

Giuliano Dimarzio

ABSENTEÍSMO ENTRE TRABALHADORES DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE AMPARO: 2006 e 2009

CAMPINAS

2011



UNICAMP

---

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

ABSENTEÍSMO ENTRE TRABALHADORES DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE AMPARO: 2006 e 2009

Giuliano Dimarzio

Dissertação de Mestrado apresentada Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas - UNICAMP para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia. Sob orientação do Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho.

CAMPINAS

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

D591a Dimarzio, Giuliano, 1978 -  
absenteísmo entre trabalhadores da atenção primária  
à saúde no município de Amparo: 2006 e 2009. /  
Giuliano Dimarzio. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Heleno Rodrigues Corrêa Filho  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do  
Trabalhador. 3. Absenteísmo. I. Corrêa Filho, Heleno  
Rodrigues. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em inglês:** Absenteeism for health treatment among primary health care workers  
in the city of Amparo/SP/Brazil: 2006 and 2009

**Palavra-chave em inglês:**

Primary Health Care

Occupational Health

Absenteeism

**Área de concentração:** Epidemiologia

**Titulação:** Mestre em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Heleno Rodrigues Corrêa Filho [Orientador]

Aparecida Mari Iguti

Maria Dionísia do Amaral Dias

**Data da defesa:** 01-08-2011

**Programa de Pós-Graduação:** Faculdade de Ciências Médicas

# Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

**Giuliano Dimarzio**

**Orientador(a):** Heleno Rodrigues Corrêa Filho

## **Membros:**

Professor (a) Doutor (a) Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Professor (a) Doutor (a) Aparecida Mari Iguti

Professor (a) Doutor (a) Maria Dionísia do Amaral Dias

**Data:** 01/08/2011

# DEDICATÓRIA

---

Dedico este trabalho ao meu filho Lorenzo, ilustração do Amor de Deus por mim e pela Chris, concretização do milagre da vida, esperança de construção de uma sociedade mais justa e equânime.

## **AGRADECIMENTOS**

---

Agradeço fundamentalmente à Deus, pelo dom da Vida, pela dádiva de seu filho Jesus, nosso Salvador e pela oportunidade de estudar, trabalhar e servir à Ele e ao mundo que Ele criou.

Agradeço à minha linda e dedicada esposa Christiane, pela compreensão, ajuda e disposição em mais esta etapa de nossas vidas. Muito Obrigado meu amor!! Obrigado por ter me dado meu maior presente: nosso filho Lorenzo

Agradeço aos meus Pais, Júnior e Regina, por terem me ensinado os valores mais sublimes da vida, o Amor a Deus, o respeito às pessoas e à família. Obrigado por toda dedicação em todos os momentos de minha vida.

Agradeço aos meus avós José Dimarzio Netto, Vó Rosa , Vô Odair e Vó Leninha. Obrigado pelos pais que vocês me proporcionaram.

Agradeço aos meus irmãos Giuseppe e Giovanni, pelo companheirismo e amizade de sempre!! Obrigado pelas suas esposas, que se tornaram minhas irmãs, Teresa e Michelle, respectivamente. Mais ainda agradeço pelos meus amados sobrinhos Gianluca, Giulio, José e Gabi.

Agradeço à família da Christiane, Dr. Francis, D. Regina, Geraldinho e Patrícia. À Vó Irma, minha lembrança especial pelo exemplo de vida, como esposa, mãe, vó e bisavó.

Agradeço à algumas Instituições que compuseram para minha formação: Igreja Batista Central de Campinas (Pr. Marcílio, D. Helena e Pr. Leandro Peixoto); Colégio Batista, Anglo Campinas, Pio XII, PUC-Campinas (PUCCAMPEÔ) e à Unicamp. Obrigado Olga, Márcia, Nair e todos os residentes que foram meus colegas, aos que são e serão meus alunos.

Obrigado a todos os professores que me inspiraram. Obrigado Flavião por ter me ajudado a desenvolver a música em minha vida e por ter me ensinado a amar o saxofone e o jazz

À Associação Atlética PONTE PRETA, aos amigos do “Macacos do Alambrado” por ensinarem a paixão sem limites e a ser determinado e esperançoso sempre!!! Valeu Macacada!!!

Agradeço aos meus inúmeros amigos de Campinas e de Amparo: ao principal deles meu irmão Gigio. Aos amigos Roger, Fred e todos do Pavilhão/MED28. Ao Betão, Henrique, Niba, Junior, Nice e filhos, Gil e Maurício, Keite, Serginho, Erik, Tim, Deives e Denis, Mateus e Thiago. Obrigado Neusa por seu trabalho. Obrigado Solange por sua pronta disposição em me auxiliar. Valeu Luiz pela sua camaradagem!!! Agradeço às colegas Marília e Isabella, por terem sempre me animado e apoiado!

Obrigado a todos os primos, tios e demais familiares que também foram meus amigos.

Agradeço aos meus muitos colegas de trabalho, Leici, Terezinha, Fabiana, Nice, todos do Sanatório Ismael, do Hotel Sant’Anna, da Prefeitura de Amparo, da Unicamp, da APMFC, do Núcleo de MFC e da SMCC.

Faço menção carinhosa aos membros da banca de qualificação Márcia Nozawa (professora e amiga), Prof. Calucho e principalmente Inês e Iguti pelas inúmeras sugestões e críticas. Vocês foram essenciais para que este trabalho chegasse até aqui.

Agradeço ao meu orientador, “que não me desorientou”, Prof. Dr. Heleno R. Corrêa Filho. Obrigado por ter convivido com minhas imperfeições, limitações e nunca ter me desanimado.

Agradeço e também ofereço este trabalho a todos os militantes, gestores, trabalhadores e usuários do nosso SUS. Em especial agradeço aos trabalhadores do CEREST de Amparo, Cláudio, às coordenadoras Márcia e Maria Emília, à enfermeira Grazi e todos os demais trabalhadores. Aos funcionários do RH, em especial ao coordenador Rubens, à Ana Maria Conti e

à Celinha da SMS de Amparo. Por último e não menos importante, agradeço às Secretárias de Saúde de Amparo com quem convivi e aprendi a aprender: Dra. Aparecida L. Pimenta, Dra. Carminha Carpintéro e D. Anna Luzia de Castro.

*Agora, pois, vemos apenas um reflexo obscuro, como em espelho; mas, então, veremos face a face. Agora conheço em parte; então, conhecerei plenamente, da mesma forma como sou plenamente conhecido.*

*Assim, permanecem agora estes três: a fé, a esperança e o amor. O maior deles, porém, é o amor.*

I Coríntios 13 : vv 12 e 13

## RESUMO

DIMARZIO, Giuliano. Absenteísmo entre trabalhadores da atenção primária à saúde no município de Amparo: 2006 e 2009. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

O presente estudo tem como objetivo a descrição da casuística de absenteísmo temporário entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) nos anos de 2006 e 2009 no município de Amparo/SP. Secundariamente, este estudo visa fornecer dados para a construção de uma política de valorização do trabalhador da saúde, com medidas preventivas, curativas e reabilitadoras dos profissionais acometidos, já que é parte de uma estratégia para a consolidação do Núcleo de Saúde do Servidor Municipal do Município e da Prefeitura Municipal. Trata-se de um estudo transversal descritivo, a partir da coleta dos dados de licenças para tratamento de saúde, que estão registrados no Núcleo de Saúde do Servidor Municipal (NSSM) do município, nos anos de 2006 e 2009. São analisados apenas os afastamentos por licença para tratamento de saúde (LTS) iguais ou superiores a três dias, já que até dois dias o fluxo da Secretaria de Saúde não pressupõe encaminhamento e avaliação do servidor pelo médico do trabalho. Também só são analisados os profissionais que atuam exclusivamente na APS, sendo que todos têm carga horária semanal equivalente a 40 horas e regidos por regime da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) ou Estatutários. Os dados foram registrados, tabulados e analisados em arquivos Microsoft Excel®. Em 2006, o número de profissionais que atuavam na APS era de 229 e de 240 em 2009. Foram analisados os afastamentos segundo sexo, faixa etária, tempo de serviço, cargo ou função. O total de afastamentos somando-se os dois anos foi de 149 atestados médicos e o número de dias perdidos foi de 1634 dias. O índice geral de absenteísmo foi de 0,073 em 2006 e 1,17 em 2009. Quanto às ocupações profissionais, o maior índice de absenteísmo no ano de 2006 foi entre os dentistas, seguido dos auxiliares de serviços. Já em 2009, os enfermeiros corresponderam ao maior índice, seguido dos auxiliares de serviços novamente. O índice geral de gravidade foi de 3,6 dias para os dois anos. A principal causa das licenças foi relacionada com as doenças mentais, Capítulo VI da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Em 2006, os gastos representados nas faltas superiores a três dias chegaram a US\$17.557,00 e em 2009 atingiram quase US\$30.000,00, brutos. Este tema apresenta extrema relevância visto que o trabalho ocupa grande parcela do tempo de cada indivíduo e do seu convívio na sociedade e não é apenas um espaço de realização profissional, mas também pode ser fonte de adoecimentos causando, na esfera mental, desde insatisfação até exaustão (Dejours, 1992). Seu impacto se dá tanto quanto à qualidade dos serviços de atendimentos prestados à população, como também nos custos da saúde pública e da previdência, mas principalmente comprometendo a qualidade de vida de trabalhadores e usuários do SUS.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde do Trabalhador e Absenteísmo.

## **ABSTRACT**

DIMARZIO, Giuliano. Absenteeism for health treatment among primary health care workers in the city of Amparo/SP/Brazil: 2006 and 2009. 2011. Dissertation (Master in Public Health) – Medical Sciences School, State University of Campinas, Campinas, 2011.

The aim of this study is to analyze and describe the absenteeism among the Primary Health Care workers in Amparo, an upstate county of Sao Paulo State, Brazil, in the years of 2006 and 2009. It is a descriptive study, by the sick leaves (SL) in Primary Health Services, which are registered at the Center of Worker Health Reference of the district, in the years of 2006 and 2009. Only the licenses greater or equal than three days were analyzed. There were only analyzed the professionals who acts exclusively in Primary Health Team Workers (PHT). The data were registered, tabulated and analyzed in Excel files. The number of professionals was of 229 in 2006 and 240 in 2009. They were analyzed according to sex, of age, time of service, position or function. The number of SL was 149 and the number of missed day reached to 1634 days. The General index of absenteeism was 0.073 in 2006 and 1.17 in 2009. Regarding professional occupations, the highest rate of absenteeism in the year 2006 was among dentists, followed by the auxiliary services. In 2009, nurses were the most affected followed by the auxiliary services again. The severity index was 3,6 days for both years. The licenses main cause was related to the mental disorders, Chapter Six of the International Classification of Diseases (ICD – 10<sup>th</sup> edition). This theme presents is extremely relevant because of the great impact it causes to the society and for the teamwork. It can also cause diseases specially in the mental dimension, characterized by depersonalization, emotional exhaustion and low accomplishment (Dejours, 1992). Its impact gives as much as to the quality of services offered to the population, as well as in the cost of the public health, so much regarding the Social Service, causing direct and indirect costs to the Unique Health System. The most important point, the absenteeism may indicate a low level assistance for the clients and for the health professional team.

Keywords: Primary Health Care, Occupational health and Absenteeism.

## **Lista de Figuras**

Figura 1: Desafios da Coordenação .....	31
Figura 2: Esquema do modelo de demanda-controle de Karasek.....	52
Figura 3: Distribuição gráfica do gênero dos profissionais da APS no município de Amparo nos anos de 2006 e 2009.....	64

## **Lista de Quadros**

Quadro 1: Despesas com a folha de pessoal da SMS de Amparo, de 2005 a 2009.....	60
Quadro 2: Expansão do PSF em Amparo, de 2005 a 2009.....	61

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Consultas médicas realizadas pelo SUS Amparo, de 2005 a 2009 .....	61
Tabela 2: Distribuição dos Trabalhadores na Atenção Primária à Saúde do Município de Amparo segundo a Função, o número de Afastamentos e o número de Dias Perdidos nos anos de 2006 a 2009.....	66
Tabela 3: Distribuição dos Afastamentos do trabalho na Atenção Primária à Saúde do Município de Amparo segundo Sexo nos anos de 2006 e 2009.....	67
Tabela 4: Distribuição do Número de Dias Perdidos na Atenção Primária à Saúde do Município de Amparo segundo Sexo nos anos de 2006 e 2009.....	67
Tabela 5: Distribuição do número de dias perdidos na APS do Município de Amparo, segundo a CID 10 nos anos de 2006 e 2009 .....	68
Tabela 6: Indicadores de absenteísmo: definições e resultados .....	69
Tabela 7: Distribuição do Número de Atestados e Dias Perdidos na Atenção Primária à Saúde do Município de Amparo segundo a Idade nos Anos de 2006 e 2009 .....	70
Tabela 8: Distribuição do Número de Atestados segundo o Tempo de Serviço nos Anos de 2006 e 2009.....	71
Tabela 9: Distribuição dos Índices de Absenteísmo na Atenção Primária à Saúde do Município de Amparo segundo a Função e o Sexo nos Anos de 2006 e 2009.....	72
Tabela 10: Custo dos dias perdidos na APS/Amparo nos respectivos segundo Função e pareados por dia e por Número total de Dias nos respectivos anos de 2006 e 2009.....	73

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Internacional de Doenças 10ª edição
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CS	Centro de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DM	Diabetes <i>Melitus</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FCM	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IA	Índice de Absenteísmo
IDD	Índice de Duração (dias)
IFL	Índice de Frequência (licenças médicas)
IFT	Índice de Frequência de Trabalhadores
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NSSM	Núcleo de Saúde do Servidor Municipal
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RH	Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Amparo
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde

UNICAMP Universidade Estadual de Campinas  
USF Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. O TRABALHO NA APS: REFLEXÃO E PARADOXOS .....	23
2.1. A relevância da APS para o mundo de hoje .....	25
2.2. Paradoxos do trabalho em saúde na APS .....	26
2.3. O desafio da continuidade do cuidado .....	29
3. O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA, O TRABALHO E O ABSENTEÍSMO: REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	33
3.1. Absenteísmo-doença .....	35
3.2. Perfil do absenteísmo dos trabalhadores da saúde na literatura .....	38
3.3. O perfil de morbidade: o risco psicossocial e as doenças mentais .....	39
3.4. Referenciais teóricos .....	46
3.5. Hipótese.....	53
4. OBJETIVOS .....	54
4.1. Objetivo Geral.....	54
4.2. Objetivos específicos .....	54
5. METODOLOGIA .....	55
5.1. Definição do tipo de pesquisa.....	55
5.2. Coleta de dados.....	55
5.3. Metodologia e análise dos dados .....	56
5.4. O local do estudo .....	58
5.5. População de estudo.....	62
6. RESULTADOS .....	64
7. DISCUSSÃO .....	74
7.1. O absenteísmo nos diversos grupos .....	75
7.2. A importância da Saúde Mental.....	80
8. CONCLUSÃO .....	87
9. RECOMENDAÇÕES FINAIS.....	89

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	93
ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....	100
ANEXO 2 – Termo de Autorização para pesquisa em banco de dados .....	105
ANEXO 3 – CID 10 .....	108
ANEXO 4 – Comprovante de submissão de Artigo para publicação na Revista Caderno de Saúde Pública .....	109
ANEXO 5 – Artigo submetido à revista Caderno de Saúde Pública .....	110

## APRESENTAÇÃO

Meu envolvimento com o tema do trabalho e suas consequências nasce junto comigo. De origem familiar ligada ao ramo de confecção de roupas creio que esta relação dialética, entre trabalho-adoecimento-satisfação rodeou minhas reflexões quando me deparei com o elevado número de trabalhadores que se ausentam do trabalho por questões de doença e utilizam, conforme dispositivo da lei, o atestado médico por licença para tratamento de saúde (LTS).

Sou médico de família e comunidade. Desde a graduação na PUC-Campinas, já no segundo ano, fui monitor de Medicina Social e iniciamos uma Liga de Saúde da Família nesta mesma instituição (1998). Graduei-me em 2002 e nos dois anos seguintes cursei a residência de Medicina de Família e Comunidade na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp), concluída em fevereiro de 2005.

O principal campo de prática deste estudo, é o município de Amparo. Após ter terminado a residência voltei a atuar por poucos meses como médico generalista no Centro de Saúde do Jardim Ipaussurama, em Campinas, onde já havia estagiado ao longo da graduação pela PUC-Campinas.

Com a finalidade de atuar em um município que adota a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como “modelo” e construída desde 1995, mudei-me para Amparo e atuei por dois anos na Unidade de Saúde da Família (USF) do distrito de Três Pontes. O meu desligamento foi muito influenciado pelas dificuldades, limites e insuficiências que o trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS) me proporcionou, já me sugerindo inquietações aos principais incômodos e desafios.

Passei a exercer, após alguns meses, a função de tutor da Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) na própria Unicamp, atuando na formação de médicos especialistas, até o presente momento e, com exercício supervisionado em duas Unidades de Saúde da Família (USF) como campo de prática no município de Amparo.

## 1. INTRODUÇÃO

A partir da regulamentação da Constituição Federal, com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, a saúde se torna no Brasil um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A saúde tem como fatores determinantes a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990).

O ser humano sempre teve uma forte implicação com o trabalho. Faz parte da construção da identidade do indivíduo, sua família e sua comunidade. É mais do que isso, é parte da sua socialização, constrói afetos e edifica a vida. A Carta de Ottawa, elaborada em 1986, na cidade canadense de mesmo nome, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, reconhece o trabalho como fonte de saúde para o homem (Brasil, 2002).

O princípio do “materialismo” fundamenta-se no fato de que os seres humanos necessitam das condições mais elementares de vida: alimentação, moradia, vestuário, etc. Desta forma, o principal fator que diferencia os seres humanos dos animais, não está no fato de pensar, mas sim, o de produzirem seus próprios meios de vida. Assim, “Toda história deve partir dessas bases naturais e de sua modificação, através da ação dos homens, no curso da História”, uma vez que “Ao produzirem seus meios de existência, os homens produzem indiretamente a sua própria vida material” (Marx & Engels, 2002, p. 10-11).

Ainda de acordo com Max & Engels (1998), a reprodução material pressupõe o intercâmbio dos indivíduos entre si, tanto na procriação da espécie, quanto na cooperação da produção, ou seja, “A maneira como os indivíduos manifestam sua vida, reflete exatamente o que eles são. O que eles são coincide, pois, com sua produção, isto é, tanto com o que eles produzem quanto com a maneira como produzem” (Marx & Engels, 2002, p. 11).

O trabalho é um dos imperativos da vida coletiva e no âmbito da comunidade, é um dos elementos fundamentais para seu progresso e prosperidade.

No âmbito individual, na idade adulta, a maioria das pessoas gasta no trabalho, aproximadamente, metade das horas em que está desperta (Souto, 2003).

O trabalho ainda compreende outro aspecto além do social, o jurídico. A Constituição Federal de 1988 estabelece princípios a serem respeitados pela legislação trabalhista de forma a garantir aos trabalhadores condições seguras e salubres nos ambientes.

Trabalho significa o exercício efetivo de uma profissão, emprego ou uma ocupação. Souto ainda acrescenta que “compreende não só as operações exigidas pela produção, mas todas as demais que lhe são acessórias, ou podem ser consideradas como parte de seu desenvolvimento” (Souto, 2003, p. 41).

Por outro lado, lembrando um episódio descrito no primeiro livro da Bíblia, no “relato da queda”, quando Adão e Eva são advertidos, no capítulo 3 a partir do versículo 14, Deus lhes castiga com trabalho (Gênesis 3:14). Para ela, o “trabalho de parto” (versículo 16), com sofrimento para dar à luz. Ao homem, Deus diz que com o “suor do rosto comerá”.

É realmente paradoxal, a situação a que o trabalho nos remete. Esta dualidade, para ser simplista, neste momento, de um lado, a condição que o mesmo provê de nos constituirmos com saúde e autonomia, sujeitos e, por outro, se estabelece o castigo e a carga que o mesmo pode conferir à essa construção.

As influências do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores são conhecidas desde a antiguidade e, ao longo dos últimos três séculos, cresceu progressivamente a compreensão das relações entre trabalho e processo saúde-doença. Avanços em vários campos do conhecimento têm contribuído para isto, particularmente os da epidemiologia, da psicologia social, da ergonomia, dentre outros. A precarização do trabalho tem sido responsável pela piora das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores, com destaque para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho ou atípicas e, entre elas, dos transtornos mentais (Braga *et al.*, 2010, p. 1586).

Dessa forma, no Brasil, diversos estudos têm apontado alta prevalência de adoecimento dos trabalhadores, cujas consequências, individuais e sociais, reforçam a necessidade de identificação precoce, para orientar intervenções individuais e coletivas que visem sanar ou minimizar o problema (Braga *et al.*, 2010).

Visando correlacionar este referencial de acessibilidade e o trabalho em saúde, cabe retomar a ideia do referente simbólico, o “para quê?”. Merhy e Franco (2008) trazem que este é o próprio ato de cuidar da vida, a produção social da vida e sua defesa ou proteção. Este é descrito, como vivo em ato expressa-se,

[...] como processo de produção de “relações intercessoras” em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que representa, em última instância, as necessidades de saúde, como sua intencionalidade, e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do trabalho em saúde (Merhy e Franco, 2008, p. 431).

Outro aspecto fundamental do trabalho em saúde é que este se caracteriza por ser sempre coletivo, não existindo individualidade suficiente que supra as necessidades de saúde do usuário. Retira-se do indivíduo cuidador esta responsabilidade, recaindo sobre um coletivo, seja um grupo multiprofissional restrito a trabalhadores da saúde ou a demais profissionais que participem de funções administrativas e de suporte aos primeiros.

