechamento da Santa Casa são as dívidas”.

Diante desse fato, a Diocese de Cachoeiro, na pessoa do Bispo Dom Luís Mancilha Vilella, assumiu a presidência da instituição em julho de 1999, e faz uma reformulação no estatuto interno da instituição, em que o presidente do Conselho Deliberativo da SCMCI passa a ser um membro permanente da Diocese de Cachoeiro de Itapemirim, e que permanece até os dias atuais (MOREIRA, 2017). Percebe-se a presença da igreja católica na administração direta do hospital.

A SCMCI é um hospital de média e alta complexidade na prestação de serviço à assistência hospitalar. Suas principais especializações são: Urgência e Emergência, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Serviço de Hemodiálise, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Serviços de Traumatologia e Ortopedia. Além disso é o único hospital geral com um Pronto Socorro aberto 24 horas que recebe todos os pacientes. Possui também serviço de residência médica voltada para as especialidades de clínica médica e cirurgia geral. Ressalta-se ainda que, hospital possui também o serviço de captação de órgãos (CNES, 2021).

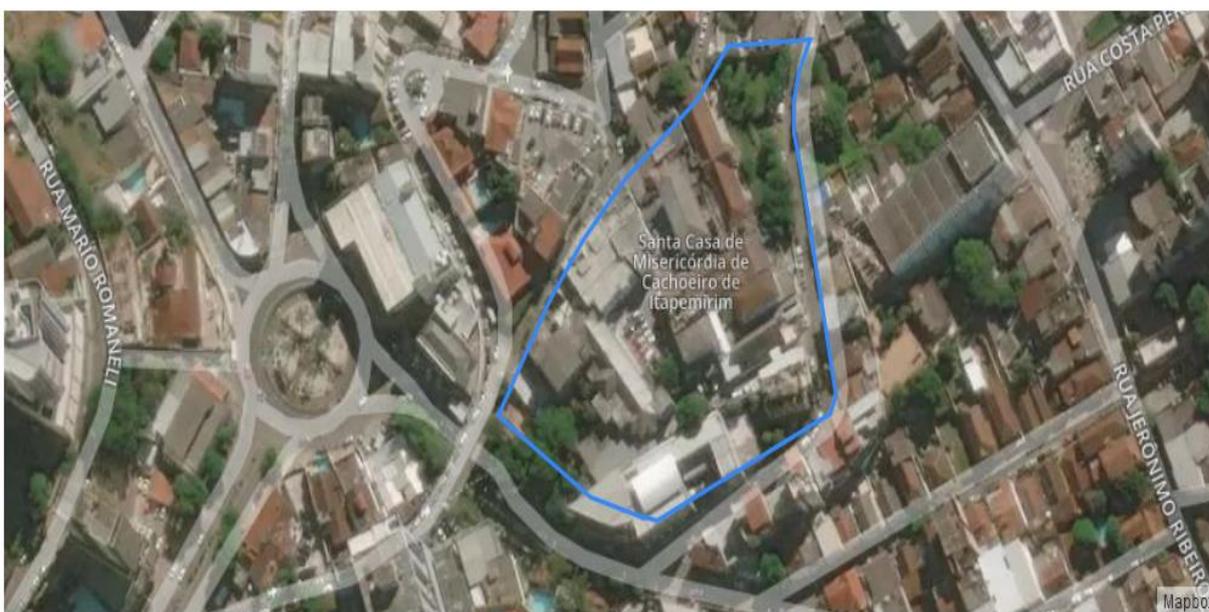
O hospital possui atualmente um total geral de 945 (novecentos e quarenta e cinco) funcionários distribuídos em diversos setores: administrativos, assistências e apoio. Conta com uma estrutura de 209 (duzentos e nove) leitos, sendo que desses leitos 39 (trinta e nove) é para Unidade de Tratamento Intensiva, 85% (oitenta e cinco) por cento do atendimento é para prestação de serviço para população pública usuárias do SUS e 15% (quinze) por cento do atendimento é serviços prestados para os públicos: particular, empresas de seguradoras e planos de saúde de várias operadoras (CNES, 2021).

Vale ressaltar que a SCMCI é mantenedora⁶⁷ dos hospitais Santa Casa de Misericórdia de Castelo, desde de 2011, no município de Castelo, Hospital Menino Jesus, desde de 2020, no município de Itapemirim e do Lar de Idosos “Adelson Moreira Rabelo”, desde década de 1970, no município de Cachoeiro de Itapemirim e tem a finalidade prestar assistência social e à saúde da população idosa, no Sul do Estado do Espírito Santo (SANTA CASA DE CACHOEIRO, 2017).

Entretanto, concordamos com autor quando ele relata que:

O hospital é uma parte integrante de uma organização social e médica, cuja função é prover a população com serviço de saúde completo, tanto de cura como prevenção, cujos serviços externos se estendem às famílias e os lares: o hospital é também um centro de aprendizagem para os que trabalham no serviço de saúde e para pesquisas sociais (COMISSÃO DOS PERITOS DA OMS, 1972, p. 2).

Mapa 6: Localização da Santa Casa de Cachoeiro



Fonte: Google Maps (2021)

Observa-se no mapa 5, a localização da SCMCI, vista aérea.

⁶⁷ Uma instituição, que mantém ou sustenta outra entidade, sendo de sua responsabilidade.

Ressalta-se que a SCMCI foi criada para assistir à população que não tinha acesso à assistência aos serviços de saúde, e que procurava atendê-los através dos seus serviços, comprometimento de sua equipe de trabalho, além de contar com muitas doações e serviços voluntariados da sociedade.

4.2.1 Percepção dos trabalhadores (as)

O termo funcionário tem uma grande sintonia a partir do fordismo e/ou taylorismo⁶⁸ O propósito deste termo é baseado nas descrições de funções ou departamentos (SÓLIO, 2011).

As empresas são grandes responsáveis por gerarem trabalhos, porém, uma empresa não funciona sem as pessoas, “trabalhadores”, e que sem o desenvolvimento deles, as organizações não alcançam o sucesso almejado. Nesse contexto, Ribeiro e Santana (2015, p. 81) “afirma que sem trabalho, energia, dinâmica, inteligência, criatividade e racionalidade das pessoas, as organizações não existiriam”. Vale destacar que:

Atualmente o destaque de uma organização no mundo globalizado está diretamente ligado as pessoas que a compõe. É necessário que se tenha uma equipe capacitada, preparada, motivada e satisfeita. Pessoas que tenham iniciativa, vontade de trabalhar, que busquem sempre crescimento pessoal e profissional (RIBEIRO; SANTANA, 2015, p. 81).

Podemos concluir, portanto, que:

O desafio de uma organização é identificar o que motiva cada indivíduo e proporcionar ações de melhorias na qualidade de vida no trabalho que solucionem os problemas existentes e torne sua equipe apta a desempenhar seu ofício com excelência (RIBEIRO; SANTANA, 2015, p. 81-82).

⁶⁸ “O principal objetivo desta técnica é **otimizar as tarefas desempenhadas nas empresas**, através da organização e divisão de funções dos trabalhadores” (SIGNIFICADO, 2019, p.2).

Todavia, a organização, para conseguir uma produtividade em suas atividades, depende do comprometimento de todos os funcionários. Para isso acontecer, julga-se a necessidade se valorizar o capital humano dentro de uma empresa.

Ressalta-se que, cada funcionário tem uma forma de trabalhar, pensar, agir, entre outras qualidades e habilidades, porém, dentro de um hospital, existem várias atividades, como, por exemplo: Assistencial, Apoio, Serviço e Administrativo, embora muitas das vezes é percebido, no ambiente hospitalar, mais serviços assistenciais, e, realmente, é o que mais se destaca.

Entretanto, para que se chegue a um resultado de uma forma geral, assim como as demais atividades, o setor administrativo também é essencial, pois boa parte dos resultados e planejamentos passam por esses profissionais, que envolvem setores como: diretoria, faturamento, contabilidade, suprimentos, compras, recepção, secretaria, tesouraria, entre outros.

Atualmente, grande parcela das instituições hospitalares se organiza pela racionalidade gerencial, que busca, por meio de planejamento, de metas, programas, definidos por um corpo diretivo superior, planejar as atividades produtivas. Para atingir essa proposta, também aposta na imposição de rígidos mecanismos disciplinares. Mecanismos de controle são implantados visando a atingir metas de maneira eficiente e eficaz (DANELIU, 2019, p. 383).

Nesse sentido, os funcionários do hospital têm as seguintes percepções no ambiente de trabalho, fazendo assim uma análise. O trabalho sob sua responsabilidade é fundamental para o seu desenvolvimento, e é muito importante para a administração, pois possibilitam um crescimento profissional diferente das demais empresas.

Para o autor abaixo:

A preocupação do indivíduo em se adaptar e ser aceito num grupo de trabalho, torna-o motivado a apreender o que o grupo faz e como faz; essa condição, de motivação, ao ser bem aproveitada reverterá em benefícios à instituição (BEND et al., 1988, p. 69).

Os funcionários como qualquer profissional, também almejam crescimentos sejam ele de cunho pessoal, profissional e porque não, econômico. Pois, afinal, o funcionário busca uma satisfação e bem-estar ao longo do crescimento da vida, seja profissional e pessoal.

Desde então, estudos têm buscado entender quais são os determinantes da felicidade dos indivíduos e a relação disso com as políticas públicas. Verificou-se que diversas variáveis importam para a felicidade, por exemplo, a situação financeira, relacionamentos familiares, trabalho [...] (CAMPETTI, 2019, p. 266).

Alguns funcionários discorrem que algumas situações desmotivam devido à instituição não avaliar como está o comportamento do funcionário no ambiente de trabalho, se está satisfeito e comprometido com suas atividades do dia a dia. É preciso, então, desenvolver ferramentas que possam medir essa insatisfação. É possível que esse relato dos trabalhadores da SCMCI, vá de encontro com a fala do autor abaixo:

Em relação à sua valorização os trabalhadores entrevistados destacaram especialmente três aspectos: o investimento em seu aprimoramento técnico por meio da educação permanente em sua relação com a progressão funcional, o reconhecimento por parte do usuário do serviço e a relação que se estabelece entre ambos (DANELIU, 2019, p. 385).

O autor ainda complementa relatando que:

Também queixam que as opiniões e sugestões apresentadas pelos trabalhadores não são efetivadas na prática. Por fim, percebem que falta autonomia para organizar o ambiente de trabalho conforme as demandas e questões que eles se deparam no dia a dia (DANELIU, 2019, p. 385).

A função do gestor de uma organização é verificar a produção da empresa. Para isso, é preciso, formar uma boa equipe para desenvolver talentos junto aos funcionários. Há de se considerar, também, que:

Nos últimos tempos a preocupação das organizações é minimizar alguns conflitos no ambiente de trabalho, como: o baixo comprometimento, a grande rotatividade de pessoas e a queda na produtividade. A sobrevivência da empresa depende da adoção de modelos que respeitem o funcionário como membro importante para seu funcionamento. Um dos grandes desafios de uma organização é entender e identificar fatores que levam a motivação do

seu colaborador. Funcionários motivados tendem a desempenhar suas funções com mais seriedade e eficácia (RIBEIRO; SANTANA, 2015, p. 83).

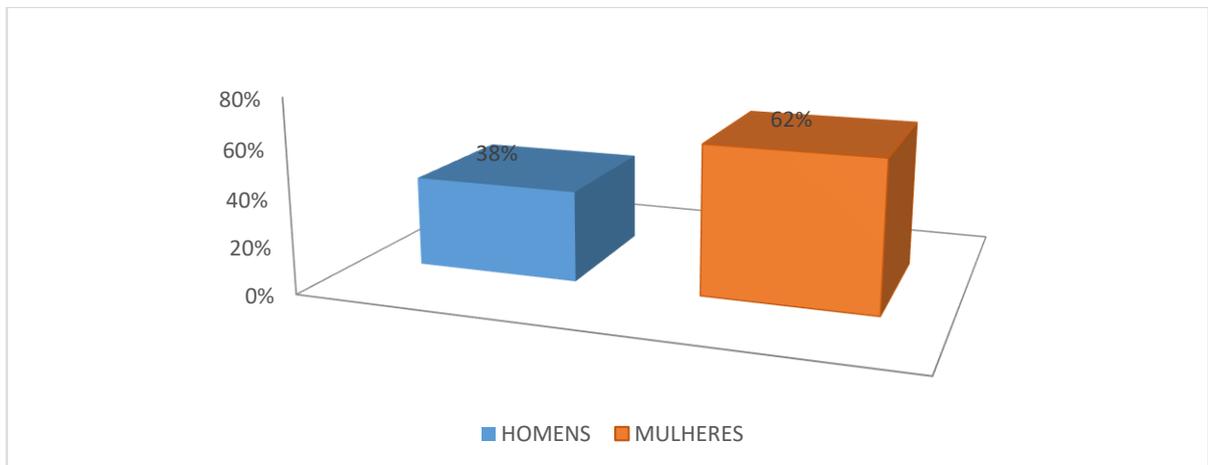
Entretanto, os funcionários participantes da pesquisa têm a perspectiva de que sejam aplicados diversos componentes que possam promover um melhor desenvolvimento, através do conhecimento pautado em cima das dificuldades que podem existir, e, assim, proporcionar um local de trabalho capaz de fazer com que a participação no processo de trabalho seja estimulada, possibilitando a participação nas decisões do setor.

Nesse sentido, os funcionários compreendem e afirmam que é inevitável a busca pelo aprimoramento e o aperfeiçoamento no ambiente de trabalho, tendo em vista que o crescimento profissional depende de um processo contínuo de aprendizagem. Mas, a instituição precisa ter um olhar mais apurados, para o seu quadro de funcionário administrativo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção, está sendo apresentado os resultados e as discussões deste trabalho. Participaram da pesquisa 21 (vinte e um) funcionários exclusivos dos setores administrativos, distribuídos entre os sexos masculino e feminino. Todos os funcionários selecionados participaram de forma voluntária, no qual assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e foi mantida a confidencialidade e o sigilo total por parte do pesquisador. O instrumento utilizado na pesquisa foi um questionário que foram encaminhados e respondidos por e-mail.

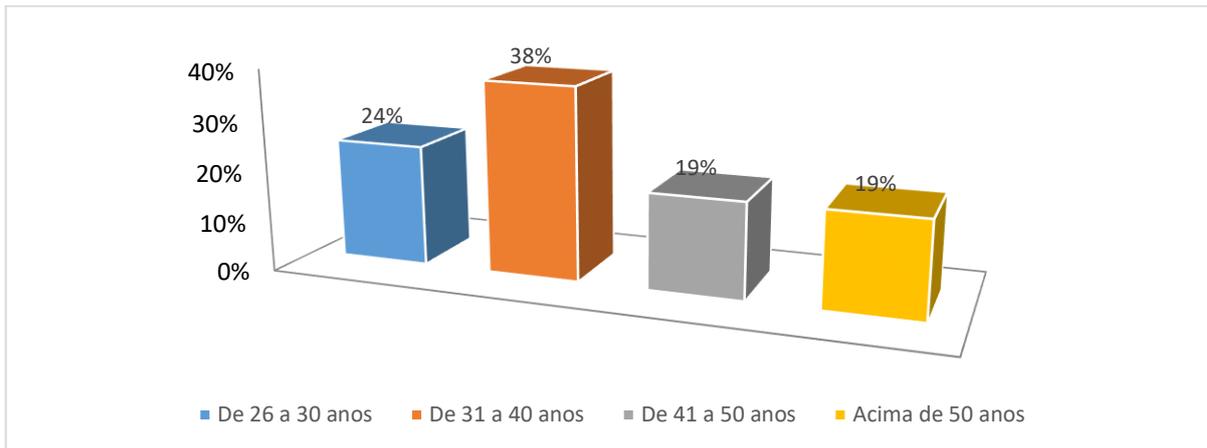
Gráfico 1: Percentual dos Funcionários por Gênero



Fonte: Autoria Própria (2020)

O gráfico 1, acima, apresenta o percentual da população participante separada por gêneros. Consta-se que a maioria é do sexo feminino, que representam 62%, enquanto os homens representam 38%.

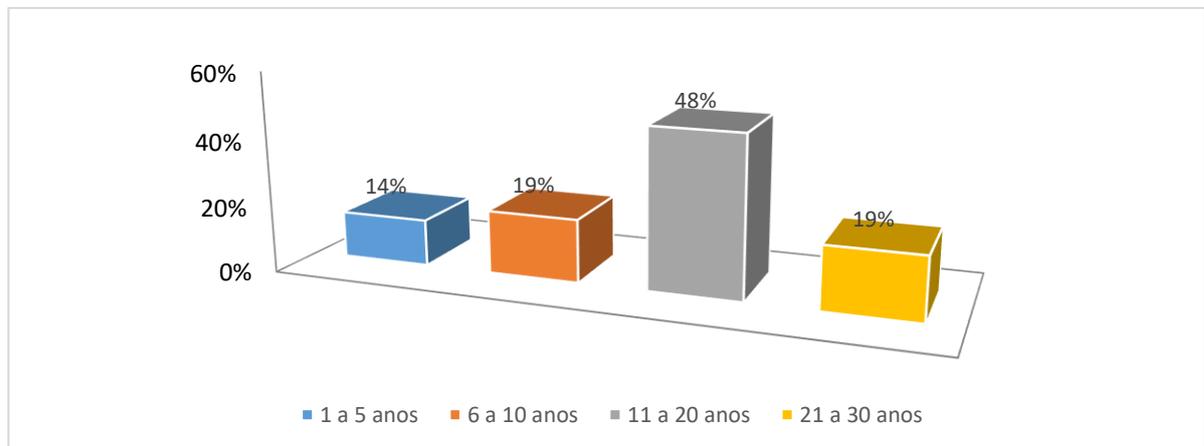
Gráfico 2: Idade dos Funcionários



Fonte: Autoria Própria (2020)

Conforme se observa no gráfico 2, da população participante 24% tem a idade de 26 a 30 anos, 38% de 31 a 40 anos, 19% de 41 a 50 anos e 19% tem a idade acima de 50 anos. Deste modo a maioria dos funcionários que participaram da pesquisa possui a idade de 31 a 40 anos. Porém, a idade deles varia entre 26 a acima de 50 anos, ou seja, os funcionários da instituição, de certa forma, são profissionais com bastante experiência.

Gráfico 3: Tempo de Empresa

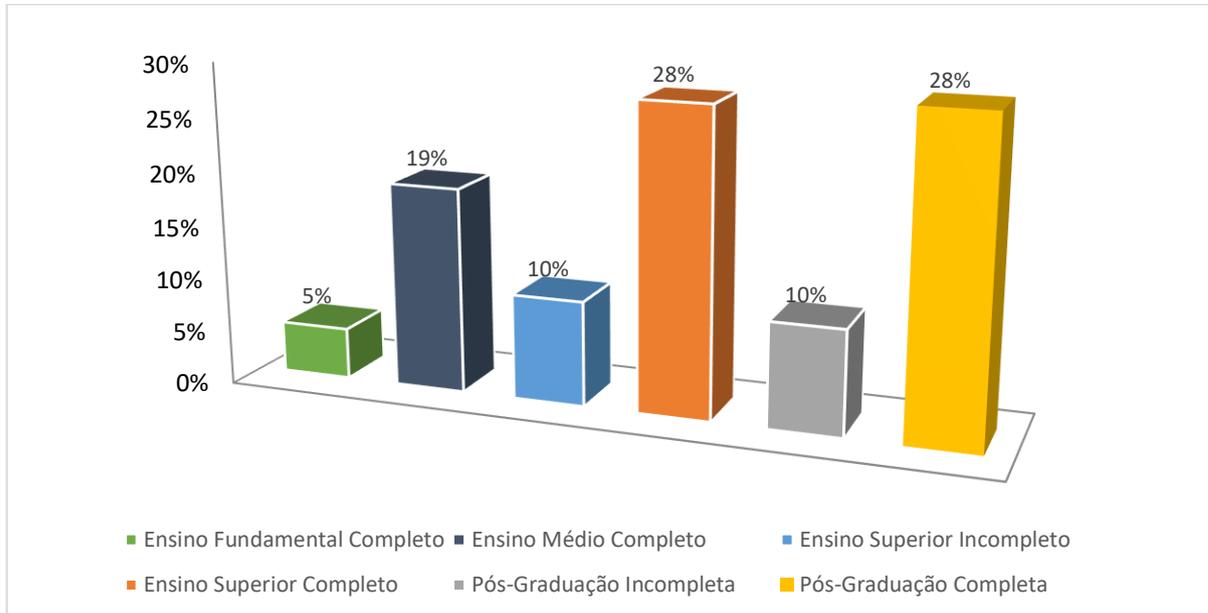


Fonte: Autoria Própria (2020)

Partindo dos resultados relacionados ao tempo de trabalho na SCMCI, conclui-se que, 14% possui o tempo de 1 a 5 anos, 19% de 6 a 10 anos, 48% de 11 a 20 anos e 19% de 21 a 30 anos. Observa-se que, a partir dos dados apurados no gráfico 3, que o

setor administrativo apresenta pouca rotatividade, tendo em vista que a maioria dos funcionários têm mais de 5 anos na empresa.

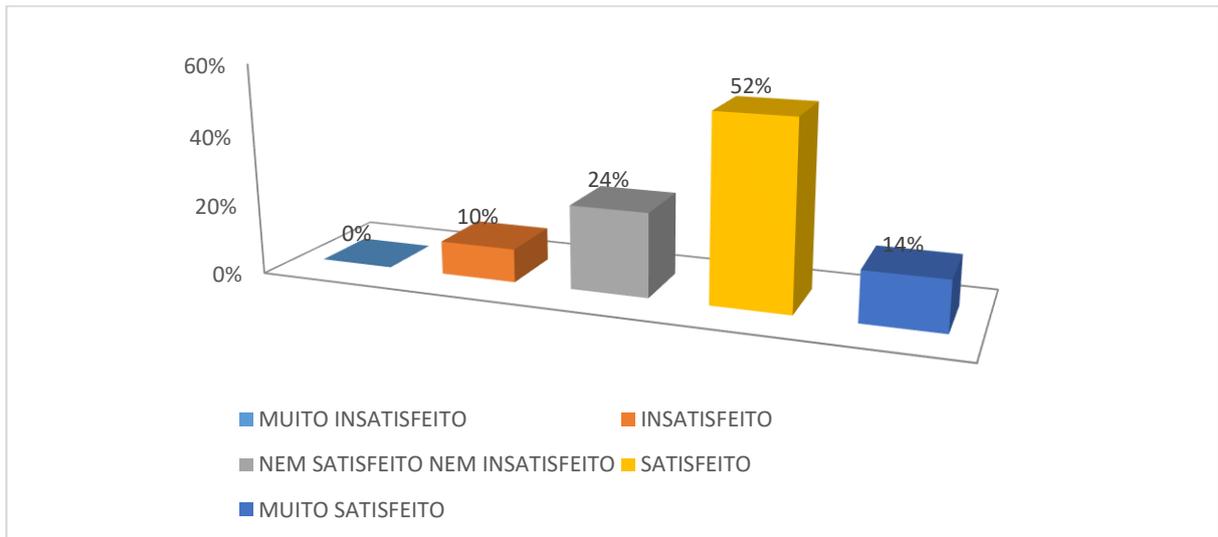
Gráfico 4: Nível de Escolaridade



Fonte: Própria autoria, 2020

Em relação ao nível de escolaridade apurado no gráfico 4, conclui-se que, 5% possui ensino fundamental incompleto, 19% possui ensino médio completo, 10% ensino superior incompleto, 28% possui ensino superior completo, 10% pós-graduação incompleto e 28% pós-graduação completa. Pode-se perceber que a instituição tem profissionais que busca ou tem buscado se aperfeiçoar, pois possui nível de escolaridade satisfatório, pois 66% possuem nível superior ou especialização.