Para exemplificar o trabalho como realizado por um sujeito coletivo, vale trazer a definição de “redes de saúde”:

[...] constituídas por diversos sistemas de atores sociais que, com o intuito de colocar em comum os vários elementos do meio de atendimento médico e social, transmitem e coordenam os recursos existentes que são em seguida resultados em estruturas fortemente conexas. As redes valorizam e fazem circular os recursos disponíveis (Granier, 2005, p. 25).

Faz-se importante retomar alguns documentos que podem embasar a relevância do tema sobre o direito à cidadania, ao trabalho e à prevenção de agravos. O primeiro deles se deu

em nível internacional e está na Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, que o Brasil assina no mesmo ano.

[...] um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos, e serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice, ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

A Constituição Brasileira de 1988, ressalte-se, é o marco nacional de garantia do direito à saúde e do reconhecimento de seus fatores determinantes, dentre eles o trabalho, como promotor de saúde.

A mesma Carta Magna traz, também, uma recomendação quanto à formação de profissionais para a área da saúde, sendo até hoje um desafio: “compete ao Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, Inciso III do Artigo 200.

Outro documento que reforça a importância do investimento no trabalhador é a própria Política Nacional da Atenção Básica, a PNAB 2006, que contém suas diretrizes, sendo o seu norteador, observe-se dois de seus fundamentos:

[...] valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação;  
[...] realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

Em recente documento elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em um de seus diagnósticos, aponta-se mais uma ferramenta que é fundamental para que o trabalho na APS seja otimizado e garanta ao trabalhador melhores condições técnicas: a gestão da informação. A otimização dos processos de avaliação e monitoramento das ações torna-se em elemento estimulante para o trabalho em saúde. Diagnósticos incorretos, planejamentos incoerentes e ações desarticuladas são problemas cotidianos na realidade das USFs.

No atual cenário, em que a informação é a base fundamental para o desenvolvimento institucional, os sistemas de informações gerenciais são instrumentos essenciais à gestão do trabalho, contribuindo para os processos de

planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho (Brasil, 2011a, p. 28).

Outro desafio para a gestão do trabalho em saúde é a estruturação de um modelo de gestão de pessoas compatível com o modelo de gestão adotado pelo estado. Nesse particular, o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) foi sempre um caminho apoiado pelos trabalhadores, em conferências nacionais e outros fóruns específicos sobre o tema recursos humanos.

O documento do CONASS que trata da gestão de pessoas chama a atenção para o fato de que, nessa área,

“o principal problema identificado é a ausência de um PCCS31, associada à indefinição de uma política para o campo e à ausência de ações de planejamento e programação, levando a uma situação de remuneração insuficiente, diversidade de contratos e precarização das relações de trabalho” (Brasil, 2011a, p. 29).

Com a finalidade de homogeneizar os termos a serem utilizados ao longo dessa discussão, proponho que utilizemos os descritos na Série Cadernos: Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) (Brasil, 2005, p. 31).

**Trabalhadores de Saúde:** são todos aqueles que exercem as suas atividades ou funções em serviços de saúde, públicos ou privados.

**Trabalhadores do SUS:** são todos aqueles que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS.

**Recursos Humanos:** é a expressão utilizada, normalmente, para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço, etc., tais como os recursos físicos, recursos materiais, recursos financeiros, dentre outros.

**Empregadores do SUS:** são os gestores públicos dos serviços de saúde e os proprietários, quotistas e administradores de serviços de saúde conveniados e contratados pelo SUS.

**Gestão do Trabalho no SUS:** para efeitos desta NOB, considera-se Gestão do Trabalho no SUS a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras.

**Trabalho no SUS:** refere-se àquele que é exercido pelos trabalhadores dos serviços públicos e privados (contratados ou conveniados) de saúde. Diz respeito às relações de trabalho de caráter permanente e temporário, desde que exercidas no interior do Sistema Único de Saúde.

## 2. O TRABALHO NA APS: REFLEXÃO E PARADOXOS

O trabalho nas instituições de saúde envolve uma série de funções essenciais a serem cumpridas pelos respectivos serviços, como a produção de bens e serviços; a cogestão de interesses e desejos que resulta em uma recomposição das relações de poder e a ampliação da democracia institucional e uma função pedagógica e terapêutica produtora de novas subjetividades e coprodutora de sujeitos (Campos, 2000).

Na APS são inúmeras as atribuições e de importante relevância como ferramenta de garantia do acesso da população aos seus direitos de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Assembleia Mundial, realizada em maio de 1979, definiu a APS como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Starfield, 2002, p. 30-31).

A Saúde da Família (SF), inicialmente chamada de Programa Saúde da Família (PSF) e posteriormente denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), é entendida como uma abordagem de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde no Brasil.

O modelo neoliberal, dominante em todo o mundo é caracterizado pelo enfoque na doença, centrado na figura do médico e em sua especialização (Starfield, 2002). Já a SF incorpora a prevenção e promoção da saúde, a integralidade do cuidado e da gestão, à longitudinalidade e a própria família e comunidade, tanto como ferramenta quanto objeto de intervenção.

O trabalho na APS envolve todas essas complexidades quando, além dos fatores pessoais do trabalhador e organizacionais do próprio processo de trabalho, sua proposta é do cuidado e da defesa da vida. Trata-se de uma relação de dupla via entre as pessoas-em-cuidado e o cuidador, já que se subentende que é qualquer trabalhador da equipe, não sendo apenas responsabilidade do médico ou da enfermagem, embora as atribuições de todos estejam normatizadas desde a implantação do PSF em 1993/1994 e redefinidas pela Política Nacional de Atenção Básica em 2006 (Brasil, 2006).

Em função da importância conferida ao trabalho na APS, como uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde, é vital a formação de profissionais capacitados para entenderem este processo saúde-doença como dinâmico e muito mais amplo que o modelo biomédico é capaz de propor. Por isto, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) propõe no documento denominado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” que uma das ferramentas seja a valorização da formação de recursos humanos e assim define:

[...] incluem prestadores, trabalhadores comunitários, gerentes e equipes de apoio com a mistura certa de conhecimento e capacidades, que observam padrões éticos e tratam todas as pessoas com dignidade e respeito. Isso requer planejamento estratégico e investimentos a longo prazo para o treinamento, emprego, fixação, bem como para aumentar e melhorar a capacidade e conhecimentos já existentes nos trabalhadores. Equipes multidisciplinares são essenciais e requerem não apenas a mistura certa de profissionais, mas também uma delimitação de papéis e responsabilidades, sua distribuição geográfica equitativa e treinamento para maximizar a contribuição do trabalho em equipe para os resultados, assim como para a satisfação do trabalhador de saúde e do usuário (OPAS, 2007, p. 14).

Por processo de trabalho, adotamos o conceito de interação dinâmica entre instrumentos, normas, conhecimentos, máquinas e outras ferramentas, sendo que sua análise possibilita uma ação teórica-prática potente, pois permite identificar as transformações necessárias a serem introduzidas nos locais e ambientes para a melhoria das condições de trabalho e saúde (Lacaz, 1996).

## 2.1.A relevância da APS para o mundo de hoje

A importância da APS não surge de um simples desejo corporativista, muito menos de uma utopia, mas sim, por ser parte do reconhecimento da saúde como um direito do cidadão que detém o bem da vida, entendido como um ser ontológico, muito além de uma perspectiva biomédica.

A histórica Conferência Internacional de Alma Ata, que em 1978 reuniu delegações de 124 países sob a liderança da Organização Mundial da Saúde (OMS), consagrou a APS como estratégia para que os países alcançassem a meta “Saúde Para Todos no ano 2000”. Os dados levados pelo Dr. Halfdan Mahler, diretor da OMS, evidenciavam que a APS era a estratégia mais viável para se atender às necessidades de saúde da população, com custos menores, já que o modelo flexneriano expunha insuficiências, desordens e altos custos para os sistemas nacionais de saúde (OMS, 1978).

O nascimento da Medicina Comunitária em 1950 e 1960 e dos “Cuidados Primários em Saúde” na própria Declaração de Alma Ata em 1978 buscam redefinir os paradigmas da assistência à saúde.

Considerando a realidade mundial atual, do ponto de vista epidemiológico, a partir dos fenômenos de envelhecimento da população e da globalização, é no campo da APS que uma grande parte dos maiores problemas podem e devem ser manejados.

A partir do impacto de morbimortalidade e de custos das doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o *Diabetes melitus* (DM) e a obesidade como fatores de risco determinantes para a principal causa de morte que são as doenças cardiovasculares, destacando o infarto de miocárdio e o acidente vascular cerebral (AVC). Reconhecidamente com alto impacto social e econômico para a qualidade de vida dos indivíduos, suas famílias e respectivas comunidades.

No relatório da OMS de 2008, “Atenção Primária à Saúde: Agora mais do que nunca” - um trecho merece destaque por reforçar a importância da APS como parte da rede de serviços

[...] a APS tem mais ou a mesma probabilidade que os cuidados especializados de identificar as doenças graves mais frequentes; tem o mesmo nível de adesão a normas clínicas que os especialistas, embora sejam mais lentos a adotá-las; prescrevem poucas intervenções invasivas, as hospitalizações das suas iniciativas são menos frequentes e mais curtas e as intervenções têm uma maior orientação para a prevenção. Tudo isto resulta em cuidados de saúde com custos totais mais baixos, com impactos na saúde pelo menos idênticos e com maior satisfação do doente (CONASS, 2010, p. 18).

O excesso de responsabilidades que recaem e são fundamentais para que esta se organize a fim de oferecer cuidados contínuos e efetivos aos usuários do sistema.

Destaque-se ainda outros possíveis focos de trabalho e atuação da APS: o cuidado aos idosos e seus cuidadores decorrente do envelhecimento da população, as pandemias, as migrações, a luta contra a fome e a miséria nos países mais vulneráveis, o incremento das doenças mentais, o combate às doenças secundárias ao tabaco e as mudanças climáticas, com suas freqüentes catástrofes apontam para a necessidade de se investir cada vez mais para o fortalecimento da APS. Poder-se-ia discorrer muito sobre cada uma delas, mas esta lembrança tem o objetivo apenas de justificar ainda mais a importância de políticas públicas, passando necessariamente pela valorização do trabalhador da saúde neste nível de atenção primária.

## **2.2.Paradoxos do trabalho em saúde na APS**

Indubitavelmente é necessário refletir sobre o trabalho em APS, não só pela importância em cumprir seu propósito de ser estruturante na organização da rede de serviços do próprio SUS, mas também pelas singularidades que esta traz para o trabalho de seus profissionais.

Associado a este excesso de atribuições ou “demandas”, depara-se com outro nó para o trabalho na APS: o vínculo entre os trabalhadores e usuários é certamente uma premissa para a produção do cuidado à saúde.

Cito os professores Franco e Merhy abaixo:

O PSF adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, de seiscentas a mil famílias, em um determinado território, que se adscvem a equipe. O vínculo e a territorialização são ideias nucleares do PSF, sendo o primeiro usado como um modo de organizar a relação entre equipes assistenciais e sua população usuária. O vínculo é usado como ferramenta na consolidação de referências nos profissionais e sua responsabilização para uma determinada parcela da população usuária de seus serviços de saúde (Franco & Merhy, 2003, p. 102-103).

Fica clara a importância do vínculo, mas ao mesmo tempo propõe-se a discussão dos diferentes interesses entre seus atores, principalmente gestores, trabalhadores e usuários.

Concomitante à se propor o vínculo como ferramenta de cuidado, fica a obrigatoriedade, no caso da proposta da ESF, do usuário ser atendido sempre pela mesma equipe. Daí pode surgir a possibilidade do usuário não ter estabelecido vínculo afetivo e pessoal com a equipe, não mais desejando ser atendido pela enfermeira ou pelo médico, por exemplo.

O teólogo Leonardo Boff vai sugerir cuidado como: “condição prévia que permite o eclodir da inteligência e da amorosidade, o orientador antecipado de todo comportamento para que seja livre e responsável, enfim tipicamente humano”. Parece, desta forma, haver um descompasso entre o modelo e sua real (ou ideal?) finalidade de se opor ao “desgaste natural de todas as coisas” (Boff, 2004, p. 22).

Outro fator dificultador para análise do processo de trabalho na APS é inerente à situação de cada um: trabalhador e usuário estão em perspectivas diferentes, não estão no mesmo “tempo e espaço”, nem tem as mesmas necessidades, surgindo daí, um “*gap*” entre as necessidades de ambos e seus respectivos fatores determinantes. Ou seja, esse distanciamento é naturalmente destoante da ideia original da APS com ênfase sobre a “proximidade das pessoas” e relacionada às suas necessidades.

Apenas considerando uma dimensão quantitativa, foi proposta uma equipe para cada mil famílias, aproximadamente mais de 3400 pessoas. Todos os países que propuseram esta estratégia tinham como limite algo em torno de duas mil pessoas. Desta forma, vincular uma equipe de saúde com um número de pessoas muito maior que o exequível é gerador de uma

demanda maior do que os recursos possíveis para sua execução, tornando-se, portanto, geradora de disfuncionamentos e estresse.

Para a construção do trabalho em saúde, que não tem um objeto final produzido, mas sim uma coprodução de todos os fatores de necessidade e determinantes associados, o desafio se lança também como fator estressante.

Este processo de trabalho, vivo em ato, com uma dinâmica interação entre suas tecnologias: duras (seus instrumentos), leve-duras (o saber técnico estruturado) e as leves, a das relações entre sujeitos .

Existem fatores que intensificam a carga de trabalho, ocasionando riscos para a saúde física e mental dos trabalhadores, como: o contato com o doente e as vivências de dor e morte, o ritmo de trabalho, o ambiente físico, o estresse, a grande variedade de procedimentos realizados.

Cito dois trechos extraídos de Campos para embasar essa relação entre o trabalho na saúde e atender às necessidades do usuário:

[...] forma ou modo de produção de serviços de saúde seria uma construção concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social (Campos, 2000, p. 38).

[...] responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procuram a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos (Campos, 2000, p. 153).

Ou seja, a configuração da organização dos serviços de saúde preconizada para a APS, apesar buscar destoar do modelo hegemônico capital-imperialista, ainda se mostra irreal. A própria realidade cultural e econômica da sociedade e que se reflete nas necessidades de saúde do usuário durante os atendimentos, distanciando o prestador do cuidado dentro da equipe de atingir estas expectativas, comprometendo não só o próprio serviço de atendimento ao usuário, mas

trazendo a ideia do corpo e da mente do trabalhador como insumos, objetos fundamentais na produção de mercadorias e serviços.

O corpo é disposto na sociedade antes de tudo como agente do trabalho, o que remete à ideia de que ele adquire seu significado na estrutura histórica da produção: significado que se expressa na quantidade de corpos “socialmente necessários”, no modo pelo qual serão utilizados, nos padrões de ação física e cultural a que deverão ajustar-se. A força de trabalho expressa através do corpo sadio é recurso fundamental à produção e acumulação do capital. Recebe determinada atenção do sistema de saúde, com objetivos vinculados “à necessidade de produção da força de trabalho frente ao processo de produção econômica” (Donnangelo e Pereira, 1976, p. 25-6)

Os possíveis fatores estressores no trabalho da equipe de saúde estão relacionados às atividades de cuidado direto ao paciente, às relações humanas, a carga de trabalho, ao cumprimento de normas e protocolos (técnicos e administrativos), a autonomia profissional, a relação entre grau de exigências e o nível de habilidades para o desenvolvimento das atividades, a alta responsabilidade e aos processos de organização institucional do trabalho (Costa *et al.*, 2003).

Fica claro que essa responsabilização é fundamental para que o trabalho se concretize, mas evidencia os inúmeros desafios e obstáculos para que ele atinja um nível satisfatório, podendo cursar, portanto como sofrimento para o próprio trabalhador.

### **2.3.O desafio da continuidade do cuidado**

Uma das características do atendimento na APS e que se relaciona ao desafio supracitado é a continuidade do cuidado e exemplifica a dificuldade e conseqüente desgaste para equipe e o trabalhador. McWhinney (2010) relata que Hennen, em publicação de 1975, descreveu cinco dimensões da continuidade: interpessoal, cronológica, geográfica (continuidade entre casa, hospital, consultório), interdisciplinar (continuidade do atendimento a uma série de necessidades, como atendimento obstétrico, procedimentos cirúrgicos), e de informação (continuidade por meio de registros médicos). Ou seja, envolve uma série de dimensões que evocam a necessidade de

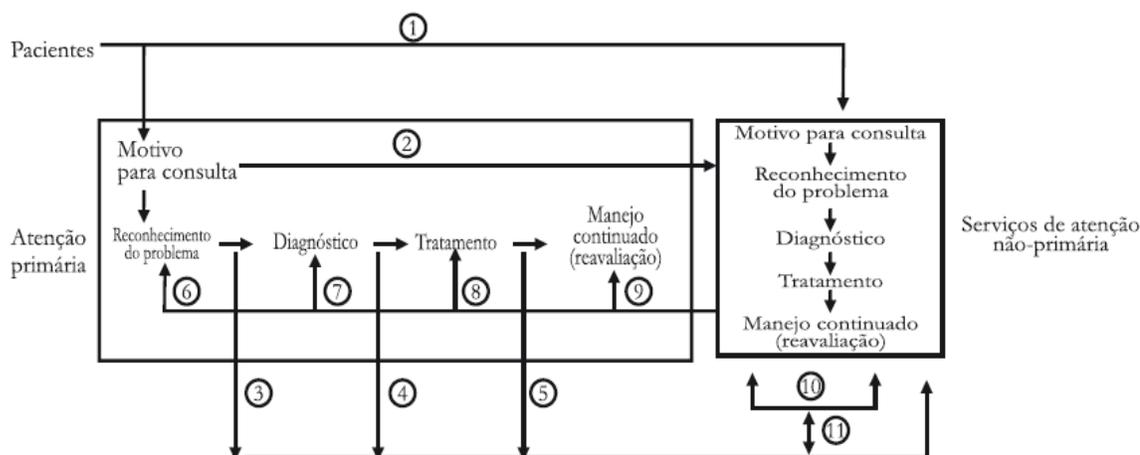
manutenção do vínculo, tanto por parte do usuário/pessoa-em-cuidado, como do próprio serviço de estar suficientemente estruturado para prover essas condições.

“A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento” (Starfield, 2002, p. 367).

Indubitavelmente, a falta de continuidade das informações hoje, apesar de todos os avanços tecnológicos, ainda é crucial para promover uma má qualidade dos serviços prestados, levando os profissionais da saúde a repetirem muitas vezes os mesmos trabalhos.

Starfield (2002) propõe ainda uma divisão dos desafios à coordenação para a APS:

1. Dentro do estabelecimento de atenção primária, quando os pacientes são vistos por vários membros da equipe e as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes lugares (incluindo laboratórios).
2. Com outros especialistas chamados para fornecer aconselhamento ou intervenções de curta duração.
3. Com outros especialistas que tratam de um paciente específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico.



1. Auto-encaminhamento (acesso direto)
2. Administrativo (encaminhamento indireto)
- 3-5. Encaminhamento para consultoria/manejo
  3. Para auxílio em relação ao diagnóstico (orientação sobre avaliação do diagnóstico)
  4. Para auxílio em relação ao tratamento (orientação sobre intervenção terapêutica)
  5. Para manejo continuado
- 6-9. Retorno à atenção primária
  6. Para melhor especificação do problema
  7. Para realização do diagnóstico
  8. Para terapia
  9. Para tratamento continuado
10. Encaminhamento cruzado
11. Envolvimento da Atenção Primária nas decisões sobre o encaminhamento cruzado

**Figura 1: Desafios da Coordenação**

Fonte: Starfield (2002 p. 369).

Os disfuncionamentos deste sistema que é ilustrado acima podem se manifestar de diferentes formas: uma linha de cuidado ruim, que prejudica a atenção ao paciente e a ineficiência do serviço e podem repercutir no estado de saúde do doente, inclusive comprometendo o bem estar dos profissionais envolvidos.

Em reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, realizada em 2004, que discutia os principais desafios da APS, principalmente quando se refere às atribuições das Secretarias de Estado, foram feitos os seguintes diagnósticos preliminares, que permitiram a identificação de debilidades para o exercício efetivo das ações de avaliação.

- » insuficiência quantitativa e necessidade de qualificação das equipes técnicas;
- » estrutura física e recursos materiais inadequados e insuficientes;
- » fragilidade na articulação interna da SES, comprometendo o princípio da integralidade e impedindo a viabilização da APS como proposta estruturante;

» dispersão da avaliação em diferentes áreas das SES (Brasil, 2011b, p. 86).

Cabe destacar que o próprio CONASS, em publicação intitulada “Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária” (Brasil, 2004), menciona ausência de consenso sobre a opção de agrupar a avaliação em uma grande área das SES.

Evidencia-se a fragilidade de um dos atores envolvidos no processo de fiscalização das ações das APS em cumprir com suas atribuições. Ainda a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS 2001 que estabelece as competências de cada esfera de governo perante os serviços de saúde que uma avaliação mínima está bem longe de poder ser executada minimamente, não se podendo avançar neste que é um dos principais itens de consolidação do acesso com qualidade, a coordenação do cuidado.

### **3. O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA, O TRABALHO E O ABSENTEÍSMO: REFERENCIAIS TEÓRICOS**

Segundo a OMS a relação entre o ambiente e o padrão de saúde define um campo do conhecimento referido como “Saúde Ambiental”, que incorpora todos os elementos e fatores que potencialmente afetam a saúde, incluindo, entre outros, desde a exposição a fatores específicos como substâncias químicas, elementos biológicos ou situações que interferem no estado psíquico do indivíduo, até aqueles relacionados com aspectos negativos do desenvolvimento social e econômico dos países (Brasil, 2007, p. 8)

A situação saudável de trabalho seria aquela que permitisse o desenvolvimento do indivíduo, alternando exigências e períodos de repouso com o controle do trabalhador sobre o processo de trabalho.