Gráfico 5: Está Satisfeitos (as) com a sua condição de trabalho?



Fonte: Própria autoria, 2020

No entanto, a apuração dos dados no gráfico 5, mostra que 14% estão muito satisfeitos (as), 52% dos funcionários da instituição estão satisfeitos (as) com a sua condição de trabalho, todavia, é preciso se atentar para os demais funcionários que representam 24%, e que se intitulam nem insatisfeitos (as) nem satisfeitos (as), outros 10% que estão insatisfeitos (as).

Também consideram que as condições no local do trabalho são boas, levando em conta (luminosidade, ambiente, moveis, entre outros). Nesse contexto, vários autores descrevem que a condição de trabalho é um fator determinante para o bom desenvolvimento e comprometimento para o trabalhador:

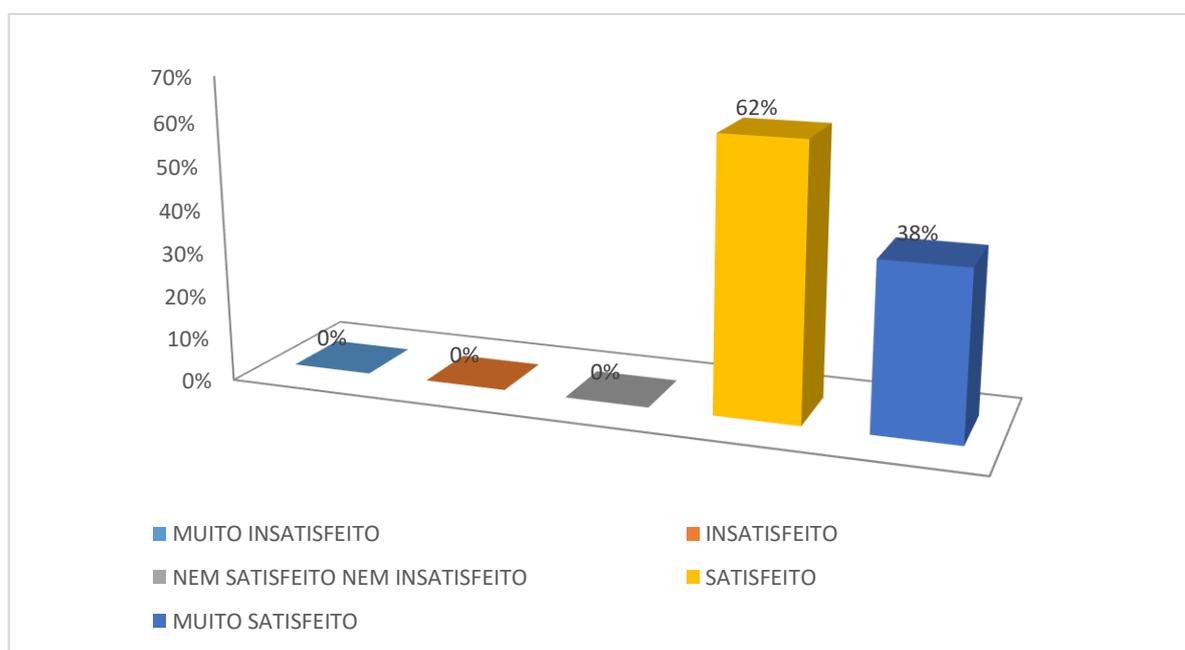
CONDIÇÕES DE TRABALHO: Aborda a jornada de trabalho, condições físicas e a segurança do trabalhador em seu ambiente de trabalho. Nesse quesito avalia se as horas trabalhadas, horas extras, condições de trabalho adequadas evitando riscos de acidentes ou demais fatores que possam prejudicar a atuação do trabalhador (RIBEIRO; SANTANA, 2015, p. 87).

Condições e ambiente de trabalho: englobam recursos disponíveis (tempo, dinheiro, equipamentos, suporte) para realização do trabalho, jornada de trabalho, pausas, turnos de trabalho, condições físicas (ruído, ventilação, umidade, temperatura, arranjo físico e posto de trabalho) e segurança (ausência de riscos) (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 67).

A crescente importância do bem-estar no ambiente do trabalho remete às recentes transformações que vêm passando o setor de recursos humanos e as organizações, reconhecendo as repercussões negativas sobre a saúde física e psíquica dos indivíduos quando se negligenciam fatores que interferem no bem-estar dos trabalhadores. Dessa forma, cresce o movimento que busca compreender o cenário do trabalho visando transformá-lo em um lócus de desenvolvimento de potencialidades humanas, superando a visão reducionista de refutar as necessidades dos sujeitos do ambiente laboral, com conseqüente impacto no bem-estar individual e coletivo (SANTOS; CEBALHOS, 2013, p. 253).

Ressalte-se que, a satisfação no trabalho não é algo fácil de medir, pois pode ser subjetivo, por isso varia de pessoa para pessoa.

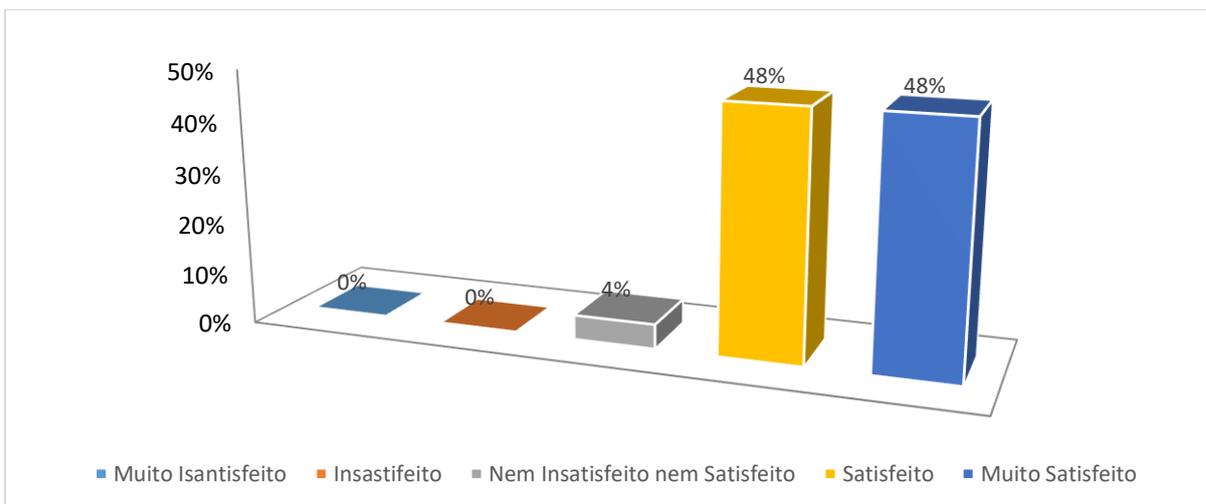
Gráfico 6: Como avalia o seu trabalho?



Fonte: Autoria Própria (2020)

Com relação ao seu trabalho, os funcionários responderam, conforme o gráfico 6, que 38% estão muito satisfeitos (as) e 62% satisfeitos (as). Os trabalhadores responderam que desenvolvem bem o seu trabalho. Eles têm uma enorme disposição e se sentem capazes de realizar as tarefas.

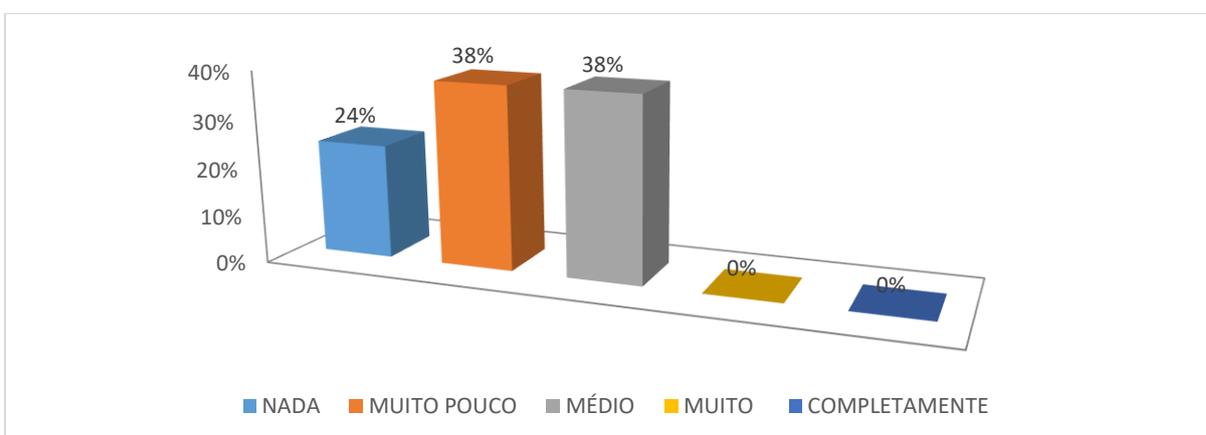
Gráfico 7: Contribuição que o seu trabalho representa para Instituição?



Fonte: Própria autoria, 2020

Conforme os dados apurados no gráfico 7, foi identificado que 96% consideram que o seu trabalho é muito importante para instituição e para sociedade, e estão satisfeitos (as) ou muito satisfeitos (as). Somente 4% preferiram ficar neutros. Além disso, percebem que o seu trabalho é muito importante para instituição e para sociedade.

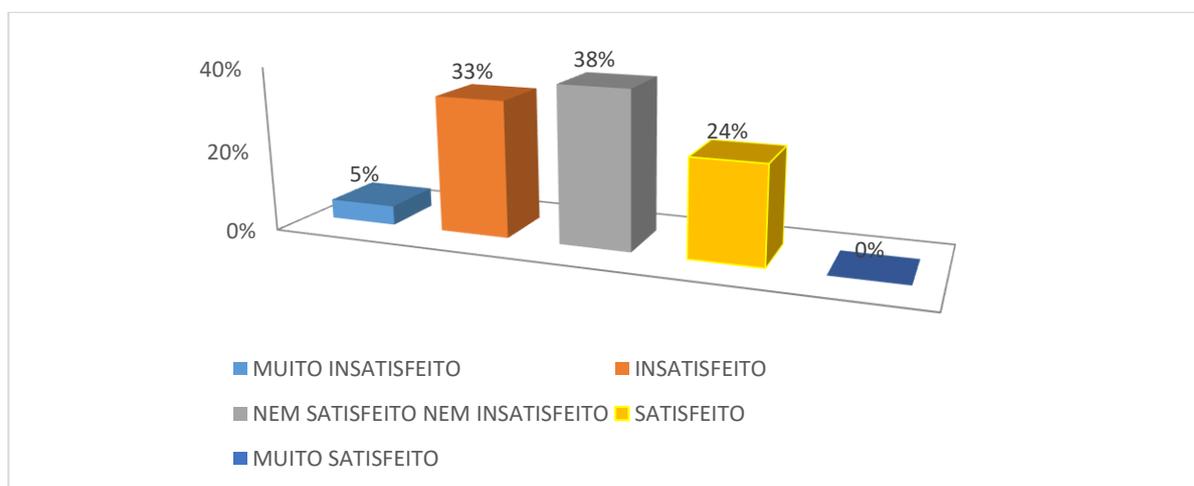
Gráfico 8: A Instituição oferece plano de carreira e/ou possibilidade de você ser promovido?