Retomando a ideia de acesso podemos buscar uma compreensão para autonomia.

Autonomia, do grego “*auto*” e “*nomos*”, significa a atividade e o poder de dar a si um regramento, definindo os próprios interesses e relações. Autonomia é, portanto, poder exercido com absoluta independência pelo sujeito. A autonomia é um dos sustentáculos dos direitos fundamentais do homem e, especificamente, dos seus direitos de personalidade, previstos nas Cartas Magnas nacionais que consagram o exercício da cidadania (Marchi & Sztajn, 1998).

Em que medida a perda da autonomia representa adoecimento e em qual momento o adoecimento representa perda de autonomia?

Com isso, introduz-se um referencial que é central para este trabalho de pensar sobre o absenteísmo ou absentismo, ou simplesmente ausentismo no trabalho. Consiste genericamente na ausência ao emprego por parte do trabalhador.

O absenteísmo é definido pela Organização Internacional de Trabalho (OIT) como “a falta ao trabalho por parte de um empregado”, ao passo que o absenteísmo por licença médica “consiste no período de baixa laboral atribuída a

uma incapacidade do indivíduo, contabilizado desde o início à margem de sua duração” (Primo, 2008, p. 20).

“O principal tipo de absenteísmo apresentado pela literatura está relacionado à incapacidade por doença e acidentes de trabalho” (Alves, 2006, p. 196).

De maneira geral o absenteísmo é sempre uma expressão do processo de trabalho. É hoje considerada a ferramenta mais manifesta e frequente de inadaptação ao seu trabalho. As diferentes causas de insatisfação estão geralmente “maquiadas” sob a forma de absenteísmo-doença, buscando atribuir a falta ao trabalho à causas ligadas à saúde (Hormain, 2002).

As ausências no trabalho por motivo de doença têm importância na saúde pública porque interferem no processo de trabalho daqueles que permanecem, causando sobrecarga, já que os presentes têm que suprir as atividades dos ausentes.

Os principais impactos que podem ser citados em termos sociais são: a deterioração das relações de trabalho, a substituição do trabalhador pela máquina e o impulso para a precarização dos contratos e das relações de trabalho, quando o gestor ou empregador passa a se eximir de suas responsabilidades financeiras, dentre outras, como cúmplice do processo de adoecimento de seus trabalhadores.

O Ministério da Saúde reconhece a correlação entre o trabalho e o processo saúde-doença, classificando essas doenças para os órgãos e sistemas do corpo humano (Dias, 2001).

Cordeiro (1980) ressalta o adoecimento e sua representação no trabalho:

[...] é lícito afirmar que a doença, em sua expressão normativa de vida como fenômeno individual, e em sua expressão coletiva, epidemiológica, onde adquire significado no conjunto de representações sociais e nas reivindicações políticas, está estruturada em uma totalidade social. Como forma adaptativa de vida resultante das relações dos grupos sociais entre si e com a natureza, mediadas pelo processo de trabalho, a doença tem uma historicidade que remete à historicidade das relações sociais – econômicas, políticas e ideológicas – que se realizam nas sociedades concretas (p. 154).

O absenteísmo por licença médica consiste no período de baixa laboral atribuído a uma incapacidade do indivíduo contabilizado desde o início e à margem de sua duração (OIT, 1991).

Contrapondo-se ao absenteísmo, foi identificado outro fenômeno que é o do presenteísmo. O presenteísmo é definido quando o trabalhador adoecido não se ausenta dele. Os índices mais elevados estão entre os profissionais da saúde e da educação. Sintomas como cansaço, dores lombares, fadiga e mal estar são os mais citados (Primo, 2008). O mesmo autor, vai simplificar colocando os trabalhadores em quatro situações: 1-) trabalhador sadio e presente no trabalho; 2-) trabalhador adoecido e presente no trabalho (presenteísmo); 3-) trabalhador sadio e ausente no trabalho; 4-) trabalhador doente e ausente no trabalho (absenteísmo por doença)

### **3.1.Absenteísmo-doença**

Na sociedade contemporânea, o problema da ausência no trabalho nas organizações e suas consequências ganham cada vez mais destaque, resultando em múltiplos fatores, afetando diretamente nos custos das organizações, qualidade do serviço prestado, produtividade, satisfação do cliente e ambiente organizacional. A ausência do funcionário nas organizações provocam certas distorções quando se referem ao volume e disponibilidade da força de trabalho (Oliveira *et al.*, 2007).

“A palavra ‘absenteísmo’ tem sua origem no francês (*absentéisme*) e significa falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais” (Gehring Junior *et al.*, 2007, p. 402). O termo tem sua origem na palavra “absentismo”, aplicado no século XVIII para designar os proprietários rurais que abandonavam o campo para viver na cidade. A partir da Revolução Industrial, passou a ser atribuído aos trabalhadores faltosos (Quick & Lapertosa, 1982).

De acordo com Costa *et al.* (2009), apesar de “Absenteísmo” ser um termo abrangente, com diversas significações, de acordo com a abordagem que se faz, este trabalho o considera, “como a ausência ao trabalho relacionada a doença justificada por atestado -

caracterizado por afastamento de um a três dias, sem comprometimento dos proventos salariais e livre de prejuízos na contagem do tempo de serviço do trabalhador. O afastamento superior a três dias, conforme a Legislação normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), é considerado como licença médica. Esse afastamento pode ser de curto prazo, com tempo igual ou inferior a 15 dias e de longa duração, aquelas em que o prazo de afastamento supera 15 dias.

O afastamento do trabalho ou absenteísmo ocupacional consiste de forma genérica na ausência ao emprego por parte do trabalhador. De modo mais específico, o afastamento do trabalho por doença, também conhecido como absenteísmo por doença (absenteísmo-doença) ou por licença médica, é a ausência do trabalho por um determinado período devido a uma incapacidade do trabalhador como resultado de uma enfermidade que pode ser caracterizada desde um mal-estar até uma doença grave (European Foundation, 1997). Em muitos países, a classificação dos períodos que se estende o afastamento do trabalho por doença costuma ter como marco 52 semanas de incapacidade do trabalhador. A incapacidade temporária encontra-se entre o início do afastamento até esse marco, depois passa a ser denominada de incapacidade prolongada ou permanente.

As consequências do absenteísmo-doença causam impacto nas organizações de trabalho e no âmbito governamental, socioeconômico e individual: na instituição de trabalho a baixa na mão de obra reduz a produção e aumenta a sobrecarga para os trabalhadores que permanecem no ambiente ocupacional; os tributos pagos pelos cidadãos ao governo são utilizados no pagamento dos benefícios dos trabalhadores em situação de absenteísmo-doença; os trabalhadores na situação do absenteísmo-doença muitas vezes têm sua renda reduzida devido à perda de outros benefícios que são gozados enquanto desempenham sua tarefa de trabalho e ao aumento com os gastos médicos e terapêuticos para o tratamento da sua enfermidade, além do que são tachados de fraudadores, concepção comum de ser encontrada nas instituições públicas (Carneiro, 2006; Santana *et al.*, 2006; European Foundation, 1997; Primo, 2008).

No Brasil, a Previdência Social (Brasil, 1991) concede o benefício conhecido como auxílio-doença ao trabalhador segurado impedido temporariamente de exercer sua atividade de trabalho por motivo de doença ou acidente, os que possuem carteira assinada passam a recebê-lo

a partir do 16º dia de afastamento do trabalho, já os demais segurados, inclusive os domésticos, recebem este benefício desde o primeiro dia de afastamento. O segurado recebe o auxílio-doença enquanto sua incapacidade perdurar.

A LTS pode ser solicitada pelo próprio trabalhador, por um representante legal ou por iniciativa do empregador. Para isso, o trabalhador deve ter um atestado expedido por um médico no qual consta a necessidade do funcionário afastar-se do serviço por motivo de saúde pelo Código Internacional de Doença décima revisão (CID-10), a quantidade de dias concedidos, data do início do afastamento, e a data, bem como o nome, assinatura e número da inscrição do médico assistente no Conselho Regional de Medicina (Santos & Mattos, 2010).

Nos trabalhadores dos serviços de saúde o absenteísmo-doença tornou-se um problema constatado em países com características culturais e socioeconômicas diferentes (Cunha *et al.*, 2009; Gimeno *et al.*, 2007; Isah *et al.*, 2008; Primo, 2008; Sala *et al.*, 2009). Os distúrbios musculoesqueléticos e os transtornos mentais formam os dois principais grupos de patologias de maior contribuição para a ocorrência deste fenômeno. As maiores taxas de absenteísmo-doença neste contexto geralmente estão entre as mulheres, tendem a se relacionarem positivamente com a idade, e terem maior frequência nas ocupações que exigem menor escolaridade (Costa *et al.*, 2009; Sancinetti *et al.*, 2009).

Além disso, o absenteísmo-doença entre as categorias ocupacionais de forma geral apresenta associação considerável com fatores socioeconômicos como escolaridade, estado civil, etnia e renda. Trabalhadores que avaliam sua saúde em um nível baixo ou muito baixo apresentam uma probabilidade significativa de se ausentarem do trabalho por motivo de doença. Comportamentos como o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e prática de atividade física são comuns de encontrarem-se relacionados com o absenteísmo-doença. As variáveis do âmbito das organizações e do trabalho que geralmente a literatura aponta que se associam com este fenômeno são a sobrecarga de trabalho, o tipo de ocupação e o tempo de serviço do trabalhador, seu turno e setor de trabalho, bem como o suporte social que ele recebe do seu supervisor e dos seus colegas de trabalho (Gehring Jr. *et al.*, 2007; Gimeno *et al.*, 2007; Junkes & Pessoa, 2010; Piah *et al.*, 2010; Sala *et al.*, 2009; Strong & Zimmerman, 2005).

De acordo com Primo (2008), o trabalho em saúde é considerado como fonte de vários fatores de risco. A própria Norma Regulamentadora 32 (NR 32), promulgada pelo Ministério do Trabalho, trata das condições e necessidades dos trabalhadores em atividades de atenção à saúde. O setor saúde brasileiro emprega 7,5% da mão de obra do mercado formal, sendo que o setor hospitalar corresponde a 62% desse contingente, com um total de mais de 2,5 milhões de trabalhadores.

Um fenômeno associado e de importante impacto no absenteísmo na saúde é o do trabalho feminino. Há dentro da saúde um grande contingente de trabalhadoras atuando nas mais diversas profissões que compõem os quadros da APS e também nos hospitais.

Diversos autores têm abordado a questão do absenteísmo por doença entre trabalhadores em ocupações que lidam com atendimento ao público, particularmente aqueles que prestam cuidados a doentes, como é o caso dos profissionais de saúde. Entre os que atuam em ambientes hospitalares, verificam-se altas proporções de licenças e de dias não trabalhados (Sala *et al.* 2009, p. 2169).

É perceptível que, no contexto hospitalar, o absenteísmo, que atinge os profissionais da enfermagem, torna-se um fenômeno altamente preocupante, uma vez que faltas frequentes ao trabalho repercutem no quantitativo de recursos humanos, afetando, inclusive, qualidade da assistência prestada aos usuários. Outro problema aparente do absenteísmo no ambiente hospitalar está no transtorno que causa na equipe de trabalho, uma vez que os quadros de pessoal para os serviços, como o caso dos plantões, são dimensionados de acordo com os custos disponíveis, gera descontentamento na equipe, decorrente da sobrecarga das tarefas para os membros assíduos.

### **3.2. Perfil do absenteísmo dos trabalhadores da saúde na literatura**

O absenteísmo é um fenômeno multicausal e deve ser analisado à luz da sua complexidade, contemplando fatores relativos à instituição e à classe de trabalhadores em seu

ambiente e contexto organizacional e social, os riscos à que estão sujeitos e implicações subjetivas no ato de se ausentar do trabalho.

A categoria de enfermagem tem sido bastante estudada e os índices de absenteísmo são elevados considerando-a isoladamente ou quando comparados com outras categorias (Alves, 1994; Godoy, 2001).

Por sua vez, entre os médicos tem sido observada uma tendência a baixo absenteísmo e altos índices de presenteísmo (Lim *et al.*, 2002; Kivimaki *et al.*, 2001).

As diversas pesquisas sobre o absenteísmo procuram identificar as características pessoais ou sócio-demográficas que o produzem. As taxas indicam menores valores entre médicos do que em outros profissionais da saúde (Lim *et al.*, 2002). Outros fatores que apresentaram associação positiva foram :baixa escolaridade, idade avançada, estado civil casado e sexo feminino (Lim *et al.*, 2002; Godin , 2004; Ramadan, 2003).

Quanto ao tempo de afastamento, a literatura consultada aponta que a maior parte das faltas ao trabalho variam entre 2 e 14 dias (Guimarães, 2005; Silva & Marziale, 2000; Isosaki, 2003; Reis *et al.*, 2003).

Quanto aos fatores organizacionais, alguns aspectos como a natureza da organização, o processo de trabalho e questões relacionais ou de conflitos interpessoais são enfatizadas. As instituições públicas têm taxas maiores de absenteísmo do que as privadas e a estabilidade no emprego aparece associada (Reis *et al.*, 2003; Godin *et al.*, 2004; Virtanem *et al.*, 2001).

O clima organizacional desfavorável, limitações na carreira, baixa qualidade do trabalho em equipe aumentam as taxas de ausências (Kivimaki *et al.*, 2000; Piirainen *et al.*, 2003; Woo *et al.*, 1999).

### **3.3.O perfil de morbidade: o risco psicossocial e as doenças mentais**

Ao analisar a literatura, encontramos vários estudos que se propõem a avaliar as causas nosológicas definidas nos atestados médicos, as licenças para tratamento de saúde.

Percebe-se uma dificuldade de compará-las devido a não padronização de seus indicadores (Gehring Junior *et al*, 2007 p. 407), ou que esses fossem mais palpáveis para maior avaliação de sua magnitude (Couto, 1987).

A literatura aponta que entre os profissionais da saúde, as causas de morbidade mais frequentes são: musculoesqueléticas e do aparelho respiratório para o absenteísmo de curta duração (menor que oito dias) e os transtornos mentais para as ausências de longa duração (Silva & Marziale, 2000; Isosaki, 2003; Reis *et al.*, 2003; Guimarães, 2005).

Estudos realizados com servidores públicos tem chamado a atenção quanto aos elevados índices de adoecimento pela relevância dos transtornos mentais e comportamentais e as doenças do aparelho osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Dentre os modelos de explicação das relações entre saúde mental e trabalho podemos destacar duas correntes: a psicopatologia do trabalho – denominada psicodinâmica do trabalho a partir dos estudos efetuados por Dejours (1986) – e os estudos que tratam da relação entre estresse e trabalho.

A psicodinâmica do trabalho enfatiza a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores, analisando os aspectos dessa atividade que podem favorecer a saúde ou a doença. Ao analisar a inter-relação entre saúde mental e trabalho, Dejours (1986) acentua o papel da organização do trabalho no que tange aos efeitos negativos ou positivos que aquela possa exercer sobre o funcionamento psíquico e à vida mental do trabalhador. Este autor conceitua organização do trabalho como a divisão das tarefas e a divisão dos homens. A divisão das tarefas engloba o conteúdo das tarefas, o modo operatório e tudo que é prescrito pela organização do trabalho. A divisão dos homens compreende a forma pela qual as pessoas são divididas em uma empresa e as relações humanas que aí se estabelecem.

Mais recentemente, Dejours *et al.* (1994) passaram a acentuar o fato de que a relação entre a organização do trabalho e o ser humano encontra-se em constante movimento. Do ponto

de vista da Ergonomia, a análise da organização do trabalho deve levar em conta: a organização do trabalho prescrita (formalizada pela empresa) e a organização do trabalho real (o modo operatório dos trabalhadores). Segundo os autores, o descompasso entre as duas favoreceria o aparecimento do sofrimento mental, uma vez que levaria o trabalhador à necessidade de transgredir para poder executar a tarefa. Conforme apontamos antes, a segunda corrente de análise dedicada à inter-relação saúde mental e trabalho é a que privilegia a relação entre estresse e trabalho. Tal abordagem apresenta um alto grau de complexidade, a começar por uma ampla variação do conceito de estresse.

O estresse, atualmente, tem sido relacionado com estar sob pressão ou estar sob a ação de um estímulo insistente que altera a homeostase do organismo e é considerado um dos problemas mais incidentes sobre o ser humano. Ele se relaciona com a capacidade produtiva do indivíduo. Sem estresse a pessoa não produz, tornando-se uma pessoa apática e desanimada, porém, quando ele extrapola o limite do indivíduo ocorre à diminuição da produtividade e podem ocorrer doenças e até mesmo a morte (Pafaro & De Martino, 2004).

Os fatores que podem agir sobre o corpo quebrando o estado de equilíbrio das diversas funções e composições químicas (p.ex., temperatura, pulso, pressão arterial, taxa de glicose no sangue etc.) são denominados agentes estressores e podem ser algo negativo ou também positivo que emocione a pessoa de modo marcante (Pafaro & De Martino, 2004).

Os estressores podem ser classificados em três categorias: os macroestressores, microestressores e tensão crônica. Os macroestressores são eventos que ocorrem ao longo da vida (ex. casamentos, divórcios, etc.). Os microestressores têm relação com situações cotidianas de menor porte que acumuladas são geradoras de estresse (ex. engarrafamento, discussões conjugais, etc.). Os estados de tensão crônica são experiências agressoras vividas através dos anos que podem desencadear patologias graves ao longo da vida (ex. violência infantil, etc.) (Santos & Alves Junior, 2007).

A relação causal entre os fatores ambientais e o indivíduo não é facilmente identificada e deve-se considerar a interdependência de três componentes: os estressores (as

condições externas provocadoras de reações), os fatores individuais (aspectos genéticos e experiências pessoais) e as reações (fisiológicas, psicológicas e comportamentais) (Alves, 2004).

De acordo com o conceito adotado por Hans Selye em 1956, o termo estresse é utilizado para denominar a “Síndrome Geral de Adaptação” (SAG). Trata-se de um conjunto de sinais e sintomas que caracteriza a resposta do organismo ao ser submetido a situações que exija dele um esforço para se adaptar. É, portanto, a princípio, uma reação natural de defesa (Parfaro & De Martino, 2004; Borsoi, 2007).

Parfaro & De Martino (2004) apontam que as manifestações do estresse envolvem três fases, que caracterizam a SAG:

- a. Estágio de defesa ou alarme: momento da percepção pelo sistema nervoso da situação de tensão com estímulo do hipotálamo, hipófise, suprarrenal e aumento da secreção do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH), adrenalina e corticóides;
- b. Fase de resistência: ocorre quando o estressor perdura por período prolongado promovendo o aumento da capacidade de resistência do organismo com ativação do sistema parassimpático, desmobilizando o corpo e abaixando o nível de alerta. Havendo persistência do estresse, o nível de resistência diminui e inicia-se o estágio de exaustão; e
- c. Estágio de exaustão ou esgotamento: os sintomas de fase de alerta reaparecem mais acentuados, somam-se outros sintomas, que tornam o organismo mais suscetível às doenças. Ocorre o esgotamento da energia adaptativa do organismo e a quebra do equilíbrio que estão associadas ao surgimento de uma série de doenças.

A partir de estudos atuais, de acordo com o modelo de Lipp, pode-se identificar uma quarta fase do estresse denominada de quase exaustão, que se desenvolve entre a fase de resistência e exaustão, no final do período de resistência, onde ocorre o enfraquecimento do indivíduo, porém, não tão grave quanto na fase de exaustão e, a pessoa ainda pode, até certo

ponto, trabalhar na sociedade, ao contrário do que ocorre na exaustão (Parfaro & De Martino, 2004)

O aumento do nível de estresse contínuo pode gerar um quadro de esgotamento físico e emocional caracterizado por pessimismo, imagens negativas de si mesmo, atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho, mais conhecidas como Síndrome de Burnout (Parfaro & De Martino, 2004).

Com isso, embora o estresse em si não seja considerado doença, assume-se sua possível denominação como fator de risco para surgimento de adoecimentos físicos e mentais, podendo agir como fator desencadeante ou de intensificação do processo de adoecimento.

A Síndrome de Burnout é um termo psicológico que descreve o estado de exaustão prolongada e diminuição de interesse, especialmente em relação ao trabalho, sendo caracterizada por sentimentos de esgotamento físico e emocional, distanciamento afetivo - despersonalização e baixa realização pessoal (Maslach *et al.*, 1997).

Maslach descreve como fundamental para a definição de burnout um descompasso entre as atividades que se realiza no trabalho e suas expectativas para ele (Maslach *et al.*, 1997) A literatura sugere que trabalhadores da saúde estão sujeitos a níveis mais elevados de stress, resultando em Burnout (Spickard *et al.*, 2002).

A prevalência da Síndrome de Burnout ainda é incerta, mas dados sugerem que acomete um número significativo de indivíduos, variando de aproximadamente 4% a 85,7%, conforme a população estudada. Na Espanha, um estudo transversal em médicos da APS e Atenção Secundária (AS) evidenciou Burnout em 85,7% dos médicos e 69,1%, respectivamente (Muñoz Camargo, 2007; Moreno-Jiménez *et al.*, 2006). De acordo com Molina Sigüero *et al.* (2003), a síndrome está emergindo como um problema de saúde pública neste país entre os profissionais de saúde. Outro estudo sugeriu que a síndrome poderia afetar mais de 40% dos médicos em um nível suficiente para comprometer o bem-estar pessoal ou o desempenho profissional destes (Henderson, 1984).