Fonte: Própria autoria, 2020

Os dados do gráfico 8, mostram que 24% dos funcionários responderam que não há plano de carreira ou a possibilidade de ser promovido no trabalho, 38% responderam que há muito pouco e outros 38% acreditam que essas possibilidades são médias.

Gráfico 9: está satisfeitos (as) com o seu salário?

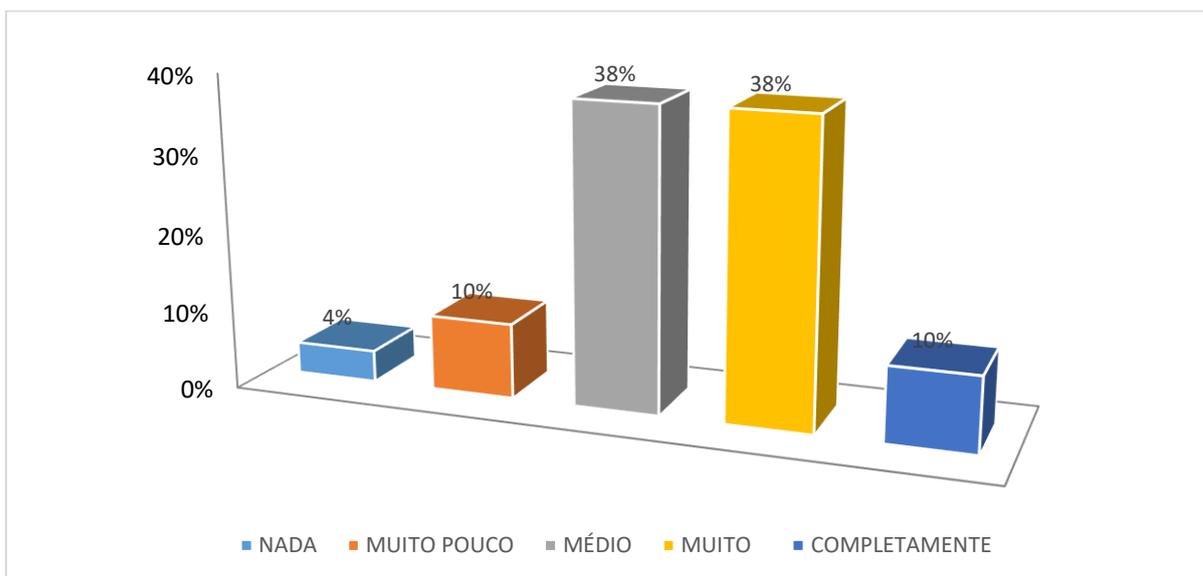


Fonte: Própria autoria, 2020

No gráfico 9, observa-se que os funcionários responderam as seguintes respostas sobre os seus salários: 24% dos trabalhadores (as) estão satisfeitos (as), 38% preferiram ficar neutro e 33% estão insatisfeitos (as) e outros 5% estão muito insatisfeitos (as).

Entretanto, avaliando os gráficos 8 e 9, observa-se pontos negativos conforme as percepções dos trabalhadores (as). Para (FERREIRA, 2018, p. 25), “Os planos de cargos, carreira e salários têm sido uma das formas de manter os profissionais motivados a se aperfeiçoarem em seu ambiente de trabalho”. Entretanto, se discute que, às faltas de plano de carreira ou a possibilidade de ser promovido e a desvalorização salarial, contribui para um clima desfavorável no trabalho. As faltas dessas situações geram preocupação, insegurança e indecisão para o trabalhador que acaba ficando desmotivado no ambiente de trabalho (OCUPACIONAL, 2017).

Gráfico 10: Se sente cansado (a) ou exaustivo (a) no trabalho?



Fonte: Própria autoria, 2020

Observa-se que, no gráfico 10, somente 4% dos trabalhadores (as) não sentem nada e 10% se sentem muito pouco no que se refere cansado (as) ou exaustivos (as), porém, 38% ficaram neutros (as). Outros 38% responderam que se sentem muito cansados (as) e 10% se sentem completamente cansados (as) ou exaustos (as). É importante relatar, preocupação com esses dados. Tamayo (2002), relata que, o trabalhador com exaustão emocional, contribui para desenvolvimento da Síndrome de Burnout. Os autores abaixo, complementam das seguintes formas:

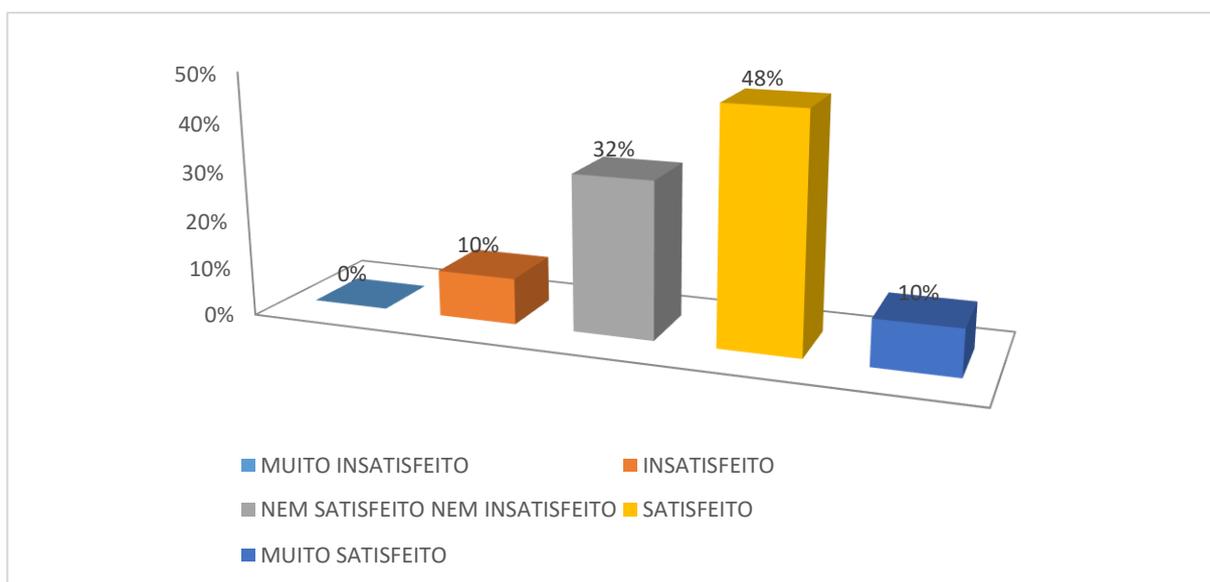
As consequências da exaustão emocional podem ser observadas nos níveis individual e organizacional. Do ponto de vista individual, a exaustão emocional afeta: a saúde da pessoa, causando numerosos distúrbios psicossomáticos e depressão; as relações interpessoais fora do trabalho, principalmente no seio da família e também no grupo social do trabalhador [...] (TAMAYO, 2002, p.27).

Segundo o modelo teórico de Maslach, a síndrome de burnout é um processo em que a exaustão emocional é a dimensão precursora da síndrome, sendo seguida por despersonalização e, por fim, pelo sentimento de diminuição da realização pessoal no trabalho (CARLOTTO; PALAZZO, 2006, p. 1020).

[...] os profissionais atingidos pela síndrome são pessoas que mergulham fundo em seu trabalho, não sabem dizer não, se ocupam com várias coisas ao mesmo tempo e têm compulsão para o trabalho, retirando dele grande parte de sua satisfação pessoal (SOUZA; SILVA, 2002, p.39).

Observa-se que, os resultados obtidos no gráfico 10, em relação ao cansaço e a exaustão no ambiente de trabalho, pressupõe uma possibilidade do desenvolvimento de doenças na população estudada.

Gráfico 11: Está satisfeito (a) com a QVT?



Fonte: Própria autoria, 2020

Os trabalhadores também responderam que a QVT é muito importante, porém vai depender de como a instituição tem se posicionado sobre o assunto, pois vários fatores estão ligados como, por exemplo, o clima organizacional no ambiente do trabalho.

Para Oliveira (2015, p. 34.), “[...] a QVT é uma gestão dinâmica, em virtude da mudança contínua das organizações, e é contingencial, visto que está sujeito à peculiaridade das instituições no contexto em que está inserida”.

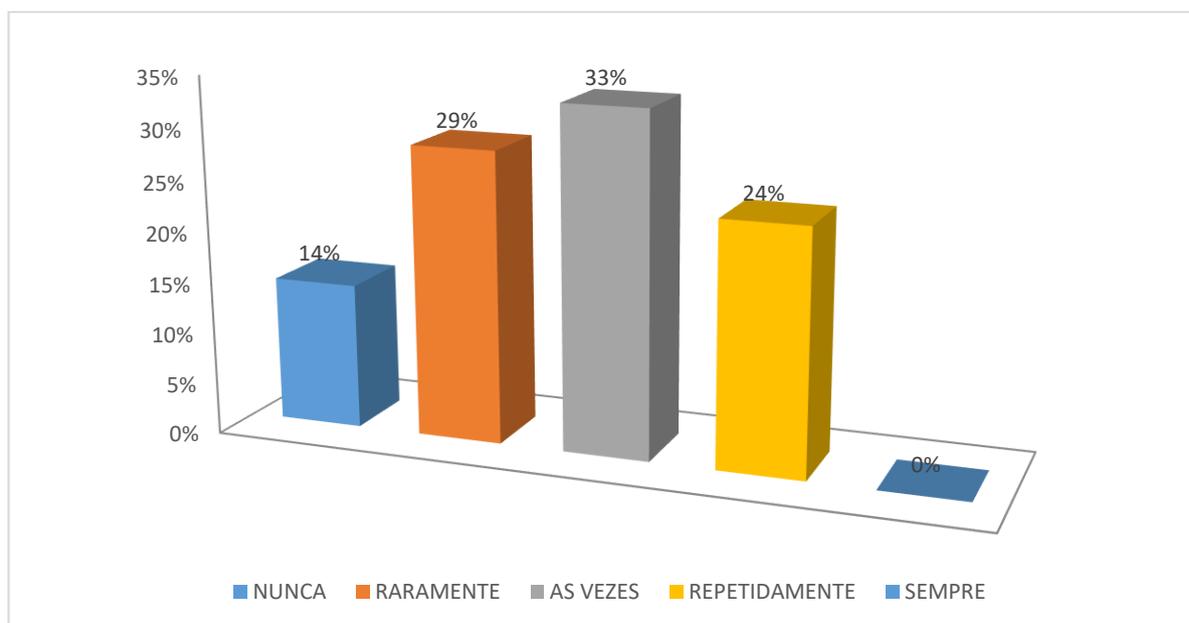
Na análise sobre a QVT no trabalho, conforme o gráfico 11, 10% dos participantes estão muito satisfeitos (as), 48% estão satisfeitos (as), porém, 32% responderam que estão nem satisfeitos (as) nem insatisfeitos (as) e outros 10% estão insatisfeitos (as).

Vale ressaltar que:

A qualidade de vida no trabalho está relacionada ao ambiente organizacional que proporcione oportunidades ao trabalhador para satisfazer suas necessidades pessoais, ao mesmo tempo em que, sendo um estado de espírito de ânimo reinando dentro da organização, exige comprometimento no desempenho de tarefas de acordo com a habilidade de cada um (COSTA, 2007, p. 13).

Neste sentido, a QVT tem que estar inserida constantemente no meio social do trabalhador. Assim, é preciso se atentar, pois os resultados apurados necessitam dessa atenção na instituição.

Gráfico 12: Apresenta sentimentos negativos no trabalho tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?



Fonte: Própria autoria, 2020

No gráfico 12, foi analisado se os funcionários apresentam sentimentos negativos no trabalho tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão. Os funcionários responderam da seguinte forma: 24% dos participantes responderam que repetidamente apresentam um dos transtornos, 33% responderam que às vezes, 29% responderam raramente e 14% nunca apresentaram ou sentiram tais sentimentos. “A OIT atribui o aumento dos casos de estresse relacionado ao trabalho à globalização e fenômenos associados, como a fragmentação do mercado de trabalho [...]” (BRASIL 2017, p. 24).

O autor assevera que:

Inúmeros fatores inerentes à atividade laboral, como mudança de chefia, cargo, condição financeira, estratégias inadequadas de enfrentamento, dificuldades para lidar com superior, horários de trabalho ininterruptos, têm sido apontados como fatores de vulnerabilidade para o envolvimento do estresse laboral, ansiedade e depressão (GAVIN, 2003, p. 18).

O aumento significativo no número de registro de doenças relacionadas ao trabalho a cada ano incentiva os pesquisadores a investigar a relação entre a gênese das doenças físicas, mentais ou psicossociais e a organização do trabalho, bem como o impacto das modificações nas relações sociais de produção para os trabalhadores (GAVIN, 2013, p. 19).

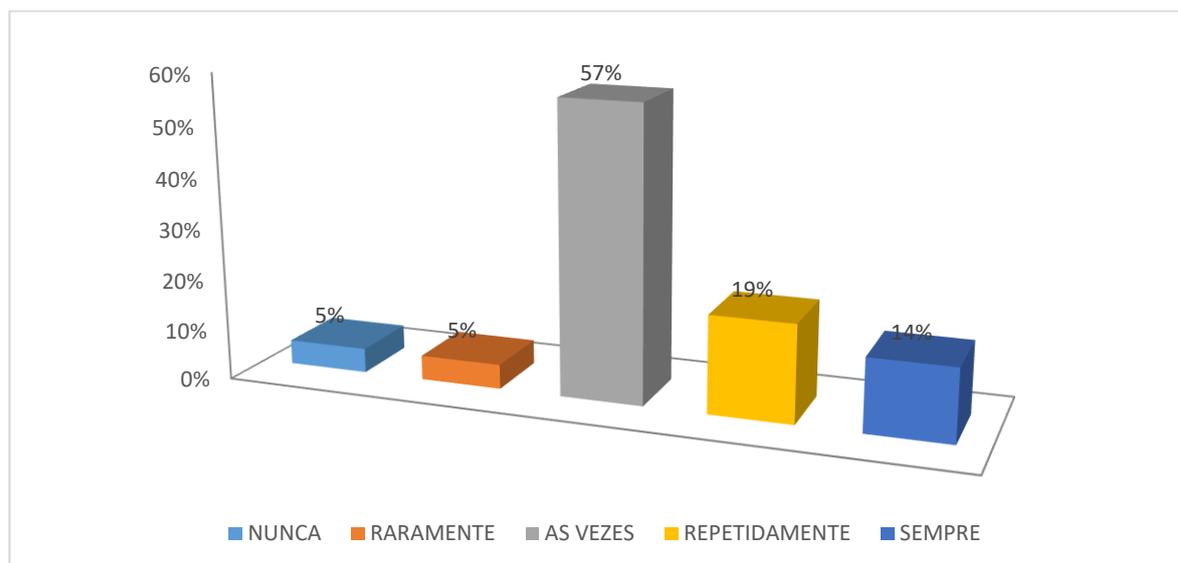
O estresse no trabalho é um problema crescente em todo o mundo e afeta não só a saúde dos profissionais, mas também a produtividade das organizações. Sendo assim as condições de vida e de trabalho pode influenciar no bem-estar, mental e social do indivíduo (GAVIN, 2013, p. 22).

Há, ainda, de se considerar que:

O estudo da OIT levanta outra questão interessante: de acordo com a organização, mulheres teriam maior propensão a reportar os sintomas físicos e emocionais do estresse, enquanto homens relutariam mais em acreditar que o adoecimento mental por estresse estaria impactando sua saúde. Adicionalmente, indivíduos do sexo masculino colocariam menos ênfase na necessidade de gerenciar seu estresse, teriam menos confiança em psicólogos, e apresentariam maior dificuldade em implementar estratégias para promover mudanças comportamentais e de estilo de vida (BRASIL, 2017, p14).

Neste sentido, a OMS afirma que: a depressão, a ansiedade, o estresse e outros transtornos estão cada vez mais inseridos na sociedade e já atingem, em todo o mundo, mais de 350 milhões da população em diversas faixas etárias e sociais. Estima-se que mais de 12% dos trabalhadores se afastam do ambiente de trabalho e até mesmo de outras atividades (VIANA; LOURENÇO, 2017).

Gráfico 13: Pratica exercícios físicos ou atividade de lazer?



Fonte: Autoria Própria (2020)

Os dados apurados no gráfico 13, no que se refere se os trabalhadores (as) pratica algum tipo de exercícios físicos ou prática de lazer, 14% responderam que sempre, 19% repetidamente, 57% praticam às vezes, 5% raramente e outros 5% nunca praticaram. Para Campetti (2019, p. 266), “Uma Segunda forma de avaliar questões relacionadas à saúde é verificando o impacto de diversas doenças no bem-estar subjetivo das pessoas”.

Segundo as informações cedidas:

A área da saúde coletiva, com base em estudos epidemiológicos, apresenta indicadores representativos da associação entre atividade física e saúde, considerando variáveis tais como hábitos diários, sedentarismo, alimentação, tabagismo, consumo de álcool, insônia, ansiedade, condição socioeconômica, escolaridade, enfim, aspectos que venham condicionar indivíduos a adquirir ou manifestar agravos a sua saúde (OLIVEIRA, ANDRADE, 2013, p. 193).

Neste sentido, julga-se que, nos dias atuais, as atividades de lazer principalmente no ambiente de trabalho são muito relevantes para os trabalhadores (as). Para (DEVIDE, 1998, p. 110) “não há como ignorar os benefícios da prática regular de exercícios e da aptidão física para prevenção e reabilitação de muitas doenças causadas pelo estilo de vida sedentário, comum na atual sociedade industrializada”.

Entretanto, diante dos resultados dos dados analisados, podemos concluir que foram identificados na maioria da população estudada, alguns fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores da área administrativa da Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim, podendo prejudicá-los em vários aspectos de âmbito: social, econômico e familiar, também podendo levar até ao adoecimento mental e/ou afastamento do trabalho gerando, um prejuízo para eles.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar a perspectiva da saúde dos trabalhadores da área administrativa da Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim, na percepção deles, e propôs uma abordagem sobre alguns fatores de riscos que podem levar ao adoecimento e agravos deles no ambiente de trabalho.

Observa-se que, embora tenha pontos positivos nos dados apurados, julga-se a necessidade de reverter o nível de insatisfação dentro da organização, é preciso criar fatores motivacionais, que podem ser influenciados por perspectivas futuras, reconhecimento, crescimento e realização profissional e pessoal. Neste estudo, foram apresentados fatores e riscos ligados às doenças ocupacionais e psicossociais.

É necessária, também, a elaboração de estratégias que visam à prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos trabalhadores (as) a fim de eliminar e/ou diminuir insatisfação em alguns quesitos que foram identificados nos resultados da pesquisa.

Essas estratégias podem ser analisadas, planejadas e implantadas por meio de planos, ações e programas que buscam oferecer, além de melhoria no ambiente de trabalho e formas positivas para combater as adversidades no ambiente. Dessa forma, procurar manter os funcionários sempre motivados e comprometidos com a sua rotina de trabalho no dia-a-dia é um desafio enorme, porém necessário.

Destaca-se que, é preciso entender o relato dos trabalhadores, pois no ambiente de trabalho ele passa por diversas etapas, podendo sofrer com as condições de vários fatores como: físico, mental e emocional e que pode provocar situações de adoecimento, acidentes no trabalho e até em alguns casos o óbito.

Nesse contexto, recomenda-se que o hospital desenvolva constantemente, ações, com intuito de amenizar os problemas existentes, a fim de eliminar e/ou diminuir fatores e riscos para os trabalhadores.

Diante da relevância desse estudo, muito ainda há de se explorar nesse tema. Entretanto, torna-se necessário explorar mais estudos com delineamentos e metodologias variadas voltados para o público estudado.

Deseja-se que, os resultados possam ser apresentados à Instituição, para que possam ser inseridas atividades visando a melhora no ambiente de trabalho, para que possam promover a prevenção, a promoção, à detecção precoce e o tratamento de possíveis doenças.

Outrossim, ressalvo-me que, apesar de um pequeno número inclusive para avaliações quantitativas, trata-se de um panorama referente a população estudada. Destaca-se, as dificuldades de explorar mais este estudo, devido algumas exigências que foi necessário seguir no âmbito sanitário no ano de 2020 e 2021, período em que à pandemia da Coronavírus Disease 2019 (COVID-19), impôs um isolamento social na população de forma geral tanto na esfera mundial quanto na esfera nacional. Nesse sentido, julga-se necessária a realização de novas pesquisas, buscando sustentar, os achados desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho. LIMA, Luciana Dias de. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 51-63, dez. 2015. DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005187.

AMABILE, Antônio Eduardo de Noronha. Políticas Públicas. In CASTRO, Carmem Lúcia Freitas. GONTIJO, Cynthia Rúbia Braga. AMABILE, Antônio Eduardo de Noronha. (Org.). **Dicionários de Políticas Públicas**. Barbacena: EDUEMG. 2012. p. 390-391.

ANAMT. **ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO**. São Paulo, 2014. Disponível em: < <https://www.anamt.org.br/portal/2014/06/05/politica-nacional-seguranca-e-saude-do-trabalhador-sera-atualizada/>>. Acesso em: 01 de mai. 2020.

ANDRADE, Elsa Thomé de. MARTINS, Maria Inês Carsalade. MACHADO, Jorge Huet. **O processo de construção de política de saúde do trabalhador no Brasil para o setor público**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/configuracoes/1472> ; DOI : [10.4000/configuracoes.1472](https://doi.org/10.4000/configuracoes.1472)>. Acesso em: 13 set. 2019.

ANTUNES, Ricardo. **OS SENTIDOS DO TRABALHO**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2009. p. 101-117.

ASCARI, Rosana Amora. RETROSPECTIVA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. **Acta JUS**. Paraná, v. 4, n1. p. 05-09. jun./ago. 2014.

BENDO, Maria Antonieta et al. **PROPOSTA METODOLÓGICA PARA ORIENTAÇÃO DE FUNCIONÁRIO RECÉM-ADMITIDO EM HOSPITAL**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 41, n. 1, p. 69-74, jan./mar. 1998.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Sistema Único de Saúde, Princípio do SUS**. Brasília, 1991. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS**. Brasília, 2011. v. 13, p. 1-30.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **CONASS**. Brasília, 2011. v. 1, p. 10-37.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. **CONASS**. Brasília, 2011. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/02/NT-45-POLI%CC%81TICA-NACIONAL-DE-SAU%CC%81DE-DO-TRABALHADOR.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto Constitucional Promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a 77/2014 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1/ a 6/1994. Brasília: Senado Federal, ed. 41, 2014.

_____. **Decreto de Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Rio de Janeiro, 1943. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 24 abr. 2020.

_____. **Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930**. Rio de Janeiro, 26 nov. 1930. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19433-26-novembro-1930-517354-norma-pe.html>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

_____. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**: Manual de Procedimentos Para os Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. p. 17-18.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986.