O abandono psicológico e físico do trabalho pelo indivíduo acometido por Burnout leva a prejuízos de tempo e dinheiro para si próprio e para a instituição que tem sua produção comprometida (Maslach *et al.*, 1997).

Para a enumeração dos fatores de risco para o desenvolvimento do Burnout, são levadas em consideração quatro dimensões: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade (*World Health Organization* (WHO) - 1998). Entre os fatores organizacionais podem ser citados: burocracia, mudanças hierárquicas frequentes, ambiguidade ou conflito de papéis, excesso de demanda ou sobrecarga de trabalho, comunicação ineficiente, falta de consideração e respeito entre os membros da equipe, impossibilidade de ascender na carreira, ambiente físico inadequado. A relação muito próxima com os usuários também é um fator laboral relatado. Fatores individuais como menor resistência ao stress, indivíduos neuróticos, compulsivos, perfeccionistas, pessimistas e idealistas quanto à profissão são preditivos positivos para o adoecimento (WHO, 1998).

Alguns dados da literatura evidenciam um maior acometimento de mulheres quanto à exaustão emocional e de homens quanto à despersonalização. Indivíduos com níveis educacionais mais elevados e solteiros, viúvos ou divorciados, fatores sociais como falta de suporte social e familiar, valores e normas culturais e manutenção do prestígio social em oposição à baixa remuneração também são associados à exaustão emocional (Telles, 2008).

Um estudo realizado entre Agentes Comunitários de Saúde no Brasil revelou, após aplicação do questionário de Maslach (MBI), um sentimento de deterioração da percepção da própria competência e falta de satisfação destes profissionais com o próprio trabalho, estes, não podem dar mais de si emocionalmente, demonstram estarem emocionalmente esgotados e, ainda, verifica-se o desenvolvimento incipiente de sentimentos e atitudes negativas e cinismo para com as pessoas por eles atendidas (Telles, 2008).

Como proposta de abordagem e prevenção ao estresse e ao Burnout, são propostas relações terapêuticas entre o profissional de saúde e o paciente pela *National Guideline Clearinghouse* (Kozma, 2006).

Buscando uma avaliação do trabalho na saúde pública e sua relação com o processo saúde doença do trabalhador, sabemos que não há ainda um modelo único e suficiente que o esclareça dentro da saúde pública. Inclusive são muitas as limitações da produção científica diz respeito ao descompasso entre o inquestionável avanço do ponto de vista teórico para apreender a complexidade das questões relativas à saúde dos trabalhadores e o nível dos resultados empíricos alcançados nos estudos (Minayo-Gomes & Lacaz, 2005).

O profissional da saúde pode ser considerado um determinante social, uma vez que é produtor e “produto” de maior efetividade no processo de trabalho, podendo gerar saúde, mas também adoecer e ser adoecido, culminando em exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional.

No âmbito desta vertente, observa-se a preocupação com a determinação dos fatores potencialmente estressantes em uma situação de trabalho. Karasek & Theorell (1990) propõem um modelo com uma abordagem tridimensional, contemplando os seguintes aspectos: “exigência/ controle” (*demand/control*); “tensão/ aprendizagem” (*strain/learning*) e suporte social. A situação saudável de trabalho seria a que permitisse o desenvolvimento do indivíduo, alternando exigências e períodos de repouso com o controle do trabalhador sobre o processo de trabalho.

No Brasil, Seligmann-Silva (1994) identifica a existência de um campo de estudo interdisciplinar voltado para a análise das conexões entre saúde mental e trabalho, mediante a integração de “olhares” distintos, apresentando o conceito de desgaste como opção conceitual integradora. O desgaste psíquico foi associado à imagem de “mente consumida” por Seligmann-Silva reunindo três abrangências: a primeira, compreendendo quadros clínicos relacionados ao desgaste orgânico da mente (seja em acidentes do trabalho, seja pela ação de produtos tóxicos); a segunda, compreendendo as variações do “mal-estar”, das quais a fadiga (mental e física) é uma das analisadas; e a terceira, quando se verificam os desgastes que afetam a identidade do trabalhador, ao atingir valores e crenças, que podem ferir a dignidade e a esperança.

É extremamente tênue diferenciar os limites entre o que pode e deve ser classificado como sofrimento psíquico ou transtorno mental comum e uma doença psiquiátrica. Esta

dificuldade tem origem na própria definição das desordens mentais, já que sua fundamentação teórica se dá a partir da fenomenologia descritiva. A Psiquiatria, dentre as ciências médicas, talvez seja a única que não disponha de critérios externos de validação. A história psiquiátrica é o próprio registro de vida do paciente, do trabalhador ou da pessoa-em-cuidado (Sadock & Sadock, 2007).

Para Dejours *et al.* (1994) o sofrimento mental, pode ser concebido como a experiência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico. A não caracterização do papel do trabalho como agravante ou desencadeante de distúrbios psíquicos ocasiona prejuízos não só à qualidade e à eficácia do tratamento, como aos direitos legais do trabalhador, que deixa de usufruir de benefícios previdenciários aos quais eventualmente tenha direito.

Mas a questão da sensação de satisfação como fator de proteção a determinadas doenças fica em aberto, trazendo a dimensão da motivação como protetora de agravos no trabalho.

No estudo de Martinez *et al.* (2004), a ideia de satisfação no trabalho está associada à saúde dos trabalhadores nos seus aspectos “saúde mental” e “capacidade para o trabalho”, mostrando a importância dos fatores psicossociais em relação à saúde e bem-estar dos trabalhadores. Sugerem-se diretrizes para mudanças na organização e concepção do trabalho, direcionadas aos aspectos psicossociais.

### **3.4.Referenciais teóricos**

O grande número de acidentes/doenças relacionadas às atividades laborais vem gerando, cada vez mais, inquietações sobre o processo de saúde-doença relacionado ao trabalho. Estudos evidenciam uma mudança no perfil das doenças relacionadas ao trabalho, com o surgimento “de agravos à saúde marcados pelas doenças crônicas, cujo nexos de causalidade com

o trabalho não é mais evidente como ocorria com as doenças (e acidentes) classicamente a ele relacionadas, os chamados infortúnios do trabalho” (Lacaz, 2000, p. 157-8).

As doenças profissionais e as relacionadas ao trabalho são responsáveis por grande parte do absenteísmo, da insatisfação temporária ou permanente e até de invalidez para o trabalho, acarretando grande custo econômico para os sistemas de seguridade social. (Lacaz, 2000; Mendes, 1988). No ano de 2011<sup>1</sup>, o pagamento, pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), de benefícios devido a acidentes e doenças do trabalho e aposentadorias especiais decorrentes das condições do ambiente de trabalho somou cerca de 2 milhões de benefícios concedidos, atingindo um valor de aproximadamente R\$ 50 bilhões/ano<sup>2</sup> (Guimarães, 2011).

Proliferam então as doenças cardiocirculatórias, gastrocônicas, psicossomáticas, os cânceres, a morbidade músculo-esquelética expressa nas lesões por esforços repetitivos (LERs), às quais somam-se o desgaste mental e físico patológicos e mesmo as mortes por excesso de trabalho, além das doenças psicoafetivas e neurológicas ligadas ao estresse (Lacaz, 2000, p. 158).

Essas doenças podem estar associadas a alguns fatores de risco como: a hipertensão a fatores psicológicos geradores de estresse; as doenças respiratórias, a efeitos de vapores, gases, fumos e poeiras no ambiente de trabalho; as do aparelho locomotor, a trabalhadores que exercem grande esforço físico, em ritmo intensivos, expostos a vibrações de corpo inteiro e em condições antiergonômicas; os distúrbios mentais e estresse podem estar associadas ao desequilíbrio entre a demanda e a capacidade de resposta do trabalhador (superestimação ou subutilização) e a presença de cânceres pode estar relacionada ao uso de substâncias químicas tóxicas (Lacaz, 2000; Mendes, 1988).

---

<sup>1</sup> Acumulado de Janeiro a Maio (2011)

<sup>2</sup> Em segundo lugar, medidas administrativas levaram essa relação entre crescimento no número de segurados e aumento nas concessões de auxílio-doença não ser tão clara na série histórica de 2000 até 2010. Entre 2000 e 2005, com a implantação da terceirização da perícia-médica verificou-se um aumento acima do normal no crescimento da concessão de auxílio-doença. Com o fim da terceirização verificou-se durante os anos de 2006 a 2008 uma estabilização das novas concessões. Como claramente havia exageros no modelo anterior, da terceirização, essa estabilização na verdade representa um aumento relativo de concessões, em virtude do crescimento do número de segurados da previdência, visto que não fosse isso, o novo modelo teria representado uma queda e não estabilização (Guimarães, 2011, p. 5).

Do ponto de vista da vigilância de agravos à saúde do trabalhador, pode-se dizer que há uma carência de dados, por sub-registro e falta de diagnóstico, que não permite visualizar a real situação da saúde do trabalhador em nosso país. Atualmente, as informações disponíveis referem-se apenas aos trabalhadores empregados cobertos pelo Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) da Previdência Social, que representam cerca de um terço da população economicamente ativa. Muitos profissionais de saúde não estão, ainda, alerta para o estabelecimento de uma relação entre doença e processo de trabalho. Assim, o setor da saúde deve executar ações para interceptar, prevenir, controlar e até erradicar essas doenças (Brasil, 2004; Mendes, 1988).

As preocupações com o controle dos aspectos negativos do trabalho vêm se multiplicando, especialmente quando relacionado ao estresse, uma vez da possibilidade de se prevenir a morbidade causada por ele, devido à influência negativa que exerce na saúde dos trabalhadores e seu consequente impacto no funcionamento e efetividades das organizações (Pafaro & De Martino, 2004; Paschoal & Tamayo, 2004). A partir da década de noventa os estudos voltados para o estresse, controle no trabalho, saúde e bem-estar estabeleceram um relação estreita com as definições dos processos de trabalho no contexto da economia mundial (ARAÚJO *et al.*, 2003).

Pafaro & De Martino (2004) alertam que o estresse, atualmente, tem sido relacionado com “estar sob pressão” ou “estar sob a ação” de um estímulo insistente que altera a homeostase do organismo e é considerado um dos problemas mais incidentes sobre o ser humano. Ele se relaciona com a capacidade produtiva do indivíduo. Sem estresse a pessoa não produz, tornando-se uma pessoa apática e desanimada, porém, quando ele extrapola o limite do indivíduo ocorre à diminuição da produtividade e podem ocorrer doenças e até mesmo a morte.

Segundo Alves (2004, p. 31), “o pressuposto de Karasek é consistente com a teoria desenvolvida por Selye, de que o organismo é um sistema complexo que, quando submetido ao estresse, sofre um desequilíbrio generalizado, mais especificamente na sua capacidade de controlar esse sistema”. Em situações onde o organismo sofre demandas controláveis e previsíveis, aumentam os níveis de adrenalina e diminui o cortisol e uma sensação de esforço sem

estresse é experimentada. Nas situações de maiores demanda e menor controle, elevam-se adrenalina e cortisol e o indivíduo experimenta a sensação de esforço com estresse.

Ainda para a autora, no ambiente de trabalho, laboral, os níveis de interação social e o desequilíbrio entre a demanda psicológica e o controle sobre o processo de trabalho resultam em desgaste, perda de habilidades, de interesses e em efeitos nocivos à saúde do trabalhador. “As percepções dos indivíduos são mediadoras do impacto do ambiente de trabalho sobre o indivíduo”, e sua habilidade de enfrentamento dos problemas é responsável pelo surgimento de reações positivas ou negativas (Paschoal & Tamayo, 2004, p. 46).

O bem-estar físico e mental está relacionado a percepções subjetivas que vêm sendo exploradas sob a óptica do estresse em diversos estudos (Costa *et al.*, 2009).

Dentre as várias abordagens para o estudo do estresse no trabalho destacam-se dois modelos, o de Siegrist e o de Karasek, que são considerados complementares e, atualmente, vem sendo usados, por alguns autores, simultaneamente (Alves, 2004):

- Modelo proposto por Siegrist (1982 *apud* Alves, 2004), baseado na reciprocidade, que distingue características pessoais e conjunturais, relacionando esforços (resposta individual gerada a partir de demandas externas/extrínseca ou pela expectativa do próprio trabalhador acerca de sua atuação/intrínseca) e recompensas (retorno financeiro, de autoestima e status social esperado pelo trabalhador) gerados a partir do trabalho, onde o desequilíbrio entre essas duas dimensões gera situações potencialmente estressantes. Uma terceira dimensão, incorporada posteriormente, é o excesso de compromisso, que se refere ao conjunto de atitudes, comportamentos e emoções que exprimem o esforço excessivo conciliado com o desejo de ser aprovado e estimado; e
- Modelo bi-dimensional de Demanda-Controle, de Karasek, centrado na organização do ambiente de trabalho, que relaciona os níveis de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho e demandas psicológicas advindas do trabalho e as repercussões sobre a estrutura psíquica e orgânica dos trabalhadores que,

podem vir a representar riscos diferenciados à saúde (Alves, 2004; Araújo *et al.*, 2003).

Segundo o modelo desenvolvido a partir da década de 1970, por Robert Karasek, a combinação entre diferentes níveis de controle e demanda conforma experiências ocupacionais distintas. O modelo prevê que altas demandas psicológicas e o baixo controle no processo de trabalho, associados ao menor apoio social de colaboradores e chefes no ambiente laboral gera alto desgaste ao trabalhador com efeitos nocivos para sua saúde. A percepção do apoio social atuaria como amortecedor (na maior oferta) ou potencializador (na menor oferta) do efeito da demanda e do controle na saúde (Alves, 2004; Araújo *et al.*, 2003).

Os trabalhos considerados passivos, de baixa demanda e baixo controle, também podem trazer danos à saúde, pois levam a perda de habilidades e desinteresse do trabalhador, seja pela ausência de desafios e de permissão para atuações com energia, seja pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho (Alves, 2004).

O controle do trabalho compreende aspectos referentes ao uso e habilidades (grau de aprendizado, repetitividade, criatividade, tarefas variadas e habilidades especiais) e autoridade decisória (tomada de decisão, influência do grupo de trabalho e política gerencial). A demanda psicológica se refere a: exigências psicológicas quantitativas (pressão do tempo; nível de concentração requerido; ininterrupção de tarefas e necessidade de esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores) ou qualitativas (conflitos entre demandas contraditórias) que o trabalhador enfrenta na realização de suas tarefas (Alves, 2004; Araújo *et al.*, 2003; Macedo *et al.*, 2007).

A identificação de agentes estressores no ambiente laboral exige a aplicação de conceitos que possibilitem a análise da natureza psicossocial do trabalho. Existem dificuldades no estabelecimento de nexos causais e na possibilidade de interferência nesse ambiente devido a carências de investigações do ambiente psicossocial laboral, o que vem sendo construído através das ciências sociais e do comportamento. Porém, ainda persistem situações em que, quando o indivíduo adoece em decorrência de exposição ao estresse no ambiente de trabalho é

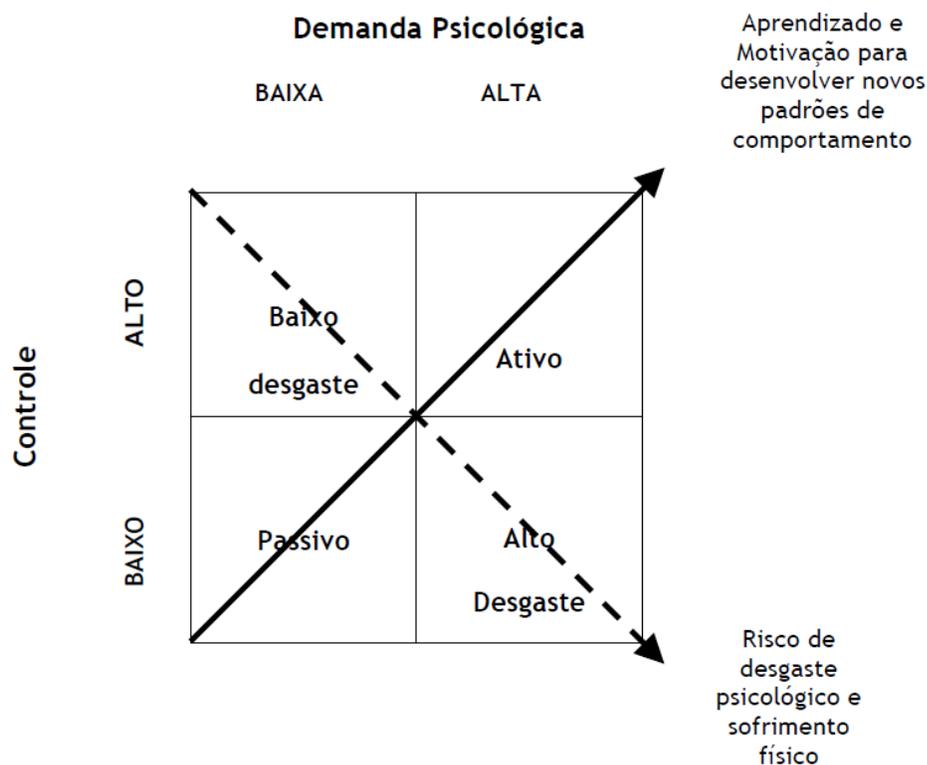
responsabilizado e esgota-se qualquer possibilidade de abordar o tema de forma coletiva e de modificar situações oriundas desse ambiente específico (Alves, 2004).

Alves (2009, p. 36), afirma:

Grau de autonomia na execução do trabalho, quantidade, diversidade e grau de fragmentação das atividades, variedade ou monotonia/repetitividade de processos, problemas a resolver com base em conhecimentos e, ou experiências pregressas, grau de cooperação, dentre outros, são aspectos do trabalho que devem ser analisados no que diz respeito às demandas para os trabalhadores.

Esses aspectos, relacionados à carga mental de trabalho, pode ser avaliada considerando apenas as exigências da tarefa ou então, essas exigências em confronto com as capacidades dos trabalhadores, que segundo Hacker (2005 *apud* Alves, 2009), quando as cargas mentais de trabalho são inferiores a essas capacidades, podem gerar monotonia, desestimular e frear o desenvolvimento dos trabalhadores; quando superiores às capacidades, podem gerar fadiga, frustração e ansiedade. O ideal é que haja adequação entre as exigências da tarefa e as capacidades dos trabalhadores.

Desta forma, é possível entender que o modelo demanda-controle é um construto teórico-metodológico utilizado para compreender as condições de trabalho e seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, como o estresse ocupacional (Araújo *et al.*, 2003). Este construto é a resultante do confronto da variável demanda psicológica do trabalho com à variável controle que o trabalhador apresenta sobre sua atividade (Alves, 2004). A Figura 1 ilustra o modelo demanda controle de Karasek.



**Figura 2:** Esquema do modelo de demanda-controle de Karasek.  
 Fonte: Alves (2004, p. 37)

Demandas psicológicas referem-se ao ritmo do trabalho, o quanto ele é excessivo e difícil de ser realizado bem como à quantidade de conflito existente nas relações de trabalho.

Controle pode ser definido como a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em relação a dois aspectos: a autonomia para tomar decisões sobre seu próprio trabalho, incluindo o ritmo em que esse é executado, e a possibilidade de ser criativo, usar suas habilidades e desenvolvê-las, bem como adquirir novos conhecimentos (Alves, 2004, p. 37).

O cruzamento destas variáveis oferece quatro tipos de trabalho e duas diagonais: Diagonal A – Risco de desgaste psicológico e sofrimento físico, (1) trabalho de muita tensão ou de alta exigência e (3) trabalho de pouca tensão ou de baixa exigência; Diagonal B – Aprendizado e motivação para desenvolver novos padrões de comportamento, (2) trabalho ativo e (4) trabalho passivo.

No Brasil, o modelo demanda-controle foi aplicado por meio de um conjunto de instrumentos conhecido como Questionário de Conteúdo do Trabalho (*Job Content Questionnaire* - JCQ) em estudos epidemiológicos em diferentes categorias profissionais (Alves, 2004; Araújo *et al.*, 2003). O JCQ além das escalas demanda psicológica no trabalho e controle sobre o trabalho, apresenta a escala de suporte social no trabalho por parte do supervisor e dos colegas de trabalho (Araújo *et al.*, 2003). Evidências de estudos epidemiológicos realizados em países de diferentes continentes mostram que existe nexos entre trabalho de alta exigência e adoecimento cardíaco, musculoesquelético e psicológico (Karasek, 2001).

### **3.5.Hipótese**

O absenteísmo de duração maior ou igual a 3 dias acompanha o trabalhador da APS, com características peculiares determinadas pelo tipo e processo de trabalho caracterizado por alta demanda e gerador de estresse, podendo evoluir com maior incidência de transtornos mentais e orgânicos.

Uma sub-hipótese, a ser verificada em outros estudos, seria do absenteísmo aumentar de acordo com a carga de trabalho intensificada.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo Geral**

- Avaliar os índices do absenteísmo por Licença de três a quinze dias para Tratamento de Saúde (LTS) dos trabalhadores da atenção primária à saúde do município de Amparo nos anos de 2006 e 2009, visando mapear, sugerir intervenções protetoras sobre o processo de trabalho.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar o perfil dos afastamentos quanto à sua causa, faixa etária, gênero, tempo de serviço, dias de Licença para Tratamento de Saúde (LTS) e cargo ou função.
- Estimar os custos, o índice de absenteísmo, conforme função ou cargo.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Definição do tipo de pesquisa**

Trata-se de um Estudo Observacional Transversal Descritivo dos afastamentos dos Trabalhadores da Atenção Primária do Município de Amparo, entre os anos de 2006 e 2009.

### **5.2. Coleta de dados**

Os dados dos afastamentos dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde do município de Amparo-SP foram obtidos a partir do banco de dados do Núcleo de Saúde do Servidor Municipal (NSSM) do município.

Estes dados foram tabulados entre os anos de 2006 até 2009. São considerados os afastamentos por LTS iguais ou superiores a três dias, já que os inferiores à esses são regulados dentro da própria USF e encaminhados diretamente para o Recursos Humanos (RH), não passando pela avaliação neste NSSM. Os mesmos não foram cedidos para estudo neste trabalho. Os afastamentos maiores de 15 dias não passam necessariamente pelo NSSM, já que são encaminhados diretamente ao INSS. Porém alguns estiveram incluídos, sendo também considerados, porém admite-se que foram exceção, diante do fluxo já exposto.

O NSSM atua desde 1999 e conta com 4 funcionários, sendo um médico do trabalho, um técnico em segurança do trabalho (foi quem tabulou os dados), uma auxiliar administrativo e um engenheiro (20h). Até o presente momento, o NSSM atua dentro do mesmo prédio que o CEREST, embora com população-alvo diferentes, já que o primeiro tem suas ações voltadas aos servidores municipais, enquanto o segundo presta atendimento à população geral.

Os profissionais considerados para o presente estudo foram: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos (que já atuavam desde o ano de 2006 distribuídos dentro das

equipes de SF), agentes administrativos, auxiliares de serviços, auxiliares de saúde bucal, dentistas e agentes comunitários de saúde (ACS).

Demais trabalhadores da Secretaria de Saúde não foram estudados também, já que o objetivo era de estudar o absenteísmo por doenças entre os trabalhadores da APS.

### **5.3. Metodologia e análise dos dados**

Inicialmente foram estabelecidas as anuências, liberação e discussão presencial com cada um dos responsáveis pelas instituições envolvidas. Foram contactados: Secretária Municipal de Saúde, Coordenador do RH e da Coordenadora do NSSM, de onde extraíram-se os dados. Toda a documentação desta fase encontra-se apensada nos anexos.

A seguir, processou-se a análise e aprovação do projeto de estudo pelo CEP da Unicamp, conforme parecer, também, constante dos anexos.

Após a aprovação pelo CEP da Unicamp, foram avaliados os afastamentos com atestados médicos dos trabalhadores supracitados da Secretaria Municipal de Saúde do município de Amparo, entre os anos de 2006 e 2009.

Os dados foram fornecidos pelo Núcleo de Saúde do Servidor Municipal (NSSM) e dispunham das seguintes informações: nome, cargo ou função, número de dias de licença e letra/categoria correspondente ao grupo da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição (CID 10) que motivou o afastamento. Os arquivos estavam em planilhas do Microsoft Excel®, versão 2010.

Este núcleo existe desde 1999, tendo atuado como parte da estrutura relacionada à secretaria de saúde. Nos primeiros anos, inclusive suas atividades se davam no Centro de especialidades médicas (antigo Centro de Saúde 1). Há alguns anos, desde a criação do CEREST, ambos ficam no mesmo prédio. O mesmo é composto de 4 profissionais, sendo um médico do trabalho, um técnico de segurança do trabalho, um engenheiro (20 horas) e um auxiliar administrativo. Os dados foram tabulados por este técnico do trabalho ao longo dos últimos anos.

O sexo foi deduzido a partir do nome e confirmado por uma listagem dos funcionários das USF, fornecida pelo Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Amparo (RH).

Para obtenção da faixa etária dos trabalhadores e tempo de admissão no serviço de saúde municipal, como os dados obtidos estão por ano e não mês a mês, convencionou-se que o afastamento ocorreu no meio do referido ano, ou seja, 1º de julho de 2006 e 1º de julho de 2009.

Os dados referentes aos anos de 2007 e 2008 não estão sendo analisados porque os nomes dos trabalhadores não estão evidenciados, não sendo possível, portanto, avaliar quanto ao gênero, faixa etária, tempo de serviço e unidade de atuação.

Para obter a USF de atuação do trabalhador, esta lista com os referidos nomes foi comparada com a listagem dos trabalhadores cadastrados em cada Unidade de Saúde no RH, em contato individualizado e direto com os respectivos gestores das USFs.

Com a finalidade de estimar os custos referentes aos afastamentos foram analisadas as informações fornecidas pelo RH, disponíveis e publicadas anualmente no jornal oficial do município, com o salário base mensal, de acordo com o cargo ou função. Estes custos não contemplam, portanto, o custo real de cada trabalhador, uma vez que não são computados 13º e 14º salários; adicional por insalubridade; gratificação por tempo de serviço; sexta parte; e, abono especial de reenquadramento. Para a adequação a níveis internacionais, optou-se pela conversão destes valores para o Dólar comercial, valor de compra. As cotações adotadas correspondem aos dias assumidos como meio do ano. Para o ano de 2006, utilizou-se a cotação do primeiro dia útil do mês de julho (03/07/2006), que correspondeu a R\$ 2,169; e para o ano de 2009, utilizou-se a cotação do dia 1º de julho de 2009, equivalente a R\$ 1,934, fornecidas pelo [www.financeone.com.br](http://www.financeone.com.br) acessado em 11/05/2011.

Para avaliar o impacto dos afastamentos no conjunto do trabalho, foram calculados os indicadores de absenteísmo-doença recomendados pelo subcomitê de absenteísmo de saúde ocupacional, levando-se em consideração a contribuição dos fatores sócio demográficos e funcionais (Quick & Lapertosa, 1982). A *International Commission on Occupational Health*

(ICOH) criou em 1960, uma série de “índices de absenteísmos por doença”, simplificados em 1978, prevalecendo até os dias de hoje, conforme Tabela 8.

Os dados, foram submetidos à uma exploração epidemiológica e estatística e analisados estes índices e o perfil sócio demográfico da população que apresentou as LTS.

Quanto à análise estatística, os dados foram descritos segundo os anos, e as medidas de interesse, através de frequências absolutas (n) e relativas (%). Os testes estatísticos utilizados foram: testes de Qui-Quadrado de Pearson ou exato de Fisher (quando 25% ou mais dos valores esperados foram inferiores a 5).

O software utilizado para os cálculos estatísticos e valor-p foi o SAS<sup>®</sup> versão 9.2, e o nível de significância assumido foi de 5%.

#### **5.4.O local do estudo**

O município de Amparo, pertencente à Região de Campinas, fica a 55 km dela, dista 93 km da capital São Paulo, possuindo os seguintes limites municipais: ao Norte: Serra Negra e Itapira, ao Sul: Morungaba, à Leste: Monte Alegre do Sul e Tuiuti e à Oeste: Pedreira, Santo Antônio de Posse e Jaguariúna.

A cidade nasceu oficialmente em 8 de abril de 1829. Sua área é de 463 quilômetros quadrados, sendo 3.500 hectares de área urbana e 41.058 de área rural. O número de habitantes segundo senso IBGE de 2009 é de 65.928.

A origem desta população também contou com ascendência alemã, francesa e oriental em seu início. No final do século XX prevaleceram as correntes internas, principalmente de Minas Gerais, Paraná e estados do nordeste.

Suas principais atividades econômicas são agricultura, indústria, comércio e turismo.

Aprofundando mais sistematicamente quanto à rede de saúde no município, esta conta com os seguintes equipamentos de saúde:

- Rede Básica com 14 unidades básicas de saúde;
- Ambulatório de Especialidades;
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST);
- Centro de Atenção Psico Social (CAPS II);
- Laboratório Municipal de Análises Clínicas;
- Central de Transporte de Pacientes;
- Núcleos de Vigilância em Saúde composta por: Núcleo de Vigilância Sanitária (NVS), Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) e Núcleo de Controle de Zoonoses (NCZ);
- Unidade Municipal de Reabilitação

O município de Amparo estava credenciado junto ao SUS para a gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 1998 e assinou o termo de Compromisso de Gestão Municipal do Pacto de Gestão em setembro de 2006. Todos os recursos públicos eram repassados para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) e gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O Município de Amparo investiu em 2009, 21,52% do Orçamento Próprio em Saúde, conforme Prestação de Contas nos Anexos do Relatório, utilizando os itens das receitas orçamentárias definidas pela Emenda Constitucional 29.

Em 2009, receita anual da SMS de Amparo foi de R\$ 32.776.817,09, sendo que 47,36% dos recursos da saúde de Amparo foram do Ministério da Saúde e 52,64% foram provenientes do Tesouro Municipal.

A Folha de pagamento do pessoal, em 2009, custou R\$ 17.451.186,72 e a verba do Tesouro Municipal foi utilizada quase integralmente para pagamento da Folha. O gasto com remuneração de pessoal cresceu em função da ampliação do quadro de servidores que foi feito, particularmente na Atenção Primária.

**Quadro 1:** Despesas com a folha de pessoal da SMS de Amparo, de 2005 a 2009

Ano	Valor da Folha de Pessoal da Saúde (em R\$)
2005	10.478.023,87
2006	11.920.246,68
2007	13.235.807,21
2008	15.430.267,84
2009	17.451.186,72

Fonte: SMS e FMS

O valor real da Folha de Pagamento dos profissionais da rede básica é bastante significativo, pois todos os profissionais recebem insalubridade e cesta básica. Vários servidores recebem gratificação por Coordenação, por tempo de serviço e os servidores admitidos antes do PCCS, de 2003, recebem adicional de enquadramento (incentivo salarial).

A APS em Amparo é oferecida em 14 USF, com 20 equipes completas, sendo que a 20ª equipe foi habilitada no final de 2007.

As unidades trabalham com população adscrita e a média do número de famílias cadastradas por equipe era de 868, em dezembro de 2008. As unidades têm de uma a três equipes de PSF, porém nas da área rural, pelo pequeno número de famílias cadastradas, contam com profissionais que dividem a jornada de trabalho em mais de uma unidade.

Em média, as famílias cadastradas no PSF são compostas por 3,46 pessoas/família. As unidades atendem demanda agendada e demanda espontânea da área de abrangência.

Em dezembro de 2009 o PSF do município contava com a participação de 17.485 famílias, o que representa uma cobertura de 92,41 % do total da população da cidade de Amparo-SP.

**Quadro 2:** Expansão do PSF em Amparo, de 2005 a 2009.

ANO	2005	2006	2007	2008	2009
Equipes PSF	16	19	20	20	20
Famílias cadastradas	15.333	16.414	16.991	17.366	17.485
População coberta pelo PSF	90,00%	90,00%	97,00%	92,00%	92,41%

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>)

Quanto à produção dos profissionais, em 2009 o SUS de Amparo realizou **161.804 consultas médicas**, sendo 100.986 consultas da rede municipal de saúde e 60.818 consultas nos Prontos Socorros dos hospitais filantrópicos conveniados com o SUS, respectivamente 62,41% das consultas na rede pública e 37,59% nos hospitais conveniados.

**Tabela 1:** Consultas médicas realizadas pelo SUS Amparo, de 2005 a 2009

ANO	Total de CM da SMSA	Total de CM do SUS Amparo
2005	110.105	171.828
2006	115.284	176.715
2007	117.613	176.023
2008	105.534	166.861
2009	100.986	161.804

Fonte: SIA/SUS

Parece importante ainda remeter ao início do PSF em Amparo, que data de 1995, após 02 anos de uma viagem do Prefeito João Cintra a Cuba, quando retorna muito entusiasmado com os bons resultados e baixos custos. Apesar de bastante vanguardista, até 2001 o modelo de gestão ainda era o hegemônico, médico centrado, sem o devido investimento nas ações de Vigilância em Saúde. Cito dois trechos da ex-secretária de saúde Aparecida Linhares Pimenta, que passou a investir e gerir a cidade baseado nesta taxonomia proposta por Paim (2006), em sua tese de doutorado:

Considerando as definições de Paim referentes ao modelo de Vigilância em Saúde, não havia em Amparo um projeto de trabalhar com a população, como sujeito a ser mobilizado para conseguir melhores condições de vida e de trabalho, pois as equipes não desenvolviam nenhum tipo de trabalho comunitário (Pimenta, 2006, p. 118).

Apesar de estar com o PSF implantado há cinco anos, Amparo contava com um modelo médico centrado, pois as modificações na estrutura da rede de serviços não foram capazes de modificar a relação dos profissionais com os usuários, no sentido de privilegiar as tecnologias leves e a construção de novas subjetividades, tanto das equipes como dos usuários (Pimenta, 2006, p. 121).

## **5.5. População de estudo**

A população de estudo foi constituída por todos os trabalhadores das categorias acima expostas e que atuam nas 14 Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Amparo entre os anos de 2006 e 2009.

Todos eles tinham vínculos de 40 horas semanais e eram regidos pelo regime de CLT ou estatutários. Sendo assim, cada dia de trabalho representou sempre oito horas.

De acordo com o Relatório de Gestão 2010-2013 da Secretaria Municipal de Saúde do município de Amparo-SP, a composição do quadro de Recursos Humanos do PSF em 2007 passou a ser de 20 médicos; 22 enfermeiros; 42 técnicos de enfermagem; 82 agentes comunitários de saúde (ACS); 19 agentes administrativos, e, 17 auxiliares de serviço.

Portanto, a equipe profissional do ano de 2006 apresentou um número menor de funcionários que a de 2009 e 2008. Sendo assim, subtraiu-se 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 4 ACS, 1 agente administrativo, 1 auxiliar de serviço.

O número de dentistas em 2006 era de 17 e em 2009, 18. Os auxiliares de saúde bucal e psicólogos foram da mesma grandeza, respectivamente para ambos 13 profissionais. Os psicólogos também se mantiveram no mesmo número de 7 trabalhadores.

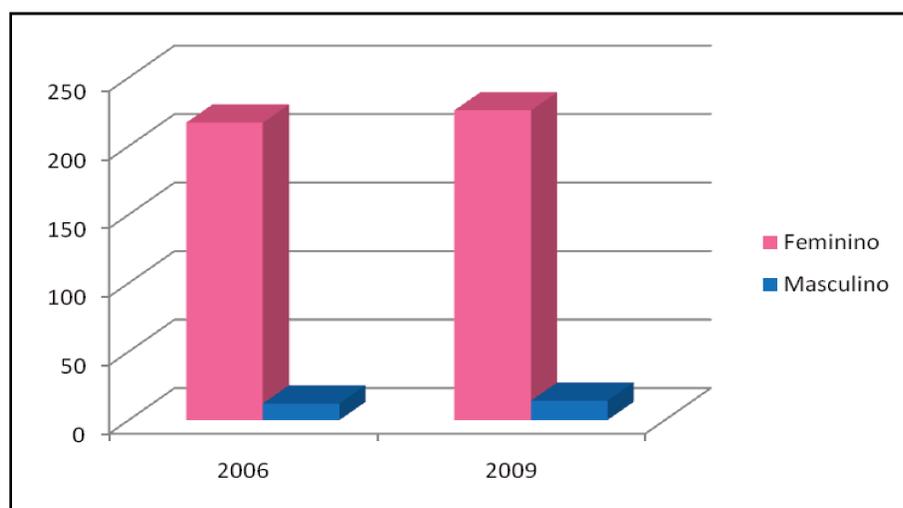
Neste período também aconteceu a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com profissionais que deram suporte à equipe básica da ESF. Foram incorporados para atuar na APS profissionais como pediatra, assistente social, fisioterapeuta,

terapeuta ocupacional e que estavam cadastrados como profissionais da equipe, mas que foram excluídos neste estudo, vez que não eram integrantes das equipes em 2006.

## 6. RESULTADOS

O número total de trabalhadores da APS incluídos para a análise em 2006 foi de 229 e de 240 em 2009.

Os profissionais da APS eram 217 (91%) do sexo feminino e 12 (5,3%) eram do sexo masculino em 2006. Em 2009, 226 (94,1%) eram do sexo feminino e 14 (5,9%) do sexo masculino (Figura 3).



**Figura 3:** Distribuição gráfica do gênero dos profissionais da APS no município de Amparo nos anos de 2006 e 2009.

Não houve diferença significativa em relação à função dos trabalhadores nos anos de 2006 e 2009 conforme mostra a tabela 2.

O número de profissionais que tiveram LTS foi de 36 em 2006 e 55 em 2009, totalizando 91 indivíduos e representando um aumento absoluto de 34,5%. Consideramos que o aumento da população exposta foi de (4,8%). Dados na Tabela 2.

Esses 91 trabalhadores geraram um total de 149 atestados e 1634 dias perdidos. Em 2006 foram 62 LTS e 611 dias, enquanto em 2009 foram 87 LTS e 1023 dias perdidos, conforme demonstrado na Tabela 2.

Não houve diferença significativa ( $p>0,05$ ), mas o maior valor absoluto de LTS foi de ACS, seguido de dentistas em 2006 e de auxiliares de serviço em 2009. Em 2006 psicólogos e agentes administrativos foram os menos frequentes enquanto que em 2009 os menos frequentes foram os psicólogos e os médicos.

A distribuição do número de dias perdidos, segundo a função, apresentou diferença estatisticamente significante entre os anos 2006 e 2009 ( $p<0,01$ ). As maiores diferenças observadas foram entre os enfermeiros (Tabela 2).

**Tabela 2:** Distribuição dos Trabalhadores na Atenção Primária à Saúde do Município de Amparo segundo a Função, o número de Afastamentos e o número de Dias Perdidos nos anos de 2006 a 2009

Servidores	Função				Afastamentos				Nº dias perdidos			
	2006		2009		2006		2009		2006		2009	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<b>Médicos</b>	19	8,3	20	8,3	5	8,1	3	3,5	57	9,3	23	2,2
<b>Enfermeiros</b>	21	9,2	22	9,2	2	3,2	9	10,4	24	3,9	300	29,3
<b>Técnico de Enfermagem</b>	40	17,5	42	17,5	8	12,9	11	12,6	109	17,8	107	10,5
<b>Agente Comunitário</b>	78	34,1	82	34,2	26	41,9	33	37,9	216	35,4	310	30,3
<b>Agente Administrativo</b>	18	7,8	19	7,9	1	1,6	6	6,9	17	2,8	54	5,8
<b>Auxiliar de serviço</b>	16	6,9	17	7,1	5	8,1	13	14,9	55	9,0	116	11,3
<b>Dentistas</b>	17	7,4	18	7,5	10	16,1	5	5,7	92	15,1	49	4,8
<b>Auxiliar de Saúde Bucal</b>	13	5,7	13	5,4	4	6,5	5	5,7	34	5,6	37	3,6
<b>Psicólogo</b>	7	3,1	7	2,9	1	1,6	2	2,4	7	1,1	22	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>229</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>611</b>	<b>100</b>	<b>1023</b>	<b>100</b>

A tabela 3 apresenta os achados do estudo quanto ao número de Afastamentos, analisados por gênero. Não houve diferença significativa entre os anos ( $p > 0,05$ ) sendo a grande maioria dos funcionários afastados, do sexo feminino em ambos os anos (93,5% em 2006 e 94,3% em 2009).

**Tabela 3:** Distribuição dos Afastamentos do trabalho na Atenção Primária à Saúde do Município de Amparo segundo Sexo nos anos de 2006 e 2009

Sexo	2006		2009	
	nº	%	nº	%
Feminino	58	93,5	82	94,3
Masculino	4	6,5	5	5,7
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 4:** Distribuição do Número de Dias Perdidos na Atenção Primária à Saúde do Município de Amparo segundo Sexo nos anos de 2006 e 2009

Sexo	2006		2009	
	nº	%	nº	%
Feminino	587	96,1	982	96
Masculino	24	3,9	41	4
<b>TOTAL</b>	<b>611</b>	<b>100,0</b>	<b>1023</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos dias perdidos segundo a classificação da CID 10. Os achados do estudo apontam para uma maior incidência de afastamentos em 2006 e 2009, por transtornos mentais e comportamentais (CID F) e no mesmo número de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID M), ambos apresentando a segunda maior proporção dos dias perdidos em 2006 e 2009. A terceira causa de afastamento nos dois anos foram as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

**Tabela 5:** Distribuição do número de dias perdidos na APS do Município de Amparo, segundo a CID 10 nos anos de 2006 e 2009

		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>	<b>M</b>
2006	N		14				139	7	3	48	14	50		139
	%		2,3				22,7	1,1	0,5	7,9	2,3	8,2		22,7
2009	N				5	22	204	30	27	43	46	38		186
	%				0,5	2,2	19,9	2,9	2,6	4,2	4,5	3,7		18,2

		<b>N</b>	<b>O</b>	<b>P</b>	<b>Q</b>	<b>R</b>	<b>S</b>	<b>T</b>	<b>U</b>	<b>V</b>	<b>W</b>	<b>X</b>	<b>Y</b>	<b>Z</b>
2006	N	45	45			18	64							25
	%	7,4	7,4			2,9	10,5							4,1
2009	N	47	157			22	181							15
	%	4,6	15,3			2,2	17,7							1,5

Entre os demais profissionais que não são de nível médio ou superior, verificamos que os auxiliares de serviço foram os de segunda maior frequência em 2009.

Entretanto, quando se analisa taxa de gravidade, no ano de 2006, os técnicos de enfermagem apresentaram maiores índices seguidos pelos médicos e auxiliares de serviços gerais (Tabela 6).

**Tabela 6:** Indicadores de absenteísmo: definições e resultados

	<b>2006</b>	<b>2009</b>
IFL geral %	27,1	36,3
IDD geral	2,66	4,26
IFT	16,6	22,1
Taxa de gravidade	2,7	4,5
Taxa de Gravidade Médicos	11,4	7,7
Taxa de Gravidade Enfermeiro	12	33,3
Taxa de Gravidade Técnico de Enfermagem	13,6	9,7
Taxa de Gravidade ACS	8,3	9,4
Taxa de Gravidade Agente Administrativo	7	9
Taxa de Gravidade Auxiliar de Serviço	11	8,9
Taxa de Gravidade Dentista	9,2	9,8
Taxa de Gravidade Auxiliar de Saúde Bucal	8,5	7,4
Taxa de Gravidade Psicólogo	7	11
PTP (%)	0,7	1,1

Indicadores de absenteísmo e definições

Sigla e Forma de calcular:

IFL = Índices de frequência (licenças médicas) = Números de início de licença por ano dividido pela população sob risco.

IDD = Índice de duração (dias) = Número de dias de ausência por ano dividido pela população sob risco

IFT= Índice de frequência= Número de trabalhadores com uma ou mais licenças por ano dividido pela população sob risco.

Taxa de Gravidade por profissão = número de dias de licença dividido pelo número de trabalhadores de licença

PTP = Número de dias de trabalho perdidos em determinado período de tempo dividido pelo número programado de dias de trabalho no mesmo período multiplicado por 100

Fonte: Adaptado de Primo (2008)

Quanto à faixa etária, os achados apontam que o maior acometimento incide sobre a faixa de 35 a 39 anos, correspondendo a 22,8% dos atestados. Isto aconteceu para os dois anos estudados. Mas também foi observado que entre 25 e 44 anos, ocorreu o maior número de dias perdidos. Esta informação, entretanto, só poderia ser validada caso fosse disponível o perfil etário de toda a população exposta, para fazer a devida padronização dos coeficientes para o cálculo proporcionado (Tabela 7).

**Tabela 7:** Distribuição do Número de Atestados e Dias Perdidos na Atenção Primária à Saúde do Município de Amparo segundo a Idade nos Anos de 2006 e 2009

Faixa Etária (anos)	N° de Atestados		Dias Perdidos	
	n°	%	n°	%
20 a 24	1	0,6	7	0,4
25 a 29	23	15,4	237	14,5
30 a 34	27	18,1	255	15,6
35 a 39	34	22,8	461	28,2
40 a 44	25	16,8	254	15,5
45 a 49	15	10,1	117	7,2
50 a 54	9	6,1	88	5,5
55 a 59	11	7,4	110	6,7
≥ 60	4	2,7	105	6,4
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>100</b>	<b>1634</b>	<b>100</b>

Ao analisar o fator de tempo de serviço, o maior número de atestados foi entre os trabalhadores de um a três anos, sendo 44 LTS em 149, somando-se os 2 anos. Este dado é seguido pelo período de quatro a seis anos de serviço e consecutivamente pelo de sete a nove anos (Tabela 8).

**Tabela 8:** Distribuição do Número de Atestados segundo o Tempo de Serviço nos Anos de 2006 e 2009

<b>Tempo de Serviço em Anos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
< 1	6	4,1
1 a 3	44	29,5
4 a 6	35	23,5
7 a 9	30	20,2
10 a 12	16	10,7
13 a 15	10	6,7
16 a 18	1	0,6
19 a 21	6	4,1
> 21	1	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Quanto aos resultados encontrados referentes ao índice de absenteísmo, conforme proposto por Alves (1994), foi encontrado um IA de 0,073 em 2006 e 1,17 em 2009; e um incremento de aproximadamente 62% entre os dois anos.

Entre os profissionais o maior IA no ano de 2006 foi entre os dentistas, seguido dos auxiliares de serviços. Já em 2009, os enfermeiros corresponderam ao maior índice, seguido dos auxiliares de serviços novamente (Tabela 9).

**Tabela 9:** Distribuição dos Índices de Absenteísmo na Atenção Primária à Saúde do Município de Amparo segundo a Função e o Sexo nos Anos de 2006 e 2009

	<b>2006</b>	<b>2009</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Feminino	0,7	1,12
Masculino	0,03	0,05
Médico	0,82	0,32
Enfermeiro	0,31	3,73
Técnico de Enfermagem	0,75	0,7
Agente Comunitário	0,76	1,03
Agente Administrativo	0,1	0,78
Auxiliar de Serviço	0,94	1,87
Dentista	1,5	0,75
Auxiliar de Saúde Bucal	0,72	0,78
Psicólogo	0,27	0,86
<b>TOTAL</b>	<b>0,073</b>	<b>1,17</b>

Com relação a mensuração dos custos, a partir dos salários-base de cada categoria, dividido por 30 dias por mês, evidenciou-se um custo por dia de cada profissional. Este valor foi multiplicado pelo número de dias perdidos, em seus respectivos anos, encontrando-se um total por ano por categoria. Esses valores foram convertidos em dólar, utilizando-se a cotação do meio do ano, conforme descrito na metodologia.

Os valores mais expressivos foram quanto à categoria médica justamente pelos seus maiores valores diários (US\$ 83.00 em 2006 e US\$ 103.00 em 2009). Ao avaliarmos o custo total/ano, os achados apontam para os dentistas como maior custo no ano de 2006 (US\$ 5,980.00), já para o ano de 2009, a categoria que mais onerou foi a de enfermeiros, atingindo US\$ 15,600.00. Os montantes totais foram de US\$ 17,557.60 e US\$ 29,955.20, respectivamente para os anos de 2006 e 2009 (Tabela 10).

**Tabela 10:** Custo dos dias perdidos na APS/Amparo nos respectivos segundo Função e pareados por dia e por Número total de Dias nos respectivos anos de 2006 e 2009

	2006		2009	
	Dia (US\$)	Total/ano (US\$)	Dia (US\$)	Total/ano (US\$)
<b>Médicos</b>	83.00	4,731.00	103.00	2,376.00
<b>Enfermeiros</b>	46.00	1,104.00	52.00	15,600.00
<b>Técnico de Enfermagem</b>	28.00	3,052.00	21.00	2,247.00
<b>Agente Comunitário</b>	8.00	1,728.00	10.00	3,100.00
<b>Agente Administrativo</b>	8.00	56.00	10.00	540.00
<b>Auxiliar de Serviço</b>	6.00	330.00	7.50	870.00
<b>Dentistas</b>	65.00	5,980.00	81.00	3,969.00
<b>Auxiliar de Saúde Bucal</b>	9.50	323.00	12.00	444.00
<b>Psicólogo</b>	28.00	196.00	35.00	770.00
<b>Merendeira</b>	5.76	57.60	7.84	39.20
<b>TOTAL</b>	<b>287.26</b>	<b>17,557.60</b>	<b>339.34</b>	<b>29,955.20</b>

*Cotação do dólar comercial compra 03/07/2006 = R\$ 2,169*

*Cotação dólar comercial compra 01/07/2009 = R\$ 1,934*

*Fonte: www.financeone.com.br acessado em 11/05/2011*

## 7. DISCUSSÃO

É inexorável pleitear dissertar sobre um tema e não abordar minimamente a questão da acessibilidade. A vida em um sentido bastante reduzido e utilitarista sempre trará uma pergunta inerente ao próprio objeto: Para quê? E isto nos remete a pensar sobre os acessos que o trabalho é capaz de proporcionar: Para que trabalhar? Para que trabalhar em Saúde?

Entendendo que a APS é campo de atuação de diversos profissionais da saúde e sobre esta repousa grande número de atribuições, restando a discussão sobre o que seus trabalhadores buscam atingir. Que forças e quais as ferramentas são as mais indicadas para exercer o trabalho com saúde?

Acessibilidade é o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população, no processo de busca e obtenção da atenção. Podemos ver a acessibilidade como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos a busca e obtenção da atenção (resistência) e as capacidades correspondentes da população para superar tais obstáculos (Frenk, 1985 *apud* Lora, 2004, p. 25).

Ao falar de acesso e trabalho, remetemo-nos ao seu sentido teleológico do processo de trabalho humano. Citando Karl Marx:

O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas, para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira (Marx, 1988, p. 203)

O processo de trabalho é, portanto, simultaneamente, a mescla entre as propriedades técnicas, sociais e econômicas, sendo os instrumentos de trabalho o resultado de determinadas relações de classe e do desenvolvimento científico-tecnológico (Cohn & Marsiglia, 1994).

Na explanação de Foucault (1988), o autor discute os impactos sobre o corpo devido ao capital:

[...] o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso (p. 28).

Fica inevitável, a partir das referências acima, não refletir sobre a que o trabalhador se expõe no ambiente de trabalho e o que ele, primariamente, busca com esse exercício. O que o trabalho é capaz de proporcionar quanto às transformações pessoais e coletivas ou o que ele proporciona para o trabalhador e para o usuário quanto ao processo saúde e doença?

A partir dessa breve análise, segue-se a discussão sobre os resultados encontrados no presente estudo.

### **7.1.O absentéismo nos diversos grupos**

Quando se analisa o adoecimento pelas funções ou cargos dos profissionais, obteve-se que o maior número absoluto de licenças ocorreu nos agentes comunitários de saúde, que têm menor escolaridade em anos do que os demais profissionais de nível médio e superior. Isto representou 41,9% do total das licenças entre todos os profissionais no ano de 2006 e 37,9% em 2009 (Guimarães, 2005; Ramadam, 2003, Godim & Kittel, 2004, Lim, 2002).

Ressalta-se aqui que este dado é esperado, já que esta categoria teve maior número de dias efetivos e compreende o maior número de profissionais por categoria. Segue-se a isso que o maior número de dias perdidos também ocorreu nesta categoria.

Ou seja, analisando-se proporcionalmente, dado que traduz o maior impacto do absentéismo por categoria é o Índice de absentéismo, sendo maior em 2006 entre os dentistas e auxiliares de serviço e em 2009 entre os enfermeiros e novamente os auxiliares de serviços.

Porém é importante, nesse caso, destacar o grande número de funções e atribuições exercidas pelos ACS (Brasil, 2006), considerando que, estão mais vulneráveis a cumprirem excessivas tarefas fora das USFs e com uma remuneração bem abaixo dos profissionais de nível médio e superior (Tabela 7). Em uma cidade que conta com cinco USF em zona rural, o trabalho e as suas demandas, por certo, se avolumam.

Já em 2009, o absenteísmo entre os enfermeiros foi de 33%, sugerindo: existir algum viés neste dado, que poderá ser elucidado com o aprofundamento estatístico. Seguem os dentistas e novamente os técnicos de enfermagem. Porém, este achado do maior acometimento entre enfermeiros é concordante com a literatura (Alves, 1994; Reis, 2003; Silva & Marziale, 2000).

Não houve diferença significativa ( $p > 0,05$ ), mas a maior concentração de LTS foi de ACS, seguido de dentistas em 2006 e de auxiliares de serviço em 2009. Em 2006 psicólogos e agentes administrativos apresentaram as menores taxas de absenteísmo, enquanto que, em 2006 estas foram dos psicólogos e dos médicos .

A distribuição do número de dias perdidos, segundo a função, apresentou diferença estatisticamente significante entre os anos 2006 e 2009 ( $p < 0,01$ ). As maiores diferenças observadas foram entre os enfermeiros, sendo a maior diferença de 3,9% em 2006 e de 29,3% em 2009, seguida dos técnicos de enfermagem (Tabela 7).

A hipótese que justifica este aumento é o afastamento por licença maternidade, já que em 2009 o afastamento de enfermeiras pelo grupo “O”, gravidez, parto e puerpério se apresenta.

Evidencia-se, novamente, a necessidade de se trabalhar os dados de tal maneira a tentar diferenciar as causas do absenteísmo-doença, como por exemplo, acidentes de trabalho (como o CAT, o que também não fora possível ser diferenciado), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, dentre outras.

Quanto ao sexo, não houve nenhum resultado que fosse estatisticamente significante, até devido ao alto número de trabalhadoras do sexo feminino e à casuística relativamente pequena. Na literatura (Godoy, 2001; Isosaki, 2003; Godin & Kittel, 2004), apresenta-se uma associação positiva do absenteísmo e sua relação com o sexo feminino, a distribuição dos

afastamentos pelo sexo foi de 58 em 62 LTS de 2006, ainda abaixo desta mesma relação da população “vulnerável”.

Quanto à faixa etária e tempo de serviço, não se observou significância estatística, porém os dados apontam para uma democratização do afastamento por doenças neste estudo. Não houve nenhuma faixa etária ou maior exposição que pudessem sugerir maior risco.

Abordando as questões dos custos, pode-se inferir, inicialmente, que os trabalhos frequentemente padronizam seus custos em dólar, o que se provou ser esta ação inadequada diante da valorização do real frente a moeda norte-americana. De 2006 para 2009 houve uma perda real de aproximadamente 10%, o que gera nos custos um aumento de todos os “gastos” em real. Ressalto ainda que os custos estimados não contemplam uma série de outros gastos adicionais conforme relatados na metodologia.

Porém, ainda assim, os números apontam para as possíveis “perdas” que o gestor possa se sensibilizar. Em 2009 estes gastos se aproximam a US\$ 30,000.00 (Trinta mil dólares americanos) e refletem uma desatenção à assistência ao trabalhador e ao usuário.

Ao analisarmos as causas dos afastamentos, conforme o CID apresentado nos atestados, destacou-se a questão concernente à saúde mental e que será mais aprofundada a seguir, entretanto destaca-se ainda dois achados relevantes.

Nos dois anos estudados, embora as doenças mentais apareçam como mais incidente, o grupo das doenças do aparelho locomotor aparecem muito próxima, inclusive com a mesma taxa de aparecimento no ano de 2009. A literatura (Primo 2008), apesar de comparar estes dados no ambiente hospitalar, aponta uma correlação grande entre os dois grupos e uma relação entre possíveis agravamentos das questões mentais e suas associações com manifestações musculoesqueléticas, uma corroborando com a intensificação da outra.

Este estudo possibilitou avaliar a qualidade da informação, bem como, a política quanto ao cuidado ao trabalhador.

Pela falta dos dados de afastamentos menores que três dias, estes aspectos não foram avaliados. Porém, estudos de Silva e Marziale (2000) e Primo (2008) constataram, respectivamente, que 79% e 50,3% das LTS são de até três dias e essa informação não pode ser obtida junto ao NSSM, nem junto ao RH.

Quando se avaliam as causas de afastamento de curta duração, as doenças respiratórias aparecem como as principais causas entre os trabalhadores que se afastaram de hospitais (Reis, 2003; Silva e Marziale, 2003), fato que não se evidenciou na casuística obtida. As doenças respiratórias e infecciosas representaram pequena causa dos afastamentos.

Os índices de gravidade, de frequência, de duração de dias e taxas de gravidade se revelaram neste estudo também inferiores aos apontados na literatura (Gehring Jr, 2007; Primo, 2008, Silva, 2010), provavelmente pela exclusão dos afastamentos de curta duração menores que 3 dias.

O fato dos afastamentos de curta duração de até 03 dias não estarem presentes neste estudo parece ser a principal causa do absenteísmo por doença ter ficado no campo dos transtornos mentais (CID F) realmente trazem a necessidade de discutir alguns pontos adicionais a seguir.

Primeiramente, este estudo já estava em andamento quando a falta destes dados foi sabida por este pesquisador, limitando uma comparação mais fidedigna com toda a literatura que discute o absenteísmo-doença.

Em outras palavras, ficou claro que a política do município ao não solicitar uma avaliação do servidor pelo médico do NSSM em qualquer causa de afastamento pode não ser equivocada, já que demandaria muitos atendimentos para este profissional. Porém o equívoco se evidencia quando esta informação se perde neste fluxo da USF com o Núcleo do Servidor Municipal e o RH da prefeitura e não ocorre a articulação das ações, para controlar e evitar

perdas, revelando a maior dificuldade de se olhar o absenteísmo por doença como evento sentinela e promotor do cuidado ao trabalhador.

Ratifica-se a importância do cuidar e não do controle de maior produtividade, mas das ações do NSSM como alerta às situações possivelmente determinantes de adoecimento no trabalho na APS.

Diante da carência de estudos que avaliem o absenteísmo entre os trabalhadores da APS e da dificuldade de termos índices confiáveis para ela, ter estes dados poderia contribuir para informações mais precisas, como cálculos de variabilidade, sazonalidade e precaução de agravos, propondo, assim, uma política para o servidor da saúde mais adequada, baseada no princípio da precaução e no reconhecimento dos fatores determinantes de adoecimento no trabalho.

Talvez esta situação possa sugerir uma relevante discussão quanto a um certo distanciamento entre o olhar da SF e das (macro) políticas de saúde propostas pelo MS em contraponto com o olhar da Saúde do Trabalhador. Em que medida as políticas desenvolvidas para a SF abdicaram de assumir conceitos da saúde do trabalhador, entendendo que historicamente a assistência e o cuidado ao usuário foram sempre enfatizadas, mas não para o trabalhador. É fato que o SUS, em sua teoria, divergente do real, é extremamente defensor dos interesses do usuário, mas não se fez assim com o trabalhador da APS.

A ESF parece ser uma estratégia que ao assumir uma demanda excessivamente grande do cuidado integral às pessoas no nível primário de atenção, deveria estar propondo na mesma proporção condições mínimas de trabalho aos seus profissionais, evitando seu adoecimento mental e de outras ordens. A angústia do vínculo não suficientemente satisfeito gera uma intensificação e disfuncionamento no processo de trabalho, acometendo o próprio trabalhador.

Este fenômeno não é exclusivo do trabalhador desta cidade, nem também do funcionalismo público. Entretanto uma atuação “defensiva”, com uma “linguagem não verbal” de ausência dentro do próprio campo de atuação não pode ser reduzida a descompromisso ou

condição similar. As doenças, particularmente aquelas desencadeadas ou agravadas pelo trabalho, são comumente tidas como controláveis pelo próprio trabalhador. É como se a doença fosse, de alguma forma, voluntária e reveladora de indivíduo passivo, que tem de se desculpar pelo seu adoecer (CARNEIRO, 2006).

Do mesmo trabalho:

O pouco reconhecimento do trabalho do servidor público, tanto por parte do usuário quanto pelo gestor, gera uma sensação de desvalorização com sinais e sintomas de falência. O mau funcionamento da máquina estatal é sempre acompanhado do adoecimento dos seus operadores, sujeitos a diversos e contraditórios comandos (Carneiro, 2006, p. 29).

A estabilidade quase vitalícia do servidor público, não alicerçada em parâmetros mínimos de qualidade de atenção do trabalhador e do serviço, pode propor condições suficientes para atuações despersonalizadas e com baixo comprometimento, para citar novamente duas das dimensões da Síndrome de Burnout.

Entendendo que o vínculo é ferramenta para construção de um atendimento qualificado, conforme anteriormente citado, acrescentamos ainda que este mesmo pode ser expressão do investimento simbólico do trabalhador no contexto do trabalho. Daí, teríamos que sobre este se repousa uma ambivalência: necessário para o bom trabalho, porém causador de desgaste, uma vez que resultados de sucesso no trabalho em saúde são utópicos. Destarte, o vínculo promovendo desgaste, e este resultando em adoecimento mental.

## **7.2.A importância da Saúde Mental**

O segundo ponto a se apresentar foi do elevado número de afastamentos pertencerem ao campo da saúde mental. Quais as possíveis relações entre estes achados e a realidade do trabalho na APS de Amparo?

Os conflitos e desorganização do serviço, ou simplesmente uma sensação de trabalho alienado, destituído de criação, com elevadas demandas espontâneas, baixa resolubilidade, sem estímulos para atuação mais qualificada poderiam criar um cenário fértil para o disfuncionamentos da equipe e do próprio indivíduo.

A APS apresenta estes desafios cotidianos, alavancada ainda pelo excessivo número de atribuições e equipes enxutas para atuarem com territórios (não só físicos) carentes de acesso à educação de qualidade, lazer, esportes e esperança.

Na relação, mais que dialética entre autonomia e responsabilidade, como não compreender que este cenário não contribui para uma despersonalização, menor responsabilização, cursando em disfuncionamentos dentro das relações dentro das equipes e gerando conflitos?

Obviamente que este olhar é empírico e necessitava de uma maior investigação científica, mas o próprio índice de absentéismo é muito inferior ao encontrado na literatura. Conforme índice proposto por Alves (1994) foi encontrado um IA de 0,073 em 2006 e 1,17 em 2009. Estes dados discordam da literatura pelo já enunciado, que é a não inclusão dos atestados de 1 e 2 dias, que são maioria nas revisões. Por isso, se apresentam muito menores do que os encontrados por Alves em 1994 e Primo em 2008.

Conforme já discutido no capítulo sobre o processo saúde e doença e a saúde mental, é necessário se ater um pouco mais a discussão sobre a saúde mental e o trabalho. Independente da lente que se procure utilizar seja a do estresse, da psicodinâmica do trabalho ou do modelo demanda e controle proposto por Karazek (1990), ratifica-se a extrema relevância do tema. Talvez podendo ser a principal causa da recidiva de novos afastamentos neste estudo.

O estresse ocupacional é um processo em que o indivíduo percebe as demandas do trabalho como estressores, as quais, ao ultrapassar sua habilidade de enfrentamento, provocam reações negativas. Constitui-se num importante risco ao bem-estar psicossocial do indivíduo, afeta diretamente a qualidade de vida afetiva, social, profissional ameaçando a sua saúde e, tendo

como consequências o desempenho ruim, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho (Araújo *et al.*, 2003; Malagris & Fiorito, 2006; Paschoal & Tamayo, 2004).

O estresse, conforme já apontado mais acima, pode atuar como um fator contribuinte ou como o desencadeador, para a etiologia de diversas doenças como: retração das gengivas, úlceras gastroduodenais, colite ulcerativa, câncer, psoríase, vitiligo, lúpus, obesidade, tensão pré-menstrual, cefaleia, herpes simples, doenças imunológicas, doenças respiratórias, distúrbios psíquicos, transtornos depressivos, doenças cardiovasculares, hipertensão, síndrome metabólica, síndrome de fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes, síndrome de Burnout, dentre outras (Araújo *et al.*, 2003; Costa *et al.*, 2009; Malagris & Fiorito, 2006; Paschoal & Tamayo, 2004).

Os principais estressores no ambiente laboral envolvem aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas. Os estressores organizacionais podem ser de natureza física (barulho, ventilação e iluminação do local de trabalho) ou psicossocial (estressores baseados nos papéis, fatores intrínsecos ao trabalho, aspectos do relacionamento interpessoal no trabalho, a autonomia/controle do trabalho e os fatores relacionados ao desenvolvimento da carreira) e a resposta do indivíduo a essa exposição é fundamentalmente emocional/psicológica (Paschoal & Tamayo, 2004).

O estresse crônico associado ao trabalho é denominado pela expressão inglesa “*Burnout*”, que significa combustão completa. Pode atingir as mais diversas profissões e faixas etárias, porém, nas que exigem um intenso contato com seres humanos, particularmente em situações em que estes apresentam preocupação e/ou problemas, são mais predominantes. “*Burnout*” tem como características um conjunto de sinais e sintomas de exaustão física, psíquica e emocional resultante de inadaptação do indivíduo a um trabalho prolongado, com alta carga de estresse e intensa carga emocional, onde as demandas internas ou externas excedem ou sobrecarregam os recursos do sujeito fazendo surgir maiores ou menores defesas em relação à percepção do evento e, pode estar associado à frustração em relação a si e ao trabalho. Esse quadro é caracterizado por pessimismo, imagens negativas de si mesmo e atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho (Borsoi, 2007; Pafaro & Martino, 2004).

Os principais sintomas psicossomáticos associados à “*Burnout*” são o aparecimento de cefaléias, tensões musculares, hipertensão arterial e outros. As mais frequentes alterações de conduta referem-se ao absenteísmo ao trabalho, a conduta violenta, a incapacidade de relaxar, além do aumento do consumo de álcool, tabaco e fármacos, entre outros. Na dimensão emocional ocorre impaciência, irritabilidade, distanciamento afetivo, ansiedade e diminuição da capacidade de elaboração de juízos (Pafaro & Martino, 2004).

Os possíveis fatores estressores no trabalho da equipe de saúde estão relacionados às atividades de cuidado direto ao paciente, às relações humanas, a carga de trabalho, ao cumprimento de normas e protocolos (técnicos e administrativos), a autonomia profissional, a relação entre grau de exigências e o nível de habilidades para o desenvolvimento das atividades, a alta responsabilidade e aos processos de organização institucional do trabalho (Costa *et al.*, 2009).

As características do trabalho na APS, (re)citando o excesso de atribuições e competências, a escassez de recursos e tecnologias leve-duras (do saber estruturado peculiar à APS) e concomitante à uma formação dos profissionais ainda distante das necessidades trazidas pela população usuária parecem propor um disfuncionamento ou desequilíbrio entre a demanda e o controle, promovendo estresse e que pode, como fator de risco e conforme seu nível de intensificação, desencadear o aparecimento de manifestações clínicas de adoecimento, tanto físicos, mas principalmente mental.

Fazendo-se uma avaliação dos dezesseis profissionais que tiveram LTS em 2006 e 2009 por causas mentais. Ou seja, evidencia-se a cronicidade e a conseqüente gravidade e impacto que os transtornos mentais têm atualmente como fator determinante de agravo ao trabalho e à saúde. Não se pode, também, conforme já exposto, fazer uma análise causal simples sobre esta correlação, mas alerta sobre a possível relação do trabalhador adoecendo mentalmente e reciprocamente do trabalho ser “adoecido” pelas múltiplas apresentações das doenças e transtornos mentais comuns na população geral.

Um grande viés deste estudo é que por partir de um indicador já classificado, a CID-10, que é um normatizador médico, a população de estudo já vem classificada como

trabalhador-doente. Não foi estudado a partir da compreensão cultural e existencial de cada um presente nestes números e indicadores. São, realmente, apenas dados, não informações que contemplem o sujeito em toda sua existência. Daí que um equívoco já se apresenta quando discutimos o sofrimento mental. Aqui ele já aparece documentado como transtorno ou adoecimento mental.

Brant e Minayo-Gomez (2004, p. 214) discutem, em um relevante artigo, a transformação do advento sofrimento em adoecimento. Quanto ao sofrimento, escrevem: “[...] não tem uma manifestação única para todos os indivíduos de uma mesma família, cultura ou período histórico”.

Para Freud (1920 *apud* Brant & Minayo-Gomez, 2004), o sofrimento é o estado de expectativa diante do perigo e da preparação para ele, ainda que seja um perigo desconhecido, a angústia; ou medo quando ele é conhecido; ou, ainda, o susto quando o sujeito se defronta com um perigo sem estar preparado para enfrentá-lo.

Diferençar sofrimento, dor e adoecimento não são tarefas simples, mas auxiliaria na compreensão do sujeito como constructo psicanalítico e não apenas como paciente destituído desta existência mais ampla. Este processo envolve a própria família, os profissionais de saúde e os trabalhadores e se fundamentou no próprio desenvolvimento da medicina atual que também se mistura com a frequente “psiquiatrização” que a medicina no Brasil vem sofrendo. Dessa maneira, dimensões inerentes à existência humana têm sido diagnosticadas como transtornos psiquiátricos.

Os sintomas assumiram os significados de determinantes naturais das doenças, deixando de lado a articulação entre o sujeito e o sofrimento. Assim, os sintomas deixaram de ser representados como tentativa de solução de um conflito, de uma reconciliação do ser, que habita o mundo da vida e é por ele habitado. Perdida a sua condição de “um bem” do sujeito, o sintoma passou a se figurar apenas como sinal de uma patologia. O sujeito, banido da cosmologia médica, deu lugar ao paciente, representado como um conjunto de órgãos e tecidos (Brant & Minayo-Gomez, 2004, p. 217).

De forma semelhante, quando o sofrimento é manifestado na empresa, trabalhadores e gestores não sabem como lidar, ficam sem ação e referencial. Costa (1989 *apud* Brant & Minayo-Gomez, 2004) ainda propõe que a medicina forneça elementos linguísticos para uma comunidade nomear, com vocabulário médico, situações pertencentes ao seu universo cultural.

Para Dejours *et al.* (1994), esse novo modelo foi possível a partir do momento em que a normalidade foi considerada “enigma”, tornando-se, destarte, objeto de estudo. De acordo com essa nova orientação, as investigações não tiveram mais como direção as “doenças mentais”, mas as estratégias elaboradas pelos trabalhadores para enfrentar mentalmente a situação do trabalho.

Dejours concebia o sofrimento como a vivência subjetiva intermediária entre doença mental e o conforto (ou bem-estar) psíquico. Segundo esta concepção, o sofrimento, até então representado como essencialmente negativo e favorecedor da doença, passou a adquirir uma nova significação que abarcava elementos patogênicos e criativos (Dejours *et al.*, 1994).

Diante da adversidade, esses trabalhadores tentam dominar a doença de alguma maneira. Partindo desse princípio, Dejours (1992 *apud* Brant & Minayo-Gomez, 2004) elaborou o conceito de “ideologia defensiva”, como construção social que possibilita dominar e tentar fazer desaparecer da consciência, o sofrimento.

Segundo a teoria dejouriana, o adoecimento pode acontecer devido a uma “retenção da energia pulsional” por uma situação de trabalho que impede a descarga adequada da carga psíquica. É notória a tentativa da psicodinâmica de reafirmar a centralidade do sofrimento no processo saúde-doença-cuidado. No entanto, essa perspectiva teórica esbarra em pontos críticos. Repete o modelo de explicação causal, ao dicotomizar o sofrimento em criativo e patogênico, e reproduz aspectos que tentava superar em relação à psicopatologia (Brant & Minayo-Gomez, 2004, p. 219).

Sob essa ótica, a manifestação do sofrimento é interpretada por Dejours, reproduzindo uma longa tradição que, do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho, transforma o sofrimento em adoecimento, fornecendo elementos teóricos que colaboram na construção da identidade do trabalhador doente.

Corroborando com o relatado acima, o número de dias perdidos, para os indivíduos do sexo feminino, segue a mesma tendência, sendo de 587 em um total de 611 dias de licença em 2006 (96,1%) e 982 em 1023 no ano de 2009 (96%), o que se evidencia na Tabela 5.

Uma possível explicação para estes resultados se deve também à presença da licença gestante. O maior afastamento em dias deste estudo foi de 120, justamente no capítulo “O” da CID 10.

Foi identificado que a grande maioria dos afastamentos não ultrapassava mais do que 15 dias. Apenas 4 atestados médicos em um grupo de 149 eram superiores à 15 dias. Isto se deve à legislação concernente aos direitos previdenciários regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), regime de todos os servidores municipais da área da saúde, e do perito médico do INSS ser o responsável por estabelecer os dias de afastamento quando superam à 15 dias. Dentre esses quatro atestados, um foi de 120 dias para licença gestante, provavelmente, e dois do capítulo dos transtornos mentais (F) e um do Capítulo S da CID 10.

Seguindo com os resultados e discussão sobre a causa dos afastamentos, ainda parcialmente, pela ausência dos dados de 2007 e 2008 e sem a análise estatística, se depreende que o maior número de LTS se deveu às questões mentais, CID F. Tanto em 2006 como em 2009, com uma presença de 22,7% e 19,9% de todas as causas justificadas.

Silveira e Monteiro (2004) relatam que estudo em um Hospital Psiquiátrico, as doenças musculoesqueléticas se manifestaram na frequência de 19%, enquanto as mentais apresentaram 15,5% e cardiovasculares 13,5%. Nesse estudo, a segunda causa nos dois anos foi do aparelho musculoesquelético e a terceira as “causas externas”.

## 8. CONCLUSÃO

Ao retomar as hipóteses abordadas nesta dissertação e em seus objetivos, algumas inferências se tornaram possíveis, tendo atingido os mesmos parcialmente.

Quanto aos objetivos gerais e específicos, este trabalho conseguiu alcançar o que se propôs.

O perfil encontrado das LTS foi:

Quanto ao sexo, um predomínio do feminino nos dois anos, condizente com a própria amostra de trabalhadores da APS, já que aproximadamente 94% da população é do sexo feminino.

O Índice de absenteísmo foi maior entre os dentistas em 2006 e enfermeiros em 2009, sendo este o índice que faz a padronização adequada entre os dias perdidos e o número de dias efetivos.

O maior número de dias perdidos ficou entre os ACS, como esperado diante do maior número de profissionais nesta categoria.

Quanto à faixa etária, a mais frequentemente atingida foi entre 35 e 39 anos, mas não foi possível fazer sua devida padronização diante da ausência deste dado entre toda a população de trabalhadores.

Considerando o tempo de serviço, os profissionais que atuam na rede entre 01 e 03 anos foram os mais acometidos,

Ao analisarmos a causa dos afastamentos, prevaleceram as causas relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais (CID F) e seguida pelo grupo das doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.

Os custos referentes aos afastamentos evidenciaram em 2006 o montante de aproximadamente US\$ 17,557 e em 2009 atingindo US\$29,955.20.

Considerando a hipótese e sub-hipóteses propostas, conclui-se que não há evidências de que coexistam índices elevados de absenteísmo na população trabalhadora da APS estudada e que não se pôde evidenciar magnitude diferente da sugerida quanto ao absenteísmo devido possivelmente à indisponibilidade dos afastamentos de 1 e 2 dias.

Também não foi possível se fazer uma associação direta entre a questão da organização do trabalho e o “marcador” absenteísmo, já que se faz necessário uma metodologia que conjugue uma adequada análise entre a organização do processo de trabalho e seus impactos sobre a saúde do trabalhador, sendo mister um estudo qualitativo e de maior aprofundamento metodológico.

## 9. RECOMENDAÇÕES FINAIS

Faz-se importante retomar pontos já abordados ao longo desta dissertação em três dimensões.

O primeiro deles se refere aos limites apresentados para a elaboração desta mesma. As deficiências para a coleta de dados secundários junto aos serviços públicos é um desafio imenso. Sendo o SUS campo de estudos para uma prática qualificada de atenção à saúde, já é tardia a necessidade de se discutir a gestão das informações de maneira responsável, ética e que promova diagnósticos e pesquisas que o qualifique. Não se pode depender de voluntários que abram mão de outros afazeres a fim de auxiliar um pesquisador para ter acesso a dados que não são pessoais, mas públicos. E que não devem ficar empoeirados, mas sim retroalimentar novas pesquisas, tecnologias e ciência. A dificuldade na obtenção de outros dados junto ao RH, durante o transcorrer do estudo, quanto ao próprio grupo de trabalhadores das USFs, limitou a mensuração de taxas e análises de faixa etária e tempo de serviços e informações que ainda se mostram imprescindíveis.

Um segundo momento a ser abordado se dá quanto à necessidade de gestores e trabalhadores públicos rediscutirem a educação permanente e outras medidas já presentes em muitos documentos, mas ainda distantes da prática para qualificar o trabalho em saúde.

A legislação do trabalhador público (CLT ou Estatutário), para não comentar os muitos precarizados, a heterogeneidade dos mesmos trabalhadores e deste nosso país continental, a tendência de se olhar o processo saúde-doença como fenômeno estritamente biológico e mecânico, o difícil acesso às informações epidemiológicas relacionadas ao trabalho são desafios para sua qualificação.

Tomara não seja pela via capital imperialista da privatização, mas pela melhoria da gestão da informação, da qualificação desde a educação básica, da formação de nível médio e da graduação e pós-graduação para os profissionais que atuam na área do trabalhador.

É mister que tanto gestores como e principalmente os profissionais da saúde se organizem mínima e politicamente.

Exigir humanização, conforme já elencado em diversos programas/informes/documentos, protocolos, gratificação por metas (não estritamente meritocráticas), acesso às informações, melhorias nas condições da ambiência no trabalho, estratégias de educação permanente são imprescindíveis para requalificar e valorizar esses trabalhadores. É claro, que isto vai depender do próprio trabalhador se colocar como sujeito, não distanciado, nem assediado por efêmeras vantagens políticas ou administrativas.

Em terceiro e última dimensão que deva ser considerada se refere ao tempo/espaço de trabalho abordado: a Atenção Primária à Saúde. Urge que o subfinanciamento seja combatido. Que a Emenda Constitucional 29 se faça valer! Que se lute pelo fim das DRUs (Desvinculação de Recursos da União) que há vários anos tem sido a estratégia de retirar da saúde seus poucos recursos e que o governo federal volte a investir na qualificação da assistência, e, que se cobre das Esferas Estaduais suas ações mínimas de competência.

Para consolidar a APS é fundamental a qualificação dos atores envolvidos, tanto os que atuam exclusivamente na ESF como os pertencentes ao NASF. Diante da imensa diversidade de ações de competência desta, da transição epidemiológica que aponta para um aumento de agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis, apesar de ainda termos doenças infecciosas, o álcool e o “crack” varrendo nossos bairros, centros urbanos e periferias.

As ações intersetoriais devem ser estratégias para o combate à iniquidade e não serem somente capitaneadas pela saúde, mas, também, pela Assistência Social, esferas jurídicas, esportes, mais acesso a trabalho e PRINCIPALMENTE a educação!!! Ela é nosso alicerce para uma APS efetiva em curto, médio e longo prazo. Fomentar a formação voltada para a comunidade, reconhecendo a pessoa-em-cuidado, com uma clínica centrada nela. E isto vale para todos os profissionais atuando hoje e os que virão das universidades públicas e privadas, mas principalmente para que os usuários tenham uma educação básica de qualidade e consigam gerir seu cuidado.

Certamente estes avanços são processuais, mas se a APS é estruturante para a reorganização de toda a rede de cuidados em saúde do SUS, é inexorável avançar na consolidação onde ela já exista e, principalmente, no cuidado ao próprio trabalhador, com maior pactuação de metas no trabalho e educação permanente.

Quanto aos usuários, principal foco de atenção, a estratégia é o fortalecimento do controle social, que cabe também ao próprio trabalhador. A politização, não partidária, mas cujo norte seja o da construção de sujeitos nos diversos e heterogêneos campos da prática, inclusive dentro de uma pequena cidade de pouco mais de 65 mil habitantes, torna-se impositiva.

É claro que o presente estudo, apesar de ter atingido todos os objetivos propostos inicialmente, não é conclusivo, e nem mesmo desvenda todas as necessidades de saber sobre o assunto, porém, tampouco se torna utópico – “fora de lugar” –, mas traz sim um ideal de consolidar a APS com a melhoria do cuidado, centrado na pessoa, no respeito e motivação do trabalhador e na busca de se alcançar a qualidade de vida possível e de direito, como também, de postergar a morte para todos os cidadãos.

Observe-se, ainda, a Carta de Ottawa (1986), um dos principais documentos norteadores da promoção da saúde, que a define como:

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo[...]. [...] para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (CARTA DE OTTAWA, 1986).

É, ainda, oportuno admitir, que este estudo, por si só, não esgota o assunto. Claro está ser essencial que novos estudos nas áreas da qualidade do trabalho em saúde, custos econômicos e sociais e o sofrimento mental dos trabalhadores envolvidos com a APS, devam ser desenvolvidos, acrescidos, inclusive, de metodologias qualitativas para sua maior acurácia, para que a vida e o trabalho sejam sempre os maiores e verdadeiros bens dos trabalhadores e cidadãos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida JF. A Bíblia Sagrada. Antigo e Novo Testamento. Barueri, Sociedade Bíblica do Brasil, 1998.
- Alves D, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. Rev Bras Enferm. 2006 mar-abr; 59(2): 195-200.
- Alves M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. Revista Gaúcha de Enfermagem. 1994; 15(1-2): 71-75.
- Alves MGM. Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
- Araújo TM et al. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo Demanda Controle. Ciência & Saúde Coletiva. 2003; 8(4):991-1003.
- Boff L. Ética e moral: a busca dos fundamentos. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- Borsoi ICF. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. Psicol. Soc. 2007; 19(spe): 103-111.
- Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(suppl.1):1585-96.
- Brant LC, Minayo-Gomez C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(1):213-23.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: CONASS, 2011a. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9).
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta; 7).
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2010. (CONASS Documenta; 21).
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011b. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3).
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O financiamento da saúde. Brasília: CONASS, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006. Consolidação do SUS que aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. [Acesso em 11 abr. 2011]. Disponível em: URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde; Projeto Promoção da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 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. [Acesso em 11 abr. 2011]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8080.htm>.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. [Acesso em 18 jul. 2011]. Disponível em: URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm).

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

Carneiro SAM. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas - a experiência na Prefeitura de São Paulo. Revista do Serviço Público 2006; 57(1): 23-49.

Cohn A, Marsiglia RG. Processo e organização do trabalho. In: Rocha LE, Rigotto RM, Buschinelli JTP, (Orgs.). Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1994. p. 56-75.

Cordeiro H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

Costa AB, Sousa Junior JG, Delduque MC, Oliveira MSCV, Dallari SG. O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/UnB, 2009.

Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Rev. bras. enferm. 2009 Fev; 62(1): 38-44.

Couto HA. Temas de saúde ocupacional: coletânea dos cadernos ERGO. Belo Horizonte: ERGO; 1987.

Cunha JB, Blank VLG, Boing AF. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). Rev. bras. epidemiol. 2009 Jun; 12(2): 226-36.

Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C, Betiol MIS. Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.

Dejours C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 1986; 14(54): 7-11.

Dias EC. (Org.). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

European Foundation for the Improvement of Living and Work Conditions (Eurofound). Preventing absenteeism at the workplace: research summary. Luxemburg: Office of official publications of the European communities 1997.

Foucault M. Vigiar e punir: histórias da violência nas prisões. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1988.

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior EM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-123.

Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(3): 401-9.

Gimeno D, Felknor SA, Bureau KD, Delclos GL, Barrientos-Gutiérrez T. Association of occupation and safety practices with work-injury absence among public hospital employees in Latin America: a study from Costa Rica. *Inj Prev*. 2007 Ago; 13(4):264-9.

Godin I, Kittel F. Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Soc Sci Med*. 2004; 58(8): 1543-53.

Godoy SCB. Absenteísmo – doença entre trabalhadores de um hospital universitário. [Dissertação] Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.

Granier F. La mise en réseau. De l'injonction au concept sociologique. *La santé en réseaux: quelles innovations?* Sociologies Pratiques, Paris, PUF, n. 11, p. 23-31, 2005.

Guimarães LJR. Evolução recente da concessão de auxílio-doença pelo INSS. *Informe da Previdência Social*. 2011, Jun.; 23(6): 3-29.

Guimarães RSO. O absenteísmo entre os servidores civis de um Hospital Militar. [Dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

Henderson G. Physician burnout. *Hosp Physician*. 1984 Oct; 20(10): 8-9.

- Hormain LF. Técnicas de controle do stress laboral. 4 ed. Porto Alegre: WS Editor; 2002.
- Isah EC, Omorogbe VE, Orjl O, Oyovwe L. Self-reported absenteeism among hospital workers in Benin city, Nigeria. *Ghana Medical Journal*. 2008 Mar.; 42(1):2-7.
- Isosaki M. Absenteísmo entre trabalhadores de Serviços de Nutrição e Dietética de dois hospitais em São Paulo. [Dissertação] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
- Junkes MB, Pessoa VF. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010 Jun; 18(3): 406-12.
- Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books; 1990.
- Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational And Environmental Medicine*. 2000; 57(10): 656-60.
- Kivimaki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S et al. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occupational And Environmental Medicine*. 2001; 58(6): 361-66.
- Kozma CM. The National Guideline Clearinghouse. *Manag Care Interface*. 2006 may; 19(5): 43-51.
- Lacaz FAC. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. [Tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- Lim A, Chongsuvivatwong V, Geater A, Chayaphum N, Thammasuwan U. Influence of work type on sickness absence among personnel in a teaching hospital. *Journal Of Occupational Health*. 2002; 44(4): 254 -63.
- Lora AP. *Acessibilidade aos serviços de saúde: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no Município de Pedreira, São Paulo*. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- Marchi MM, Sztajn R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. *Revista Biotécnica, São Paulo*. 1998; 6(1): 39-46.
- Martinez MC, Paraguay AIBB, Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev Saúde Pública*. 2004 fev.; 38(1): 55-61.
- Marx K, Engels F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- Marx K. *O capital*. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural; 1988.

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory. In: Zalaquett C, Wood RJ. (Ed.). Evaluating stress: a book of resources. Lanham, MD: Scarecrow Press; 1997. p. 191-218.

McWhinney IR. Manual de medicina de família e comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 427-32.

Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Cien Saude Colet 2005; 10(4):797-807.

Molina Siguero A, Garcia Perez MA, Alonso Gonzalez M, Cecilia Cermeno P. Prevalence of worker burnout and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid. Aten Primaria. 2003; 31(9): 564-71.

Moreno-Jiménes B, Herrer MG, Hernández E, Adán, JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Atencion primaria. 2006; 38(10): 544-49.

Muñoz Camargo JC. Burnout syndrome in Intensive Care Units. Enferm Intensiva. 2007 jan-mar; 18(1): 1-2.

OIT – Oficina Internacional Del Trabajo. Enciclopédia de Salud, Seguridad e Higiene em el trabajo. España: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo Y Seguridad Social. 1991; v. 1, p. 5-11. OMS - Declaração de Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [Acesso em 11 abr. 2011]. Disponível em: URL: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

Oliveira GGA, Granzinoli LM, Ferreira MCV. Índice e características do absenteísmo dos servidores públicos da Universidade Federal de Viçosa. 2007. [Acesso em 18 jul. 2011]. Disponível em: URL: <http://www.anpad.org.br/evento.php>.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

Pafaro RC, De Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2004; 38(2):152-160.

Paschoal T, Tamayo A. Impacto dos valores laborais e da interferência família-trabalho no estresse ocupacional. Teoria e Pesquisa. 2005; 21(2): 173-180.

Piha K, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence. *Eur J Public Health*. 2010; 20 (3): 276-280.

Piirainen H; Räsänen K; Kivimäki M. Organizational climate, perceived work-related symptoms and sickness absence: a population-based survey. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*. 2003; 45(2): 175-84.

Pimenta AL. Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão. [Tese – Doutorado] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Primo GMG. O perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absenteísmo em um hospital público universitário. [Dissertação] Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

Quick TC, Lapertosa JB. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. *Rev. Bras. de Saúde Ocupacional*. 1982; 40 (10): 62-67.

Ramadam PA. Fatores de risco associados ao relato de sintomas osteomusculares em trabalhadores de laboratório de patologia clínica. [Tese – Doutorado] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla ML, Navarro i Gine A; Martin M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(5): 616-23

Sadock VA, Sadock BJ. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Sala A, Carro ARL, Correa NA, Seixas PHD. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cad. Saúde Pública*. 2009 Out.; 25(10): 2168-78.

Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT *et al*. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. *Rev. esc. enferm. USP*. 2009 Dez; 43(spe2): 1277-83.

Santana VS, Araújo-Filho JB, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Rev. Saúde Pública* . 2006 Dez; 40(6): 1004-12.

Santos AF, Alves Junior A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. *Psicologia, Reflexão e Crítica*. 2007; 20(1):104-113.

Santos JP, Mattos AP. Absentismo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. bras. Saúde ocup*. 2010; 35(121): 148-56.

- Seligmann-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. São Paulo: Cortez; 1994.
- Silva DMPP; Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. latinoam. Enfermagem*. 2000; 8(5): 44-51.
- Silveira DBB, Monteiro MS. Morbidade entre trabalhadores de uma instituição de saúde. *Saúde Debate*. 2004; 28(68): 206-11.
- Souto DF. Saúde no trabalho: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional; 2003.
- Spickard, A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*. 2002; 288(12): 1447-50.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- Strong LL, Zimmerman FJ. Occupational injury and absence from work among African American, Hispanic, and non-Hispanic white workers in the national longitudinal survey of youth. *American Journal of Public Health*. 2005; 95(7): 1226-32.
- Telles HS. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. [Dissertação] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
- Virtanen M, Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J, Cooper CL. Contingent employment, health and sickness absence. *Scandinavian Journal Of Work Environment & Health*. 2001; 27(6): 365-72.
- WHO – World Healthy Organization. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff Burnout. In: Geneva Division of Mental Health World Health Organization; 1998. p. 91-110.
- Woo M, Yap AK, Oh TG, Long FY. The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Med J*. 1999; 40(9): 590-95.

## **ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**



CEP, 26/11/10  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** Nº 1072/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).  
**CAAE:** 5385.0.000.146-10

#### I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO:** “AVALIAÇÃO DO ABSENTEÍSMO DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE AMPARO: ESTUDO DESCRITIVO ENTRE OS ANOS DE 2006 E 2009”.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Giuliano Dimarzio

**INSTITUIÇÃO:** Secretaria Municipal de Saúde -- Prefeitura Municipal de Amparo - SP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 15/10/2010

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 26/11/11 (O formulário encontra-se no *site* acima).

#### II - OBJETIVOS

Descrever a casuística de absenteísmo temporário e permanente entre os trabalhadores de atenção primária no período de 2006 a 2009 no município de Amparo, SP.

#### III - SUMÁRIO

Trata-se de estudo observacional descritivo, com dados coletados de forma retrospectiva a partir de banco de dados da prefeitura municipal. Serão obtidas informações do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador do município e dos Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Amparo, referentes aos afastamentos entre os anos de 2006 e 2009. As variáveis a serem estudadas compreendem gênero, idade, função/cargo, tempo e causas dos afastamentos (conforme CID), além de local de trabalho e informações referentes ao serviço. Serão analisados os afastamentos superiores a quatro dias que constem nos respectivos bancos de dados. Serão excluídos os dados incompletos. O cronograma prevê início após a aprovação no CEP e finalização possivelmente em 02/2011.

#### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado a dispensa do Termo do





Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

#### VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

#### VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de outubro de 2010.

*Carmen Silvia Bertuzzo*  
**Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo**  
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP



## **ANEXO 2 – Termo de Autorização para pesquisa em banco de dados**



Prefeitura Municipal de Amparo  
Estância Hidromineral  
Secretaria Municipal de Saúde

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM BANCO DE DADOS

Eu, Maria do Carmo Cabral Carpintéro, Secretária Municipal de Saúde da Estância Hidromineral de Amparo, autorizo a utilização de banco de dados disponíveis e, por conseguinte, a pesquisa descrita a seguir: *Avaliação dos afastamentos e absenteísmo dos trabalhadores da Atenção Básica no Município de Amparo: Estudo descritivo entre os anos de 2006 e 2009*. O mesmo está sendo realizado pelo Pesquisador principal Giuliano Dimarzio, sob orientação do Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho e faz parte do programa de Pós Graduação Strictu Senso da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e é parte da dissertação de mestrado deste pesquisador.

Informo que esta cessão de dados e autorização está condicionada à realização da pesquisa conforme princípios de ética e responsabilidade.

Amparo, 31 de Agosto de 2010

  
Rubens dos Santos Jr  
Coordenador - RH  
RG 26.666.496-9

  
\_\_\_\_\_  
Maria do Carmo Cabral Carpintéro  
Secretária Municipal de Saúde - Amparo/SP



### ANEXO 3 – CID 10

TABELA DOS CÓDIGOS DO CID-10	DE	A
DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (CAPÍTULO I)	A00.0	B99
NEOPLASIAS [TUMORES] MALÍGNAS (CAPÍTULO II)	C00.0	D09
DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS E ALGUNS TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS (CAPÍTULO III)	D50	D89.9
DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS (CAPÍTULO IV)	E00.0	E90
TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (CAPÍTULO V)	F00.0	F99
DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO (CAPÍTULO VI)	G00.0	G99
DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS (CAPÍTULO VII)	H00.0	H59
DOENÇAS DO OUVIDO E DA APÓFISE MASTÓIDE (CAPÍTULO VIII)	H60	H95
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO (CAPÍTULO IX)	I00.0	I99
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (CAPÍTULO X)	J00.0	J99
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (CAPÍTULO XI)	K00.0	K93
DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO (CAPÍTULO XII)	L00.0	L99
DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO (CAPÍTULO XIII)	M00.0	M99
DOENÇAS DO APARELHO GENITOURINÁRIO (CAPÍTULO XIV)	N00.0	N99
GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO (CAPÍTULO XV)	O00.0	O99
ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL (CAPÍTULO XVI)	P00.0	P96
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS, DEFORMIDADE E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS (CAPÍTULO XVII)	Q00.0	Q99
SINTOMAS, SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAMES CLÍNICOS E DE LABORATÓRIO NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE (CAPÍTULO XVIII)	R00.0	R99
LESÕES, ENVENENAMENTOS E ALGUMAS OUTRAS CONSEQUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (CAPÍTULO XIX)	S00.0	T98
CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE (CAPÍTULO XX)	V01	Y98
FATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE SAÚDE E O CONTATO COM O SERVIÇO DE SAÚDE (CAPÍTULO XXI)	Z00.0	Z99

## **ANEXO 4 – Comprovante de submissão de Artigo para publicação na Revista Caderno de Saúde Pública**

Prezado(a) Dr(a). Giuliano Dimarzio:

Confirmamos a submissão do seu artigo "REFLETINDO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE E O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" (CSP\_0715/11) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Carlos E.A. Coimbra Jr.  
Prof. Mario Vianna Vettore  
Editores



### **Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

[cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

**ANEXO 5 – Artigo submetido à revista Caderno de Saúde Pública**  
**REFLETINDO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**NO CAMPO DA SAÚDE E O TRABALHO NA SAÚDE**

**Dimarzio G.**

Médico de Família e Comunidade, mestrando da área de Concentração da Epidemiologia-Saúde Coletiva/FCM-UNICAMP.

**Corrêa Filho HR.**

Professor Livre-Docente de Epidemiologia da FCM-UNICAMP.

**Resumo**

Este artigo visa discutir algumas relações entre as políticas públicas na saúde nos últimos anos e suas consequências ou prováveis relações com o trabalho na saúde atualmente, principalmente dentro do contexto da própria saúde pública, principalmente se focando na Atenção Primária à Saúde (APS).

Políticas Públicas, Saúde do Trabalhador, Saúde Coletiva.

**Abstract**

This paper discusses some relationships between public policies in health in recent years and its likely consequences or relations with work in health today, especially within the context of public health itself, focused in Primary Care.

Public Policy, Occupational Health, Public Health.

**Introdução**

O presente artigo tem por objetivo discutir relações concernentes ao contexto de saúde dos trabalhadores da saúde e as políticas públicas construídas no Brasil nos últimos anos.

A complexidade e múltiplos olhares que podem ser lançados sobre o tema são inúmeros, porém é imprescindível aprofundar esta discussão devido à relevância da discussão

como ferramenta de aprimoramento e qualificação do trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Definindo Políticas Públicas como um conjunto de programas e ações que tem como objetivo assegurar os interesses públicos e nacionais<sup>1</sup>, condicionadas por fatores conjunturais, com etapas de formulação, implementação e avaliação, além de poderem ser subdivididas em estratégicas e sociais.

## **Discussão**

Neste âmbito já cabe exteriorizar a principal questão a ser proposta neste artigo: Discutir a relação entre as ações propostas pelo Estado, as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos e a realidade atual de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) ?

Para isto, é fundamental retomar a evolução da Saúde Pública no Brasil, considerando a partir de 1941 na 1ª Conferência Nacional de Saúde, passando por todas as outras e por momentos fundamentais como o movimento da Reforma Sanitária na década de 70, culminando na Constituição de 1988 e suas normas posteriores que garante um Estado de Direitos e Seguridade Social, dentre eles o da universalidade e gratuidade da Saúde como direito de todos e dever do Estado<sup>2</sup>.

Em nível internacional, o Informe Dawson, de 1920, apresenta-se como matriz histórica e muito atual, já que recomenda o direito à saúde para todos, proposição ratificada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata (ex-URSS) no ano de 1978, já sugerindo a Atenção Primária à Saúde como estruturante da rede de atendimento em saúde e ferramenta fundamental para promoção de saúde para todos (universal), com equidade e coordenando o cuidado de maneira integral<sup>3</sup>.

Como médico de família e comunidade, servidor público, trabalhando na capacitação de profissionais para a APS, exponho esse enquadramento para exteriorizar afetos, desejos,

frustrações e utopias em alguns pontos que julgo primordiais e compartilho com quem, paciente e solidariamente, me acompanha neste texto.

Ciente do modelo neoliberal, taylorista e meritocrático enraizado em nossa sociedade e, no caso nos gestores públicos, trabalhadores e usuários, há vários anos, o que faz o SUS ainda não ter modelos práticos de avaliação da atenção proposta quanto à eficácia, eficiência e efetividade no cotidiano dos atendimentos realizados?

Algumas ações adotadas pelo Estado que vão na contramão dos interesses públicos e nacionais podem ser exemplificadas nos mais diversos critérios quando avaliamos a saúde no Brasil.

Quanto ao financiamento temos ainda um investimento *per capita* em Saúde muito distante do necessário (U\$303/ano), considerando que mais de 70% dos gastos públicos são canalizados para instituições privadas, entidades filantrópicas e com isso distanciando da governabilidade dos próprios gestores<sup>4</sup>. Dados da pesquisa de Ugá e Santos<sup>5</sup> revelam que a participação do setor público no gasto nacional de saúde é de apenas 44%, ou seja, 46% do gasto na área provêm de investimentos diretos das pessoas e famílias<sup>6</sup>. A partir do ano de 2000 também se evidenciou uma retração acentuada da participação federal, também conhecida como “desfederacionalização”, percentualmente em investimentos na saúde, havendo um deslocamento desse papel para os estados e municípios.

Além disso, sabe-se que os próprios contratos de prestação de serviços ainda são regidos por tabelas de produtividade, que alienam de uma compreensão do trabalho criativo e de excelência como campo de criação e intervenção na coletividade. Um exemplo é o grande número de servidores públicos que, já na admissão, recebem o direito a um plano de saúde privada. Quantas Santas Casas e outras entidades filantrópicas são subsidiadas em impostos pelo poder público e mantém um gerenciamento que privilegia a saúde suplementar ou privada? O cofinanciamento e outros subsídios para a saúde suplementar ultrapassam os R\$14 bilhões/ano<sup>7</sup>.

Uma crucial questão a equacionar é a gestão de pessoal no SUS com a superação das condições vigentes de precarização, baixa remuneração, ausência de planos de carreiras e de

programas de educação permanente que levam à desmotivação dos trabalhadores da saúde<sup>8</sup>, favorecendo uma rotatividade que certamente corrobora para dificultar a qualificação da atenção.

Destaca-se no tocante aos trabalhadores, que ainda que pareça um conceito neoliberal, é fundamental para qualquer processo de trabalho a necessidade de pactuação de metas, prioridades e resultados como parte de qualificação do próprio processo de trabalho visando a qualificação do atendimento, conjuntamente com maior motivação para os trabalhadores.

Com relação aos gestores, fica evidente que o processo de trabalho na saúde depende de continuidade e políticas suprapartidárias, o que dificilmente ocorre, já que muitos desses tem seus cargos baseados em alianças políticas e/ou partidárias e com tempo de trabalho não ultrapassando dois a quatro anos, dificultando a continuidade de programas e políticas estratégicas, primordiais e que poderiam evitar a interrupção de outros programas bem sucedidos, bem como a regulação e fiscalização de políticas que não se provaram eficientes dentro da perspectiva de atendimento às necessidades de saúde agudas e crônicas de uma comunidade.

Outro fator a ser compartilhado é sobre a apropriação do indivíduo pelo Estado. O trabalho dominado, como descreve Seligmann-Silva<sup>9</sup>. Muitas vezes as relações entre o indivíduo e o Estado ficam tão imbricadas que se torna difícil reconhecer seus limites. Acima, citei os apoderamentos que “muitos” conseguem ter sobre o Estado, porém, situações em que os indivíduos; trabalhadores; gestores e usuários se tornam tão envolvidos e sobrecarregados pelas altas demandas; equipes incompletas; carência de tecnologias duras (in) acessíveis; excesso de “*paperwork*”; conflitos de papéis, e, falta de modelos, que chegam a condições de esgotamento (*burnout*).

Algumas diretrizes ou recomendações provenientes dos gestores recaem sobre a práxis desses atores de maneira que suas consequências se dão no plano particular, embora oriundos de natureza pública. No caso da estratégia da saúde da família, os profissionais são cobrados pela ineficiência do próprio Estado, representada nas altas demandas, carência de recursos humanos nas equipes, insuficiência de ferramentas para executarem o trabalho de maneira ética e efetiva provocando mais alienação no trabalho, exaustão emocional e falta de

comprometimento profissional<sup>10</sup>, características da Síndrome de Burnout. Na relação, mais que dialética, entre autonomia e responsabilidade, como não compreender que este cenário não contribua para uma despersonalização, menor responsabilização, cursando em disfuncionamentos dentro das relações dentro das equipes e gerando conflitos?

Partindo das funções essenciais dos serviços saúde, como a produção de bens e serviços, a cogestão de interesses e desejos que resulta em uma recomposição das relações de poder, a ampliação da democracia institucional e uma função pedagógica e terapêutica produtora de novas subjetividades e coprodutora de sujeitos<sup>11</sup>, como podemos nos certificar de que, diante deste cenário essas prerrogativas sejam cumpridas?

Obviamente não se podem atribuir todos os problemas, tão evidentes na prática do cotidiano, às políticas públicas, isentando as características de uma sociedade contemporânea pautada no individualismo e no hedonismo. Porém, considerando a descontinuidade da gestão nos níveis locais, a relação indefinida entre o público e o privado, quase sempre com forte tendência de atender aos interesses particulares em detrimento do coletivo, o subfinanciamento federal, a falta de um projeto nacional para a consolidação do SUS e a precarização da educação pública básica associada ao complexo médico-industrial, como não associar esse contexto e suas interferências no trabalho cotidiano de cada profissional?

Desconsiderar isso pode nos levar apenas a termos uma maior desmotivação e uma postura paralisante ou a um aparente paradigma que deve ser combatido diariamente: “Penso, logo desisto”.

Porém, apenas entendendo a gestão como um modo de operar no cotidiano para gerar mudanças nos processos de subjetivação e, com isso, promover espaços para reflexões<sup>12</sup>, poderemos avançar nesse movimento contra a alienação. Devemos contrapor-nos ao modelo de desenvolvimento que transforma a subjetividade num processo de individuação e numeração burocráticas que subordina a vida às exigências de uma razão tecnológica que converte o sujeito em objeto de si próprio. “Dizendo de outra maneira, temos que mexer, simultaneamente, com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas”<sup>13</sup>.

## **Conclusão**

Estas considerações têm suscitado inquietações que propõem o exercício da cidadania durante o encontro trabalhador-usuário que se dá no cotidiano dos serviços de saúde.

Fica difícil visualizar a consolidação e a qualificação dos serviços de saúde sem passar por alguns atores como o próprio trabalhador como núcleo de resistência e uma mobilização social, objetivando uma governança mais coerente e que consolide os princípios da universalidade, equidade e integralidade já garantidos na Constituição Federal<sup>2</sup>.

A proposta de uma agenda na saúde é imprescindível, com um discurso político claro, com pontos bem definidos e agregando trabalhadores, usuários e gestores nessa construção. Pode dar-se via movimentos sociais como conferências ou congressos, a reestruturação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) ou através de propostas de uma plataforma concreta para a saúde a ser discutida com os partidos que participarão das próximas eleições são caminhos que podem e devem ser percorridos.

É preciso ampliar o acesso, mas principalmente é necessário melhorar as estruturas físicas dos pontos de atenção da APS, capacitar os recursos humanos, incorporar novas tecnologias e estruturar os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas logísticos, para que a APS possa ser mais eficiente, efetiva e com mais qualidade.

Portanto, é necessário que o sistema de saúde brasileiro avance nessa perspectiva e adote-a como uma estratégia de reorganização do sistema de saúde (MENDES, 2009a).

O desafio dessa construção, tanto no nível micro como macro, é nosso. Reconhecer nossos limites, os desejos e interesses de cada classe envolvida, bem como suas atribuições dentro do núcleo de cada uma delas, por mais heterogêneo que sejam os gestores, trabalhadores e usuários é inexorável, e estratégico, para aqueles que continuarão lutando pelo Pacto da Vida<sup>14</sup>, baseado em princípios de solidariedade e ética. A boa militância deve estar calcada no processo

histórico, reconhecendo que mesmo nos sentindo muito mais perdedores do que vencedores, somos parte desse processo.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde; Projeto Promoção da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Senado Federal. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
3. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
5. Ugá MA, Santos IS. Uma análise da equidade do financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro. Rio de Janeiro: Ensp/ Fio Cruz; 2005 (relatório de Pesquisa).
6. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWSC, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior, M, Carvalho YM. (org.) Tratado de Saúde Coletiva. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. parte IV, p. 531-562.
7. Bahia L. A unificação do sistema público e a expansão do segmento suplementar: As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. 2008: Aula UNICAMP - texto aguardando publicação.
8. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior, M, Carvalho YM. (Orgs.) Tratado de Saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 531-62.
- 9 Seligmann-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. São Paulo: Cortez; 1994.
10. Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. Social work, stress and burnout: A Review. *Journal of Mental Health*, 2002; 11(3), 255-265.
11. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

12. Onocko Campos R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p.122-149.

13. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO (org.). Inventando a mudança na saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 29-87.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006. Consolidação do SUS que aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. (acessado em 11/04/2011).