_____. **Decreto 2458, 10 de fevereiro de 1987**. Rio de Janeiro, 10 fev. 1897. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2458-10-fevereiro-1897-539715-publicacaooriginal-39166-pe.html>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1: Brasília, DF, 20 setembro de 1990 a.

_____. Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1: Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. **Contrato Organizativo Da Ação Pública Da Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude_pdf.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. **Diário Oficial da União**: seção 1: p. 1-2, 24 de agosto de 2012. Brasília, 23 ago. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/bm/202/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 18 abr. 2019.

_____. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade. **Dia Mundial em Memória às Vítimas de Acidente de Trabalho**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2014.

_____. **Adoecimento Mental e Trabalho:** A concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2017.

_____. Portaria n. 3.120 de 1º de julho de 1998. **Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS.** Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: < <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

_____. Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1: Brasília, 12 nov. 2009. Seção 1, p. 76.

_____. **Portaria da Consolidação N.º 1.** São Paulo, 2017. Disponível em: < <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-1-SUS.html>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. **Diário Oficial da União:** seção 1: Brasília, 8 nov. 2011c., p.9.

_____. **Princípios do SUS.** Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

_____. **Saúde do Trabalhador. Caderno de Atenção Básica – nº 5.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde do Brasil. **Regulamentação da Lei 8.080 para Fortalecimento do Sistema Único de Saúde: decreto 7508, de 2011.** Brasília, 2011. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rsp/2011.v45n6/1206-1207/pt>>. Acesso em 13 abr. 2020.

_____. Smartlab. **Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho.** São Paulo, 2018. Disponível em: < <https://observatoriosst.mpt.mp.br>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil:** reforma sanitária e ofensiva neoliberal. 2009. Disponível em: <file:///E:/Pr%C3%A9%20Projeto_Doutorado/Reforma_Sanit%C3%A1ria/BRAVO_2009.pdf> Acesso em: 14 out. 2021.

CAMPETTI, Pedro Henrique de Moraes. Diferentes metodologias para avaliação de políticos em saúde mental no Brasil e no mundo: uma revisão teórica. **J. Bras. Econ. Saúde.** v. 11, n. 3, p. 263-270, 2019.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.** 2021. Disponível em: <<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/habilitacao/3201202485680>>. Acesso em: 28 set. 2021.

CARDOSO, ANA Cláudia Moreira. O trabalho determinante do processo saúde-doença. São Paulo: **Revista de Sociologia da USP**. v. 27, n. 1, p. 73-94, jan./jun. 2015.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; ARAÚJO, Tânia Maria de. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 41, e. 7. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100203&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2021.

CARLOTTO, Marly Sandra. PALOZZO, Lilian dos Santos. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Caderno de Saúde Pública**. Canos, v. 2, n. 5, p. 1017-1026, mai. 2006.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 27, n. 78, abr. 2013. p. 7-26

CASTRO, Larisse Caroline Ferreira de. **Afastamento por motivo de saúde como perspectiva de análise da relação trabalho-saúde**: estudo de caso dos servidores do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. 2017. 142. f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

CERVO, A. L. BEVIAN, P.A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. p. 27.

CHIAVEGATTO, Cláudia Vasques. ALEGRANTI, Eduardo. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v, 38, n, 127. p. 11-30, mai. 2013.

CLOSEL, Úrsula de Oliveira. **BEM-ESTAR NO AMBIENTE DE TRABALHO: UMA ANÁLISE À LUZ DA PSICOLOGIA POSITIVA**. 105. f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Programa de Pós-graduação em Gestão Pública do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

COMISSÃO DOS PERITOS DA OMS. **Esboço Histórico do Hospital**. Minas Gerais: Ingrabas, 1976.

COSTA, Danilo et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 38, N. 127, p. 11-30, jan. 2013.

COSTA, Lilian Gracyete Antonina Duarte da. **A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DE DOENÇAS OCUPACIONAIS E ACIDENTES DE TRABALHO PARA CAPACIDADE PRODUTIVA ORGANIZACIONAL**. 2007. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/18634055-A-importancia-da-prevencao-de-doencas->

[ocupacionais-e-acidentes-de-trabalho-para-a-capacidade-produtiva-organizacional.html](#)>. Acesso em: 27 jul. 2020.

COSTANZI, Rogério Nagamine. As novas formas de exploração do trabalho no capitalismo contemporâneo o e as políticas públicas e combate à desigualdade. **Revista do Serviço Público Brasília**. Brasília, v. 56, n. 1., p. 37-55, jan./mar. 2005

CRUZ, Marly Marques. **Histórico do Sistema de Saúde**: proteção social e direito a saúde. Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_760979750.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

DALDON, Maria Tereza Bruni. LANCMAN, Selma. Vigilância em Saúde do Trabalhador – rumos e incertezas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 38, n. 137, p. 92-106, mar. 2013.

DANELIU, Josnei Luís et al. A percepção dos trabalhadores em um hospital Universitário Federal sob gestão de uma empresa estatal de direito privado. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 378-389, abr./jun. 2019.

DEVIDE, Fabiano Pries. ATIVIDADE FÍSICA NA EMPRESA: PARA ONDE VAMOS E O QUE QUEREMOS? **Motriz**. Teresópolis, v. 4, n. 2, p. 109-115, dez. 1998.

DINIZ, Mônica. **Sesmarias e posse de terras**: política fundiária para assegurar a colonização brasileira. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao02/materia03/>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

FELIPPE, Rômulo. Scárdua vem impedir que Santa Casa seja fechada. **Diário Capixaba**. Cachoeiro de Itapemirim, 20 jan. 1999.

FERREIRA, Alessandra Murari Porto. **DO QUE ADOECEM OS TRABALHADORES SERVIDORES MUNICIPAIS DA SAÚDE EM VITÓRIA/ES?** 2018. 108. f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local). EMESCAM, Vitória, 2018.

FERREIRA, Luciana de Moura. **A Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza**: acolhimento de enfermos e educação para a saúde pública (1861-1889). 2017. 128 f. Tese (Doutorado em Educação Brasileira). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

FERREIRA, V. H. S., LEÃO, L. R. B. FAUSTINI. 2020. Ageísmo, políticas públicas voltadas para população idosa e participação social. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. (42), e2816. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e2816.2020>>. Acesso em: 16 ago. 2021

FERRO, Fernanda Fernandes. **INSTRUMENTOS PARA MEDIR A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E A ESF: UMA REVISÃO LIETERATURA**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. (Curso de Especialização em Atenção Básica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2012.

FILANTROPIAONG. **Qual o Conceito de entidade filantrópica**. São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://www.filantropia.org/conteudo.php?id=2427>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

FILHO, Cláudio Bertolli. **História da saúde pública no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1998.

FILHO, Iel Marciano de Moraes. AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**. São Paulo, v. 4, n. 2, p. 75-77. jul./dez. 2015.

FINKELMAN, Jacobo. (Org.). Caminhos da Saúde Pública. In. MERCADANTE, Otávio Azevedo. (Coord.). **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde No Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 237-248.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **A Regionalização pode contribuir para o avanço do SUS?** Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/35859>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://www.pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

FORNO, Cristiano Dal. FINGER, Igor da Rosa. Qualidade de Vida no Trabalho: conceitos, históricos e relevâncias para a gestão de pessoas. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. Paraná, v. 7, n. 2, p. 103-112, abr./jun. 2015.

GAVIN, Rejane Salomão. **Depressão, estresse e ansiedade**: um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador. 2013. 109.f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiatria, USP, Ribeirão Preto, 2013.

GIANEZINI, Kelly et al. **POLÍTICAS PÚBLICAS**: definições, processos e constructos no século XXI. São Luís, 8 mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v21n2p1065-1084>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

GIL. A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999, p. 110.

GOLDENBERG. Mirian. **A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. p. 61-67

GOMEZ, Carlos Minayo. VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel de. MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no sistema de saúde. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, jan. 2018.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Sesmarias e posse de terras**: política fundiária para assegurar a colonização brasileira, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao02/materia03>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE TOCANTINS. **Saúde do Trabalhador**. Tocantins, 26 jul. 2019. Disponível em: <<https://saude.to.gov.br/vigilancia-em-saude/ambiental-e-saude-do-trabalhador/saude-do-trabalhador/>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cachoeiro de Itapemirim (ES)**. Prefeitura, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/brasil/es/cachoeiro-de-itapemirim/historico>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cachoeiro de Itapemirim**. 2019. <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/cachoeiro-de-itapemirim/panorama>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Itapemirim (ES)**. Prefeitura, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/brasil/es/itapemirim/historico>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

INSTITUTO MAIS SAÚDE. **Você sabe como funciona a saúde pública no município?** São Paulo. Disponível em: <<https://www.institutomaissaude.org.br/blog/saude-e-bem-estar/voce-sabe-como-funciona-a-saude-publica-municipal>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

JACQUES, Camila Corrêa. MILANEZ, Bruno. MATTOS, Rita de Cássia Oliveira da Costa. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 369-378, dez. 2012.

JUNIOR, João Silvestre da Silva. **Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados**: um estudo de caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social. 2012. 127.f. dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, USP, São Paulo, 2012.

JUSBRASIL. **Conheça as diferenças entre Comarca, Varas, Entrância, Fórum e Instância**. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://examedaoab.jusbrasil.com.br/artigos/440189655/conheca-as-diferencas-entre-comarca-vara-entrancia-forum-e-instancia>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

KHOURY, Yara Aun (coord.). **Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia no Brasil**: fundadas entre 1500 e 1900. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004.

KREIN, José Daria. O capitalismo contemporâneo e a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 38, n. 128, p. 179-198. nov. 2013.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Qualidade de vida no trabalho saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 5, n.1, p.151-161, 2000.

LARA, Ricardo. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Revista Katálysis**. Florianópolis, p. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.

MACIEL, Manoel Gonçalves. **Voltando ao Cachoeiro Antigo**. Cachoeiro de Itapemirim: Gracal, 1992.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril. 1982. p. 333-350

MARTINEZ, Maria Carmen. PARAGUAY, Ana Izabel Bruzzi Bezerra. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**. São Paulo, v. 6, p. 59-78, ago./out. 2003.

MARTINS, Eduardo Vieira. **A INFORMAÇÃO E SUA DIREÇÃO POLÍTICA NA AGENDA DE PESQUISA EM SAÚDE NO BRASIL**: Uma análise a partir da produção acadêmica da Fiocruz. 2005. 171.f. Tese (Tese Doutorado em Ciência da Informação). Escola de Comunicação. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Escala, 2007.

MATTA, Gustavo Corrêa. PONTES, Ana Lúcia de Moura. (Orgs.). **Políticas de Saúde**: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p. 29-60.

MEDEIROS, Maria Angélica Tavares de. et al. Política de Saúde do Trabalhador: revisitando o caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 38, n. 127, p. 81-91, 2013.

MENDES, Jussara Maria Rosa. et al. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Revista Argumentum**. Vitória, v. 7, n. 2. p. 194-207, jul./dez. 2015.

MONTAÑO, Carlos. DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 77-138.

MOREIRA, Evandro. **100 ANOS DE HISTÓRIA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM 1900 a 2000**. Cachoeiro de Itapemirim: Cachoeiro Cult, 2017.

NEHMY, Rosa Maria Quadros. DIAS, Elizabeth Costa. Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais? **Revista Médica de Minas Gerais**. Minas Gerais, v. 20, p. 13-23, 2010.

NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. **Economia política uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 66-107.

OCUPACIONAL. **Medicina e Engenharia de Segurança do Trabalho**. 2017. Disponível em: <<https://www.ocupacional.com.br/como-lidar-com-a-depressao-no-ambiente-do-trabalho/>>. Acesso: 26 jul. 2017.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **História da OIT**. São Paulo, 1919. Disponível em: <<https://www.ilo.org/brasil/conheca-a-oit/hist%C3%B3ria/lang-pt/index.htm>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Decreto 127, de 22 de maio de 1991**. São Paulo, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0127.htm>. Acesso em: 27 abr. 2020.

OLIVEIRA, Ana Paula. ANDRADE, Douglas Roque. Influência da prática de atividade física nos Programas de Promoção da Saúde nas empresas privadas: uma revisão bibliográfica. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 37, n. 2, p. 192-200, mai. 2013.

OLIVEIRA, André Luiz de. **História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS**. Encontro Teológicos. Florianópolis, 2012. v. 61, n. 1, p. 31-42, 2012. Disponível em: <<https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>>. Acesso em: 02 set. 2019.

OLIVEIRA, Elisângela Magela. TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO, DA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL AOS NOSSOS DIAS. **Caminhos da Geografia**. Uberlândia, v. 6, n. 11, p. 86-94, fev. 2004.

OLIVEIRA, Giovane Costa. **FINANÇAS PESSOAIS E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS SERVIDORES: UM ESTUDO APLICADO A UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO**. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

OLIVEIRA, Raulino Francisco de. **Ata da Associação de Beneficência Cachoeirense**. Cachoeiro de Itapemirim, p. 2, 1900.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. COUTO, Cláudio Gonçalves. DIRETRIZES PRIORITÁRIAS E FASES DA IMPLEMENTAÇÃO: COMO MUDAM AS POLÍTICAS PÚBLICAS. In LOTA, Gabriela (org.). **Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil**. Brasília: Enap. 2019. p. 67-97.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 23 abr. 2020

PAIM, Jairnilson Silva. A REFORMA SANITÁRIA E A MUNICIPALIZAÇÃO. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.1 n. 2, p. 29-47, 1992.

_____. **O QUE É SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, abr. 2018.

PEREZ, Karine Vanessa. BOTTEGA, Carla Garcia. MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 287-298, jun. 2017.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História da Saúde Pública no Brasil: uma pequena revisão. **História das Políticas de Saúde No Brasil**. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 10 set. 2019.

POLITIZE. **Saúde municipal: o que pode e deve ser feito nessa esfera?** São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/saude-municipio-qual-a-responsabilidade/>>. Acesso em: 13 ago. 2021.

POLITIZE. **O QUE É LEI ORGÂNICA DE UM MUNICÍPIO?** São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/lei-organica-de-um-municipio/>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

PREFEITURA DE CACHOEIRO. **A cidade**. 2020. Disponível em: <<http://www.cachoeiro.es.gov.br/a-cidade/historia/>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JERÔNIMO. **INSTITUI O “CÓDIGO SANITÁRIO MUNICIPAL” E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS**. Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br./codigo-sanitario-sao-jeronimo-rs>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

QUECONCEITO. **Conceito de Lei**. São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://queconceito.com.br/lei/>>. Acesso em: 06 ago. 2020.

REIS, Denizi Oliveira. ARAÚJO, Eliane Cardoso de. CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/168>>. Acesso em: 18 abr. 2020.

RENAST. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite – CIB, CIT**. São Paulo, 2004. Disponível em: <<https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-inter-gestores.bipartite-tripartite.cib-cit/>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

RIBEIRO, Larissa Alves. SANTANA, Lídia Chagas de. **QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: FATOR DECISIVO PARA O SUCESSO ORGANIZACIONAL**. **Revista de Iniciação Científica**. São Paulo, v. 2, p. 2, p. 75-96, 2015.

ROCHA, Aristide Almeida.; CESAR, Chester Luiz Galvão.; RIBEIRO, Helena. **Saúde Pública: Bases Conceituais**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 1-17.

ROCHA, Silvana Maria Gomes da. **As relações de poder e as disputas simbólicas pelo Guandu em Cachoeiro de Itapemirim (1966 – 2016)**. 2017. 134 f. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

ROSA, Liane Silveira da et al. Rede de saúde do trabalhador: planejamento e execução do processo de trabalho. **Journal of Nursing and Health**. Rio Grande do Sul, v. 1, n. 1, p. 103-115, abr. 2016.

RUMIN, Cassiano Ricardo. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR E EXTENSÃO EM PSICOLOGIA. **Revista Ciência e Extensão**. São Paulo, v. 12, n.3, p.137-153, jun. 2016.

RUSSELL-WOOD, A. J. R. **Fidalgos e Filantropos A Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755**. Brasília: Universidade de Brasília, 1968. p. 1-32.

SANTA CASA DE CACHOEIRO. **QUEM SOMOS**. 2017. Disponível em: <<https://santacasacachoeiro.org.br>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

SANTOS, Gustavo Barreto. CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa de. BEM-ESTAR NO TRABALHO: ESTUDO DE CASO. **Psicologia em Estudos**. Maringá, v. 18, n. 2, p.247-255, abr./jun. 2013.

SANTOS-FILHO, Serafim B. BARROS, M. Elizabeth Barros de. **TRABALHADOR DA SAÚDE MUITO Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde**. Ijuí: Injuí, 2001. p. 11-15.

SANTOS, Jaqueline Ramalho Nogueira. Presença escrava em Cachoeiro de Itapemirim 1870 a 1880. In MARIN, Andréia. et al. (orgs.). **Vestígios da história sul capixaba em 11 narrativas**. Vitória: Flor & Cultura, 2011. p. 47-63.

SANTOS, Lenir. **Lei 8080/90 e regulamentada 21 anos depois decreto 7508/2011**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/07/16/lei-8-08090-e-regulamentada-21-anos-depois.decreto-75082011>>. Acesso em: 2 mai. 2020.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Cachoeiro de Itapemirim, 2017. **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021**. Disponível em: <<https://www.cachoeiro.es.gov.br/site-pmci/wp-content/uploads/2019/07/plano-municipal-de-saude-2018-2021.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2020.

SIGNIFICADOS. **Significado do Fordismo**. 2019. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/fordismo/>>. Acesso em: 13 de ago. 2021.

SILVA, Heliana Marinho Da. **A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS**. 1996. 132 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas – Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1996.

SILVEIRA, Andréa Luiza da. MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador: campo prática e disputa simbólica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 877-894, set./dez. 2017.

SILVEIRA, Andréa Maria. **Saúde do Trabalhador**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

SIMIONATTO, Ivete. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2009

SÓLIO, Marlene Branca. 2011. **Colaborador: conceito e preconceito**. Caxias do Sul, 2011. Disponível em: <http://www.abrapcorp.org.br/anais2011/trabalhos/trabalho_marlene.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2020.

SOUZA, Renilson Ruhem. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, Katia Reais de et al. A categoria na perspectiva da saúde do trabalhador: ensaio sobre interações, resistências e práxis. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 254-263, jun. 2017.

SOUZA, Wilma Costa. SILVA, Angela Maria Monteiro da. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho na Burnout em profissionais de saúde. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 19, n. 1, p. 37-48, jan./abr. 2002.

SOUZA-UVA, António. SERRANHEIRA, Florentino. Trabalho e Saúde/(Doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 43-49, mai. 2013.

TAMAYO, Álvaro. Exaustão emocional no trabalho. **Revista de Administração**. São Paulo, v. 37, n. 2, p. 26-37, abr./jun. 2002.

TELESSAUDE. Universidade Federal de São Paulo. **Qual a diferença entre surto, epidemia, pandemia e endemia?** São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://www.telessaude.unifesp.br/index.php/dno/redes-sociais/159-qual-e-a-diferenca-entre-surto-epidemia-pandemia-e-endemia>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

TEXEIRA, Kleber Garcia. **A Máquina e o Tempo: dialética das forças produtivas e o tempo de trabalho em Marx**. 2010. 245 f. dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista. Marília, 2010.

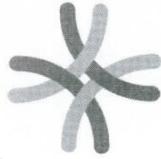
TEXEIRA, Cláudio Giardonoli. **INDICADORES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E GESTÃO DE TRABALHO: UM OLHAR SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR**. 2015. 107 f. dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local). Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória, 2015.

TORRES, Kellem Raquel Brandão de Oliveira. **Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-22, jan. 2020.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Conceitos**. 2012. Disponível em: <<https://legislacao.ufsc.br/conceitos/>>. Acesso em: 06 ago. 2020.

VIANA, Raquel de Souza. LOURENÇO, Lélío Moura. **ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A DEPRESSÃO E A ANSIEDADE SOCIAL NA ADOLECÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.** Minas Gerais, 2017. Disponível em: <<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

WOOLF, Alex. **Uma Nova História do Mundo.** São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2014. p. 202-203.

ANEXOS**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO

Rua Dr. Raylino de Oliveira, 67 - Centro
Cx. Postal 45 - CEP 29300-150
Cachoeiro de Itapemirim - ES
28 2101-2121 - 28 2101-2126 - 2101-2146

www.santacasacachoeiro.org.br
diretoria@santacasacachoeiro.org.br

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE PARA
REALIZAÇÃO DA PÊSQUISA**

O “Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim” autoriza a realização da pesquisa intitulada: **“SAÚDE DO TRABALHADOR DA ÁREA ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM”** de responsabilidade do pesquisador “Glauco Pereira Andrade” mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob orientação do Professor Dr.º Carlos César Albenes de Mendonça, da Escola Superior de Ensino da Santa Casa de Vitória – EMESCAM.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutado, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.

Declaro que li os termos acima e autorizo a realização de pesquisa supracitada.

Dr. Raphael Luzório Fernandes

Diretor de Ensino e Pesquisa
SANTA CASA
CRN-10365

Raphael Luzório Fernandes
Diretor de Ensino e Pesquisa

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Data: 22 / 12 / 2019.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANTICADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANTICADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DO TRABALHADOR DA ÁREA ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

Pesquisador: GLAUCO PEREIRA ANDRADE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26583519.9.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.760.985

Apresentação do Projeto:

O estudo aborda o tema Saúde do Trabalhador de um hospital da região Sul do Estado do Espírito Santo, através do qual pretende pesquisar os fatores de riscos à saúde no qual esses trabalhadores podem estar expostos. O método do estudo será descritivo de abordagem qualitativa e a pesquisa será realizada em um hospital da região Sul do Estado do Espírito Santo, cuja técnica para coleta de dados será entrevista aberta, semiestruturada com gravação, transcrição, e questionários não padronizados e abertos. Os resultados esperados com este estudo visam prevenir e/ou eliminar possíveis riscos e danos à saúde do trabalhador no ambiente de trabalho, os quais podem levar ao adoecimento e afastamento das funções exercidas, bem como contribuir para autoconhecimento da população estudada. A utilização dessa técnica tem como objetivo aprofundar no mundo dos sujeitos observados, tentando entender o comportamento real dos informantes, suas próprias situações, e como constroem a realidade em que atuam, em referência à Saúde do Trabalhador da Área Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, localizada na região Sul do Estado do Espírito Santo. Os critério de inclusão adotados serão: Funcionários maiores de 18 anos, que forem sorteados na amostra aleatória, os que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os que estiverem presentes no dia marcado para a entrevista. E os Critério de Exclusão: funcionários menores de 18 anos, os que estiverem de férias, licença, afastados por acidente do trabalho e

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Lúzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
 CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
 MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
 EMESCAM**


Continuação do Parecer: 3.760.985

auxílio doença.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a saúde dos trabalhadores da área administrativa de um hospital da região Sul do Estado do Espírito Santo.

Objetivo Secundário:

- Descrever a construção da saúde no Brasil e a implantação do SUS.
- Identificar as leis, portarias e normativas de Políticas Públicas da Saúde do Trabalhador.
- Analisar como está a saúde dos trabalhadores da área Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são inerentes a todos os estudos que vão atuar com seres humanos, porém visando proteger a integridade dos participantes a entrevista será realizada no local onde o entrevistado se sentir que sua privacidade e segurança estão garantidas, para isto ele será consultado sobre o qual o melhor local e horário para ele ser entrevistado, podendo ser no local de trabalho ou não, mantendo o anonimato dos entrevistados.

Benefícios:

A pesquisa é relevante, pois ao identificar os fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores, pode-se pensar em estratégias e ações para minimizar seus efeitos, além de beneficiar os atores envolvidos diretamente na pesquisa. A Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, por meio dos dados analisados, poderá identificar os tipos de doença ocupacional ou psicossocial, e os tipos de adoecimento que acometem os trabalhadores. Esses dados favorecerão as intervenções planejadas e prioritárias para uma melhor prevenção e/ou promoção da saúde dos trabalhadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de caráter relevante, garante sigilo de todas as informações coletadas durante a pesquisa e contempla a resolução CNS 468/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Lúza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 3.760.985

- Folha de rosto: adequada - assinada e carimbada pelo responsável da instituição proponente (EMESCAM).
- Projeto detalhado: adequado e completo;
- Termo de anuência: adequado - assinado e carimbado pela instituição co-participante (Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim).
- TCLE: adequado.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1479336.pdf	05/12/2019 06:29:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/12/2019 06:28:49	GLAUCO PEREIRA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	05/12/2019 06:28:38	GLAUCO PEREIRA ANDRADE	Aceito
Outros	Carta.pdf	03/12/2019 14:44:17	GLAUCO PEREIRA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/12/2019 17:22:00	GLAUCO PEREIRA ANDRADE	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
 Bairro: Bairro Santa Lúza CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.760.985

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 11 de Dezembro de 2019

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefons: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ANEXO C – DECLARAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

DECLARAÇÃO

Declaramos que **GLAUCO PEREIRA ANDRADE** teve a sua Qualificação de Mestrado com o título “**SAÚDE DO TRABALHADOR DA ÁREA ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**”, aprovada na Sessão de Qualificação, realizada no dia 25 de junho de 2020, às 17:00h, por vídeo conferência, pela Banca Examinadora composta pelos(as) professores(as) doutores(as): César Albenes de Mendonça Cruz - Orientador, Maristela Dalbello Araujo – Membro Titular Interno e Renato Almeida de Andrade – Membro Titular Externo.

Vitória, 25 de junho de 2020.


Prof. Dr. GISSELE CARRARO
Coordenadora do Mestrado em Políticas Públicas
e Desenvolvimento Local

APENDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada “SAÚDE DO TRABALHADOR NA ÁREA ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM”, sob a responsabilidade de GLAUCO PEREIRA ANDRADE PESQUISADOR PRINCIPAL.

JUSTIFICATIVA: A justificativa para realização desta pesquisa se dá em função de que o pesquisador demonstrou interesse pelo tema, pois, acredita-se que muitas vezes os trabalhadores ficam expostos aos riscos no seu local de trabalho, e com isso podem adoecer e ficar afastados do trabalho (BRASIL, 2014; BRASIL, 2018). Entretanto, pressupõe-se que a pesquisa seja capaz de identificar e contribuir para prevenir e/ou eliminar alguns riscos a saúde dos trabalhadores, que podem estar relacionados a doenças principalmente a doenças ocupacionais e psicossociais.

OBJETIVO (S) DA PESQUISA: GERAL: Analisar a saúde dos trabalhadores da área administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim na percepção deles. **ESPECÍFICOS:** Descrever a construção da saúde no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), identificar as leis voltadas para as Políticas Públicas da Saúde do Trabalhador e Identificar a percepção que os trabalhadores têm sobre sua a saúde no local de trabalho.

PROCEDIMENTOS: Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, e observação participante (RODRIGUES, 2015). A utilização dessa técnica tem como objetivo aprofundar no mundo dos sujeitos observados, tentando entender o comportamento real dos informantes, suas próprias situações, e como constroem a realidade em que atuam, em referência à Saúde do Trabalhador da Área Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, localizada na região Sul do Estado do Espírito Santo.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: A pesquisa será desenvolvida na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, região Sul do Estado do Espírito Santo.

A mesma tem a previsão de início em 03/12/2019 e o término previsto para 15/12/2020.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos são inerentes a todos os estudos que vão atuar com seres humanos, porém visando proteger a integridade dos participantes a entrevista será realizada no local onde o entrevistado se sentir que sua privacidade e segurança estão garantidas, para isto ele será consultado sobre o qual o melhor local e horário para ele ser entrevistado, podendo ser no local de trabalho ou não, mantendo o anonimato dos (as) participantes.

BENEFÍCIOS: A pesquisa é relevante, pois ao identificar os fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores, pode-se pensar em estratégias e ações para minimizar seus efeitos, além de beneficiar os atores envolvidos diretamente na pesquisa. A Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, por meio dos dados analisados, poderá identificar os tipos de doença ocupacional ou psicossocial, e os tipos de adoecimento que acometem os trabalhadores. Esses dados favorecerão as intervenções planejadas e prioritárias para uma melhor prevenção e/ou promoção da saúde dos trabalhadores.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Os participantes da pesquisa poderão acompanhar o desenvolvimento do projeto, quando desejar, pois o pesquisador estará sempre pronto para atendê-los, quando solicitado. No caso dos participantes se sentirem incomodados com a alguma conduta darei a assistência no que diz respeito a pesquisa.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado (a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: O pesquisador se compromete a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive depois de finalizada e publicada.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: A pesquisa não terá ressarcimento financeiro para os participantes, tendo em vista que as despesas serão custeadas pelo próprio pesquisador.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o (a) pesquisador (a) GLAUCO PEREIRA ANDRADE nos telefones (28) 99885-3986 ou (28) 2101-2190, ou endereço RUA LUDÁRIO FONSECA, Nº 170 – BAIRRO: ARARIGUABA – CEP: 29305-520 – MUNICÍPIO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde-EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza –Vitória –ES –29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo (a) pesquisador (a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Cachoeiro de Itapemirim, 04 de dezembro de 2019.

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “SAÚDE DO TRABALHADOR DA ÁREA ADMINISTRATIVA DA SANTA CASA DE

MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM”, eu, GLAUCO PEREIRA ANDRADE, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV. 3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO

Dados Pessoais: Idade: _____ anos

Sexo: () masculino () feminino

Estado Civil:

() Solteiro (a)

() Viúvo (a)

() Casado (a)

() Separado (a)

() União estável

() Divorciado (a)

Escolaridade:

() Ensino Fundamental incompleto () Ensino Superior incompleto

() Ensino Fundamental completo () Ensino Superior completo

() Ensino Médio incompleto () Pós-graduação incompleto

() Ensino Médio completo () Pós-graduação completo

Tempo de serviço (em meses) na empresa em que você trabalha: _____ meses

Perguntas:

1. Como você avalia seu trabalho?

() Muito ruim () Ruim () Nem ruim nem boa () Boa () muito boa

2. Com que frequência você se sente cansado (a) durante o trabalho?

() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre

3. O quanto você está satisfeito (a) com a disposição que você possui para trabalhar?

() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito Satisfeito

4. Você se sente capaz de realizar as suas tarefas no trabalho?

() Nada () Muito pouco () Médio () Muito () Completamente

5. O quanto você está satisfeito (a) com a sua capacidade de trabalho?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
6. A empresa disponibiliza atendimento médico, odontológico e social aos seus colaboradores?
() Nada () Muito pouco () Médio () Muito () Completamente
7. Com que frequência você se sente sonolento (a) durante o trabalho?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
8. Quão satisfeito (a) você está com o tempo que você possui para dormir?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
9. Com que frequência você se sente incapaz de realizar o seu trabalho?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
10. O quanto você está satisfeito (a) consigo mesmo (a)?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
11. O quão importante você considera o trabalho que você realiza?
() Nada () Muito pouco () Médio () Muito () Completamente
12. O quanto você está satisfeito (a) com a contribuição que o seu trabalho representa para o hospital como um todo e também para a sociedade?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
13. Em que medida você consegue compreender o quão correto ou errado você realiza o seu trabalho?
() Nada () Muito pouco () Médio () Muito () Completamente

14. Quão satisfeito (a) você está com as informações que te fornecem sobre o seu desempenho no trabalho?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
15. A empresa te incentiva e/ou libera para fazer cursos e outras atividades relacionadas com o seu trabalho?
() Nada () Muito pouco () Médio () Muito () Completamente
16. O quanto você está satisfeito (a) com o apoio que a empresa em que você trabalha concede para o seu desenvolvimento pessoal e profissional?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
17. No trabalho você pode expressar a sua opinião sem que isso te prejudique?
() Nada () Muito pouco () Médio () Muito () Completamente
18. O quanto você está satisfeito (a) com relação à possibilidade de expressar suas opiniões livremente na empresa em que você trabalha?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
19. Com que frequência você tem desentendimentos com os seus superiores ou colegas de trabalho?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
20. Quão satisfeito (a) você está com a sua equipe de trabalho?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
21. Em que medida você pode tomar decisões no seu trabalho, sem a necessidade de consultar o seu supervisor?
() Nada () Muito pouco () Médio () Muito () Completamente

22. Quanto você está satisfeito (a) com o nível de autonomia que te é concedido no seu trabalho?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
23. Com que frequência você pratica atividades de lazer?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
24. Pratica exercícios físicos ou atividades de lazer?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
25. O seu salário é suficiente para você satisfazer as suas necessidades?
() Nada () Muito pouco () Médio () Muito () Completamente
26. O quanto você está satisfeito (a) com o seu salário?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
27. Em que medida a empresa em que você trabalha apresenta vantagens e benefícios?
() Nada () Muito pouco () Médio () Muito () Completamente
28. O quanto você está satisfeito (a) com as vantagens e benefícios oferecidos pela empresa em que você trabalha?
() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito
29. Você se julga o seu trabalho cansativo e exaustivo?
() Nada () Muito pouco () Médio () Muito () Completamente
30. O quanto você está satisfeito (a) com a sua jornada de trabalho semanal?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

31. Com que frequência ocorreu demissões na empresa em que você trabalha?

Nunca Raramente Às vezes Repetidamente Sempre

32. O quanto você está satisfeito (a) com relação à segurança de permanecer empregado na empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

33. As condições de trabalho (temperatura, luminosidade, barulho, etc.) do seu cargo são adequadas?

Nada Muito pouco Médio Muito Completamente

34. Quão satisfeito (a) você está com as suas condições de trabalho?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

35. A empresa em que você trabalha oferece plano de carreira e/ou possibilidade de você ser promovido?

Nada Muito pouco Médio Muito Completamente

36. O quanto você está satisfeito (a) com o plano de carreira e/ou a possibilidade de promoção de cargo presentes na empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

37. Com que frequência você se julga o seu trabalho monótono?

Nunca Raramente Às vezes Repetidamente Sempre

38. O quanto você está satisfeito (a) com a variedade de atividades que você realiza no seu cargo?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

39. Com que frequência você realiza no seu trabalho atividades completas, ou seja, do início ao fim?

Nunca Raramente Às vezes Repetidamente Sempre

40. O quanto você está satisfeito (a) com o trabalho que você realiza?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

41. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca Raramente Às vezes Repetidamente Sempre

42. O quanto você está satisfeito (a) com a sua Qualidade de Vida no Trabalho?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

43. Em medida você vai à consulta de rotina no médico?

Nunca Raramente Às vezes Repetidamente Sempre

44. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

45. O quanto você consegue se concentrar no trabalho?

Nunca Raramente Às vezes Repetidamente Sempre

46. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito