



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Maria Isabel Silva Santos

Absenteísmo como indicador para estratégia preventiva na gerência de enfermagem na saúde do trabalhador

Rio de Janeiro

2019

Maria Isabel Silva Santos

Absenteísmo como indicador para estratégia preventiva na gerência de enfermagem na saúde do trabalhador

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Yvone Chaves Mauro

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S238 Santos, Maria Isabel Silva.
Absentéismo como indicador para estratégia preventiva na gerência de enfermagem na saúde do trabalhador / Maria Isabel Silva Santos. - 2019. 78 f.

Orientador: Maria Yvone Chaves Mauro.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Absenteísmo – prevenção e controle. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Gestão em saúde. 4. Enfermagem. 5. Enfermagem do trabalho. I. Mauro, Maria Yvone Chaves. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Maria Isabel Silva Santos

**Absenteísmo como indicador para estratégia preventiva na gerência de enfermagem na
saúde do trabalhador**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 19 de fevereiro de 2019.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Maria Yvone Chaves Mauro (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Sheila Nascimento Pereira de Farias
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Cristiane Helena Gallasch
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

A Deus e Nossa Senhora de Fátima, por sempre me concederem sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

Aos meus pais, que, pelo amor, me mostraram a direção correta, ensinando a ter fé na vida.

Ao meu marido, Rodrigo de Souza Santos, pelo amor, apoio, confiança e motivação incondicional. Que sempre me impulsiona em direção às vitórias dos meus desafios.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora, por iluminarem meu caminho e me darem forças para seguir sempre em frente.

À Professora Doutora Maria Yvone Chaves Mauro, pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de alguém que transpira sabedoria; meu respeito e admiração pela sua serenidade, capacidade de análise do perfil de seus alunos e pelo seu dom no ensino da Ciência, inibindo sempre a vaidade em prol da simplicidade e eficiência.

À professora Doutora Cristiane Helena Gallasch, pelo apoio e contribuições realizadas para esse trabalho, até a qualificação.

À Dra. Helena Carvalho Barreto Leite, pelas palavras de incentivo, gestos de carinho, que viabilizaram a realização da pesquisa.

À minha Tirmãe, Maria Aparecida Silva Rita Moreira, primeira Doutora da família Rita que me inspira a trilhar seus caminhos no mundo da pesquisa.

À banca, pelas valiosas sugestões e trabalho dedicado à avaliação do presente estudo.

E a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para esta dissertação tornar-se realidade, o meu MUITO OBRIGADO.

O sonho de voltar a cantar no trabalho vale a pena ser sonhado. Talvez, não mais através do socialismo utópico de cem anos atrás ou outras utopias. Mas, o sonho antecede a realidade, e esta somente pode ser transformada se houver o sonho. E a ação.

René Mendes

RESUMO

SANTOS, Maria Isabel Silva. **Absenteísmo como indicador para estratégia preventiva na gerência de enfermagem na saúde do trabalhador**. 2019. 78 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Trata-se de estudo de absenteísmo em uma empresa privada de terceirização de serviços localizada na cidade do Rio de Janeiro, com propósito de levantar os índices de afastamento do trabalhador para indicar estratégias de prevenção, através das funções gerenciais da Enfermeira do Trabalho, atuando no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa. Utilizou-se o método quantitativo, descritivo do tipo censo dos afastamentos no período de 13 meses (abril de 2017 a abril de 2018), a partir das informações contidas no banco de dados da empresa, traçando-se as variáveis sociodemográficas, econômicas e profissionais dos trabalhadores. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de origem, através da Plataforma Brasil, cujo parecer foi aprovado em outubro de 2018 na versão 03, CAAE: 93038218.6.0000.5282, Número do Parecer: 2.929.353. A análise foi realizada através de uma planilha em Excel versão 97-2003, com base nos indicadores selecionados, tendo como objetivos mapear o absenteísmo por atestados médicos até 15 dias de trabalhadores da empresa para: identificar o perfil ocupacional dos trabalhadores, levantar os dados do absenteísmo e os custos desses afastamentos; e indicar estratégias de prevenção. O estudo teve como limitação a identificação das causas dos afastamentos devido à falta de registros do CID no banco de dados da empresa. Foi analisada a média de 9.478 trabalhadores ao mês, o que evidenciou a maior faixa etária de 31 a 40 anos, de etnia parda, com escolaridade até o 9º ano, sendo 68% mulheres. Quanto ao absenteísmo, evidenciou-se a média de 748 trabalhadores afastados por mês, com maiores índices nos meses de agosto/17 - equivalente a 1305 trabalhadores, março e abril de 2018 com os respectivos valores 2.376 e 3.478, não sendo possível fazer uma correlação com as causas por falta de registros do CID. O custo direto desses afastamentos chegou a R\$ 907.436,00 nos treze meses, o que já evidencia um gasto elevado que poderia ser direcionado para a promoção da saúde e da melhoria de qualidade de vida no trabalho. Como não foi possível associar as causas específicas dos afastamentos, os resultados direcionam para estratégias de controle e redução do absenteísmo a partir da literatura estudada, tendo como suporte a proposta de um Protocolo de Enfermagem embasado na filosofia da Enfermagem do Trabalho, desenvolvendo um processo de controle do absenteísmo, através do trabalho integrado com todos os profissionais responsáveis pela prevenção de riscos à Saúde do Trabalhador, visando a Promoção da Saúde dos Trabalhadores do SESMT da empresa.

Palavras-chave: Cultura Prevencionista. Absenteísmo. Saúde do Trabalhador. Gerência de Enfermagem.

ABSTRACT

SANTOS, Maria Isabel Silva. **Absenteeism as an indicator for the preventive strategy of the nursing management to worker health**. 2019. 78 f. Dissertação (mestrado de enfermagem) - Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

The present work is a study of absenteeism in a private outsourcing service company located in the city of Rio de Janeiro, with the purpose of assemble absenteeism rates and indicate causes prevention strategies through the managerial functions of the Work Nurse acting in the Service Specialized in Safety Engineering and Occupational Medicine (SESMT). The descriptive quantitative method of removals was used in the 13-month period (April 2017 to April 2018), based on the information contained in the company's database, with the sociodemographic and economic variables of the workers being drawn. The analysis was carried out through an Excel spreadsheet, version 97-2003, based on the selected indicators, with the objective of mapping absenteeism by medical certificates up to 15 days of company employees to: identify the professional occupational profile of employees, absenteeism data and the costs of such absences; and indicate prevention strategies based on the evidenced causes. The study had as a limitation the non-registration of the ICDs in the database on departures. We analyzed the average of 9,478 workers per month that showed the highest age group of 31 to 40 years of age, of brown ethnicity, with education up to the 9th year, being 68% women. As for absenteeism, the average number of workers was 748 out of work per month, with the highest rates in August / 17 - 1305 workers, in March and April 2018, with the respective values of 2,376 and 3,478, and it is not possible to make a correlation for lack of ICDs. The direct cost of these departures reached R \$ 907,436.00 from the thirteen months, which already shows a high expenditure that could be directed to the promotion of health and improvements in quality of life at work. As it was not possible to associate the specific causes of withdrawal, the results lead to strategies for control and reduction of these, having as support the proposal of a Nursing Protocol based on the philosophy of Nursing at work, developing in a process of absenteeism control, through of the integrated work of Health Promotion of Workers in the SESMT of the company.

Keywords: Preventive Culture. Absenteeism. Worker's health. Nursing management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Levantamento dos artigos científicos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) - Rio de Janeiro - 2018	14
Figura 1 –	Linha do tempo das ações em Saúde do Trabalhador (ST) no SUS - 1986-2008.....	20
Figura 2 –	Dimensionamento do SESMT	22
Gráfico 1 –	Total de trabalhadores terceirizados por mês de uma empresa do Rio de Janeiro no período de abril/2017 a abril/2018	39
Quadro 2 –	Representação de cargos dos trabalhadores da empresa terceirizada do Rio de Janeiro, RJ - 2018	40
Gráfico 2 –	Percentual por faixa etária de trabalhadores de uma empresa terceirizada do Rio de Janeiro, RJ - 2018	44
Gráfico 3 –	Distribuição da população por cor ou raça - Brasil 2012-2016	45
Gráfico 4 –	Distribuição de trabalhadores terceirizados por número e etnia de uma empresa no Rio de Janeiro, RJ – 2018	45
Gráfico 5 –	Percentual de trabalhadores terceirizados por grau de escolaridade de uma empresa do Rio de Janeiro, RJ - 2018	46
Gráfico 6 –	Percentual de trabalhadores terceirizados por gênero de uma empresa no Rio de Janeiro, RJ - 2018	48
Gráfico 7 –	Distribuição de afastamentos de trabalhadores terceirizados por número e meses do período de abril/17 a abril/18 da empresa de terceirização de serviços - Rio de Janeiro, RJ - 2018	50
Gráfico 8 –	Distribuição de trabalhadores terceirizados total e nº de absenteísmo/mês, de abr./17 a abr./18, de acordo com o CAGED da empresa estudada, RJ	51
Quadro 3 –	Distribuição de trabalhadores terceirizados por mês/ano, segundo CAGED, afastamentos por até 15 dias e percentual de absenteísmo da empresa estudada - Rio de Janeiro, RJ - 2018	53
Quadro 4 –	Distribuição de trabalhadores terceirizados por mês/ano, custo do afastamento por até 15 dias e custo do afastamento sem atestado da empresa estudada, RJ - 2018	54
Gráfico 9 –	Representação do custo do absenteísmo dos trabalhadores terceirizados da empresa estudada por mês/ano, RJ - 2018	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ET	Enfermagem do Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	REVISÃO DE LITERATURA	16
1.1	Saúde do Trabalhador	16
1.1.1	<u>Contexto Histórico da Saúde do Trabalhador no Brasil</u>	18
1.2	Enfermagem do Trabalho	22
1.3	Terceirização e prevenção de agravos à saúde	28
1.4	Absenteísmo e seus indicadores	31
1.5	Cultura prevencionista	33
2	MATERIAIS E MÉTODO	37
2.1	Tipo de estudo	37
2.2	Local	37
2.3	População e amostra	38
2.4	Coleta de dados e análise	41
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	43
3.1	Caracterização sociodemográfica	43
3.1.1	<u>Faixa Etária</u>	43
3.1.2	<u>Etnia</u>	44
3.1.3	<u>Escolaridade</u>	46
3.1.4	<u>Gênero</u>	47
3.2	Análise do Absenteísmo	49
3.3	Estratégias Prevencionistas	56
	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICE A - Cronograma	71
	APÊNDICE B - Modelo da Tabela de Coleta de Dados	72
	ANEXO A - Termo de Autorização Institucional	73
	ANEXO B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	74

INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador (ST) é um campo do saber da Enfermagem do Trabalho (ET), através do qual procura-se identificar e compreender os agravos relacionados ao trabalho, por meio de estudos e práticas com ações preventivas, assistenciais e vigilância, visando, principalmente reduzir as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores. Para compreender esses agravos, é necessário atravessar os muros das fábricas e entender como se estabelece a relação saúde-trabalho-adoecimento.

Laurell e Noriega (1989) ressaltam a urgência de adentrar no cotidiano destes trabalhadores e analisar sua realidade, para propiciar soluções capazes de garantir a qualidade de vida no trabalho e aumentar a produtividade na empresa.

Dentro dos muros das fábricas ou empresas, consegue-se observar, mais de perto, o fluxo do trabalho, os riscos do ambiente, as atividades desenvolvidas e o processo de saúde-trabalho-adoecimento a que os trabalhadores estão expostos. Essa assertiva vem de encontro ao perfil e às atividades do enfermeiro do trabalho, referidas por ROGERS (1997) e corroborado por MAURO (2018), ressaltando que, o enfermeiro do trabalho deve estar capacitado para dirigir, organizar, planejar, orientar e executar as atividades de prevenção, integrando a equipe de enfermagem aos serviços de Saúde, Segurança e Meio Ambiente das empresas.

Neste contexto, o trabalhador está inserido em um ambiente que pode propiciar riscos ocupacionais, desencadeando um processo de adoecimento e afastamento de sua atividade laborativa. Sendo os trabalhadores a mola propulsora da produção, quando ele se afasta o empregador "perde" sua força de trabalho. Esse afastamento (não programado) é denominado absenteísmo.

O absenteísmo, além de indicar uma preocupação com a saúde do trabalhador, ocasiona custos diretos e indiretos, representados pela diminuição da produtividade, aumento do custo da produção, desorganização das atividades, redução da qualidade do produto/serviço, diminuição da eficiência no trabalho, problemas administrativos, limitação de desempenho e até mesmo obstáculos para os gestores (CHIAVENATO, 2006).

Diante deste contexto e associada à minha função laborativa de ser enfermeira do trabalho de uma grande empresa que terceiriza mão de obra para empresas de médio e grande, porte desde 2008, e não possuir indicadores de afastamentos do trabalho, propus, como objeto

de estudo, a ocorrência do absenteísmo de até 15 dias de afastamentos com atestados médicos dos trabalhadores de uma empresa privada de terceirização de serviços.

Considerando que os afastamentos por períodos de até 15 dias, devido à não obrigatoriedade do encaminhamento à Previdência Social e a avaliação das causas do afastamento, tem-se como questões de pesquisa:

- a) qual o tempo de dias perdidos e o custo médio dos afastamentos?
- b) quais estratégias de prevenção poderão ser recomendadas para minimizar ou eliminar esses afastamentos?
- c) como o enfermeiro do trabalho poderá gerenciar esses processos?

No Brasil, várias são as dificuldades encontradas para estudar e quantificar o absenteísmo por doenças, tendo como consequência a dificuldade de precisar o ônus econômico acarretado pelas ausências ao trabalho (NOGUEIRA; AZEVEDO, 1996). Essa dificuldade de identificar e quantificar o absenteísmo impulsionou o interesse pela pesquisa, que tem como objetivo geral avaliar o absenteísmo por atestados médicos de trabalhadores de uma empresa privada de terceirização de serviços no estado do Rio de Janeiro.

São objetivos específicos:

- a) caracterizar o perfil profissional dos trabalhadores terceirizados;
- b) analisar os indicadores de absenteísmo na referida empresa;
- c) determinar custos relacionados aos afastamentos/ausências do trabalho;
- d) propor estratégias de prevenção do absenteísmo/doença a partir do gerenciamento do enfermeiro do trabalho.

Justificativa

No Brasil, pode-se acessar, por meio dos sistemas de informação da Previdência Social, somente os afastamentos dos trabalhadores com vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por períodos superiores a 15 dias, para casos de acidentes de trabalho, de trajeto ou por motivo de doença. Porém, muitas vezes, o trabalhador que apresenta pequenos afastamentos, inferiores a 15 dias, não são percebidos epidemiologicamente, pois não há obrigatoriedade de notificação compulsória da causa do afastamento, o que impossibilita o mapeamento relacionado à qualificação desses eventos.

Segundo os dados divulgados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 2013, têm-se que:

2,02 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a enfermidades relacionadas com o trabalho. 321mil pessoas morrem a cada ano como consequência de acidentes no trabalho. 160 milhões de pessoas sofrem de doenças não letais relacionadas com o trabalho. 317 milhões de acidentes laborais não mortais ocorrem a cada ano. A cada 15 segundos, um trabalhador morre de acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho. A cada 15 segundos, 115 trabalhadores sofrem um acidente laboral (BRASIL, 2014, p.4).

Os dados do sítio Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, lançado pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pela OIT, apresentam gastos estimados desde 2012 até 2016 de R\$1,00 a cada 7 minutos. No período 2012-2016, foram gastos mais de 20 trilhões (R\$20.622.012.007,06) com benefícios acidentários (auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, pensão por morte e auxílio-acidente - sequelas). No que diz respeito aos afastamentos, estima-se que 254.891.669 dias foram perdidos no período 2012-2016. (BRASIL, 2012).

Os dados previdenciários brasileiros demonstram, no 1º boletim informativo quadrimestral sobre benefícios por incapacidade, consultado na Previdência Social mostram que as doenças foram motivadas por fatores de riscos ergonômicos, tais como má postura, esforços repetitivos e sobrecarga mental que têm sido as principais causas de afastamento do trabalho (BRASIL, 2014).

Além dos dados levantados na Previdência Social e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), quando se pesquisa artigos científicos sobre a temática, percebe-se uma lacuna temporal e uma produção científica insipiente. Realizando o estado da arte sobre a temática nas bases de dados no portal da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS no período de 14 anos, foram encontrados 33 artigos, sendo apenas 18 artigos com afinidade pelo tema.

Os descritores foram escolhidos a partir da afinidade pelo tema, sendo eles: "absenteísmo-doença"; "saúde do trabalhador"; "prevenção"; "absenteísmo" e "empresa". Foram encontrados artigos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF- ENFERMAGEM), apresentados no quadro 1:

Quadro 1 - Levantamento dos artigos científicos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) - Rio de Janeiro - 2018

Descritores	Nº de artigos encontrados	Base de Dados	Revistas	Ano/nº de publicação	nº de Artigos com afinidade com o tema
"absenteísmo-doença" and "saúde do trabalhador" and prevenção	3	LILACS	<u>Cad Saude Publica (1)</u> <u>Rev Saude Publica (1)</u> <u>Rev. bras. estud. popul (1)</u>	2013 (1) 2015 (2)	1
"saúde do trabalhador" and "absenteísmo-doença"	19	LILACS (15 artigos) BDENF - ENFERMAGEM (05 artigos)	<u>Rev Bras Epidemiol (3)</u> <u>Rev Lat Am Enfermagem (3)</u> <u>Ciênc. cuid. saúde (2)</u> <u>Online braz. j. nurs. (Online) (2)</u> <u>REME rev. min. enferm (2)</u> <u>Cad Saude Publica (1)</u> <u>Rev Saude Publica (1)</u> <u>Rev. bras. estud. popul (1)</u> <u>Rev. bras. med. trab (1)</u> <u>Rev. bras. pesqui. saúde (1)</u> <u>Rev. bras. saúde ocup (1)</u> <u>Rev. méd. Minas Gerais (1)</u>	<u>2001 (2)</u> <u>2006 (2)</u> <u>2007 (1)</u> <u>2008 (2)</u> <u>2010 (1)</u> <u>2011 (1)</u> <u>2012 (2)</u> <u>2013 (2)</u> <u>2014 (2)</u> <u>2015 (3)</u>	12
absenteísmo and "afastamento do trabalho" and "saúde do trabalhador"	6	LILACS (05 artigos) BDENF - ENFERMAGEM (01 artigos)	<u>Online braz. j. nurs. (Online) (2)</u> <u>Rev Bras Epidemiol (2)</u> <u>Rev. baiana saúde pública (1)</u> <u>Saúde Soc (1)</u>	<u>2006 (2)</u> <u>2009 (1)</u> <u>2011 (1)</u> <u>2012 (1)</u> <u>2015 (1)</u>	1
"absenteísmo-doença" and saúde do trabalhador" and empresa	5	LILACS (04 artigos) BDENF - ENFERMAGEM (01 artigos)	<u>Rev Lat Am Enfermagem (2)</u> <u>Rev. bras. estud. popul (1)</u> <u>Rev. bras. pesqui. saúde (1)</u> <u>Rev. bras. saúde ocup (1)</u>	<u>2012 (2)</u> <u>2014 (2)</u> <u>2013 (1)</u>	4

Fonte: A autora, 2017.

Quando pesquisamos o mesmo tema no portal *Science Direct*, utilizando os descritores “*absenteeism*” and “*occupational health*”, com um corte temporal "publicações a partir de 2011, emergiram 439 artigos. Sendo apenas 10 artigos com afinidade sobre o tema.

Relevancia

Os dados apresentados nas publicações mostram a gravidade da situação epidemiológica em relação aos agravos à saúde do trabalhador que levam ao afastamento do trabalho, porém não indicam medidas resolutivas dos problemas de saúde relativas ao absenteísmo, nem aprofundam os estudos sobre a origem do afastamento do trabalho e os custos relacionados.

Este contexto, mostra a necessidade de estudos para aprofundar os conhecimentos sobre os afastamentos do trabalho por doenças e acidentes, para apontar soluções eficazes e boas práticas de proteção e promoção da saúde dos trabalhadores.

Contribuição

Com o presente estudo espera-se contribuir para:

- a) aprofundar as discussões sobre o papel do enfermeiro do trabalho na cultura de segurança, gestão do risco e as estratégias de prevenção.
- b) criação de Protocolos voltados para saúde do trabalhador de empresas terceirizadas, associando a medidas específicas de prevenção.
- c) apresentar um formulário para registro das causas de eventos de licença médica até 15 dias, para ser preenchido pelos trabalhadores, por livre vontade, em consonância com a legislação vigente.

Não se pode deixar de descartar o processo saúde-doença do cenário do acidente, bem como deixar de ressaltar a importância da cultura prevencionista a se instalar antes do operador iniciar sua atividade laborativa, tendo como base os conhecimentos da Ergonomia, da segurança do trabalho e de outros conhecimentos das áreas humanas e sociais (Sociologia, Psicologia, Antropologia) e da saúde (Fisiologia, Anatomia) para fundamentar à efetivação e o fortalecimento das medidas de prevenção.

Pretende-se, ainda, apresentar uma proposta de estratégias preventivas que sejam capazes de viabilizar a cultura prevencionista, como contribuição da gerência do enfermeiro do trabalho, no escopo da sistematização das ações de enfermagem em relação ao absenteísmo.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Saúde do Trabalhador

Torna-se necessário contextualizar o processo saúde e doença antes de abordar o surgimento da ST, pois há um impacto direto nas relações de trabalho atuais. O processo histórico que envolve a construção dos conceitos de adoecimento e cura vem se transformando através dos tempos, pelos paradigmas que regem a saúde e a doença.

Em 1700, na Itália, surge Bernardino Ramazzini, um célebre médico que efetuou a primeira classificação e sistematização de doenças do trabalho e que se eternizou seu estudo na obra *De Morbis Artificum Diatriba*, ficando conhecido como o "Pai da medicina do trabalho". Nesse livro, Ramazzini lista 42 doenças de operários que é rapidamente difundida primeiro na Europa e depois ganha o mundo referidos na tradução da obra do Dr. Raimundo Estrêla (MENDES, 2016).

A partir do século XIX, na Europa, começa a luta pela sobrevivência da classe trabalhadora, no que concerne às condições de trabalho à época, ressaltando os acidentes e as condições precárias de higiene, a partir da fase da industrialização. Nesse cenário caótico, instaurado na Primeira Guerra Mundial, começam a aparecer reivindicações mais diversificadas, dentre elas a proteção à saúde (DEJOURS, 1988).

Salvar o corpo dos acidentes, prevenir as doenças profissionais e as intoxicações por produtos industriais, assegurar aos trabalhadores cuidados e tratamentos convenientes, dos quais se beneficiam até então sobretudo as classes mais abastadas, esse eixo em torno do qual se desenvolvem as lutas pela saúde (DEJOURS, 1988, p.18).

Mendes (2016), na comemoração da obra de Ramazzini realizada pela FUNDACENTRO, ressalta a atualidade da obra, mesmo depois de 300 anos. O livro comemorativo tem a preocupação e o compromisso com uma classe de pessoas habitualmente esquecidas e menosprezada pela medicina da época. Destaca uma visão de determinação social da doença e contribui metodologicamente, como deve ser a abordagem dos problemas para desenvolver o exercício correto da medicina (RAMAZZINI, 2016). Nesse contexto histórico, percebe-se como o estudo de Ramazzini começou a criar um cenário propício para entender o processo de adoecimento dos trabalhadores.

As discussões acerca dos agravos à saúde dos trabalhadores começam a ganhar força, e, em 1919, é criada a OIT, da qual o Brasil é signatário, que passou a se preocupar em agrupar especialistas para analisarem e desenvolverem estratégias para assegurar a proteção aos trabalhadores, contribuir para a adaptação física e mental do trabalhador e ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores" (MENDES; DIAS, 1991).

No período de pós-Segunda Guerra Mundial, as discussões de saúde começaram a tomar corpo no cenário internacional, culminando na criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), reconhecia que o direito à saúde é de responsabilidade e obrigação do Estado no que diz respeito a promoção e proteção da saúde, e destaca que saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações (SCLAIR, 2007).

O modelo de medicina do trabalho, até então implantado, não atendia mais à demanda de "controlar" somente a saúde, que possui um conceito ampliado pela Organização das Nações Unidas e OMS, pois com a modernização do maquinário e novos produtos químicos inseridos nas fábricas, surgiu a necessidade de ampliar a atuação médica e a intervenção no ambiente, dando origem ao conceito de Saúde Ocupacional.

A Saúde Ocupacional agregou multiprofissionais, dando ênfase na higiene "industrial" e na saúde ambiental. Essas mudanças, que ocorreram no mundo, também chegaram ao Brasil, tardiamente, porém, com o intuito de salvaguardar o direito à saúde dos trabalhadores.

Com o passar do tempo, o cenário político e social começa a sofrer interferências "marcadas pelo questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo e a denúncia do obsoletismo de valores". Esses questionamentos inserem a participação dos trabalhadores nas decisões referentes à saúde, segurança e outras questões, ampliando o conceito de Saúde Ocupacional para Saúde do Trabalhador e construindo um espaço na saúde pública, ampliando o entendimento do processo saúde e doença dos grupos humanos e a sua relação com o trabalho. (MENDES; DIAS, 1991).

1.1.1 Contexto Histórico da Saúde do Trabalhador no Brasil

No Brasil, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado à saúde dos trabalhadores era, predominantemente, assistencial. No início do século XX, algumas fábricas do estado de São Paulo possuíam ambulatórios voltados para a assistência aos trabalhadores (DIAS, 2005).

Em 1943, foi assinada a CLT, que estabeleceu dispositivos sobre a garantia da Segurança e Medicina do Trabalho, tornando-os obrigatórios nas empresas de grande porte, contribuindo para a expansão da assistência aos trabalhadores.

Mais tarde, nos anos 70, a atenção à ST continuava com uma cobertura deficitária e ficava sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Apesar das ações de assistência à saúde do trabalhador, o número de acidentes e doenças do trabalho no Brasil aumentava (MENDES, 1991).

As respostas a essa demanda se concentraram na formação de pessoal, com a criação de programas de especialização para médicos do trabalho e engenheiros de segurança. Entre 1973 e 1976, formaram-se 40.000 especialistas, sendo 7.500 médicos do trabalho e 7.000 engenheiros de segurança, que se juntaram a outros profissionais, tais como enfermeiros do trabalho e pessoal técnico especializado. Ainda nessa época, foram criados os Centros de Reabilitação do INPS, que ofereciam serviços especializados para trabalhadores com incapacidade. Em 1982, compreendiam 14 centros e 16 núcleos de reabilitação, distribuídos em todo o país (MENDES, 1991).

O grande marco dessa década foi a lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, que estabeleceu a redação dos artigos 154 a 201 da CLT, relativas à segurança e medicina do trabalho. Conforme o artigo 200 da CLT, cabendo ao Ministério do Trabalho estabelecer as disposições complementares às normas relativas à segurança e medicina do trabalho.

Dessa forma, em 08 de junho de 1978, o Ministério do Trabalho aprovou a Portaria nº 3.214, que regulamentou as normas pertinentes à Segurança e Medicina do Trabalho.

Algumas definições para Saúde do Trabalhador vêm sendo propostas ao longo das décadas, porém mantendo sempre uma linha comum. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde que define em seu artigo 6º, § 3º:

como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Em 2001, o manual sobre doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde ampliou seu escopo:

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

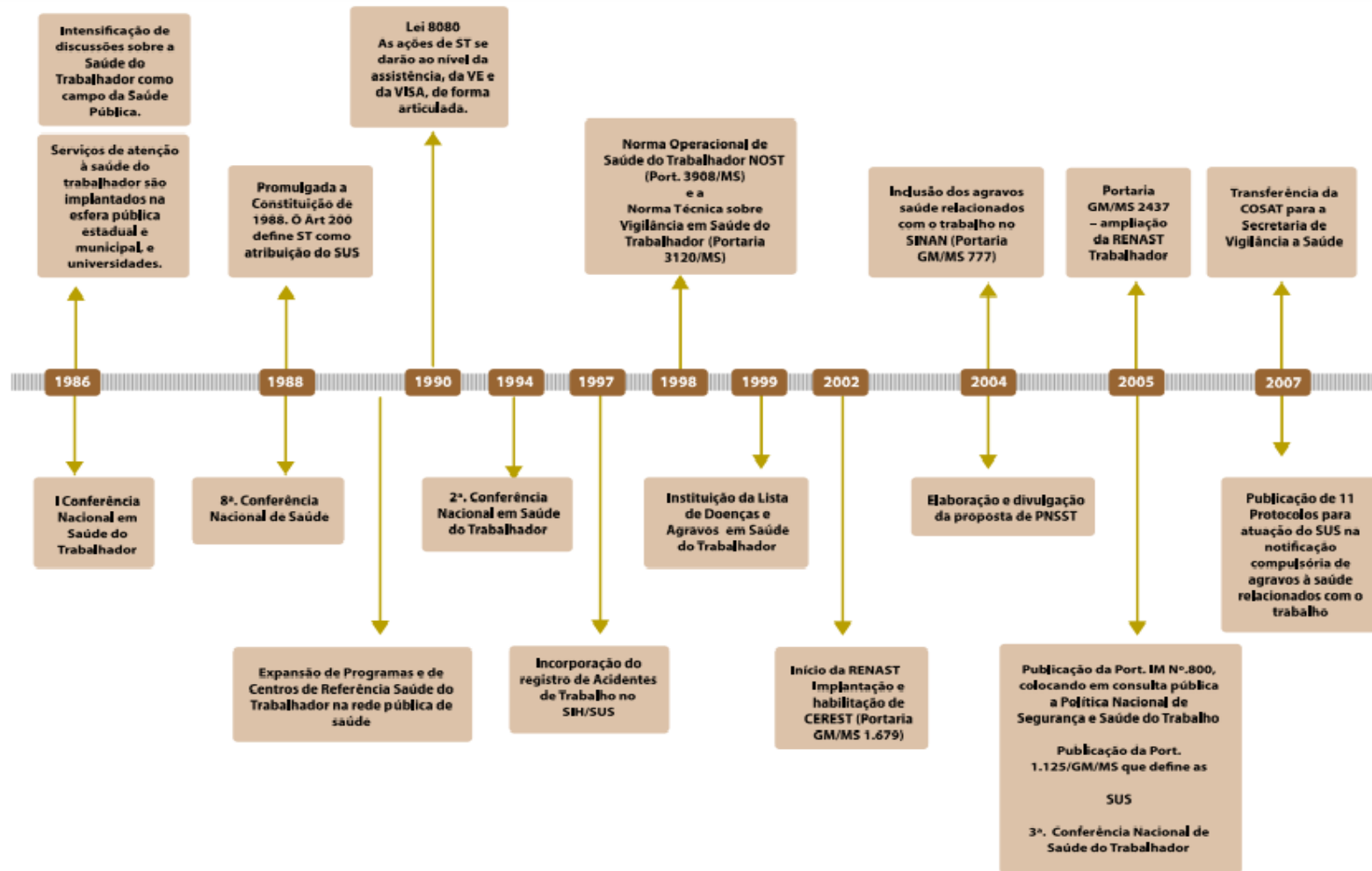
As legislações vão sendo construídas ao longo da história e passam por transformações para atender à demanda da sociedade. Mais recentemente, na minuta da nova Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS (BRASIL, 2011), disponibilizada por meio da Consulta Pública nº 4, de 19 de julho de 2011, o Ministério esclarece que,

A Saúde do Trabalhador constitui um campo da Saúde Pública que compreende a articulação de conhecimentos e práticas delimitadas pelas inter-relações entre produção, trabalho e saúde no contexto socioambiental do desenvolvimento das sociedades humanas. Parte do pressuposto de que o trabalho é um importante determinante do processo saúde-doença, com expressões diversas sobre a saúde física e mental dos trabalhadores. Assume a concepção de que os trabalhadores são sujeitos de sua história e experiência laborativa e atores fundamentais na conquista de melhores condições de trabalho e saúde. Em suas práticas, articula conhecimentos de diversos campos disciplinares, das ciências humanas, da saúde, das ciências exatas, bem como dos saberes e experiências dos trabalhadores (Brasil, 2011; Anexo, Introdução, art. 1º).

Em 2014, foi reformulada pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNST, através da Portaria GM/MS nº 1.823/ 2012, que definiu os princípios, as diretrizes e as estratégias nas três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) para o desenvolvimento das ações de atenção integral à ST, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, sendo este o seu objetivo (BRASIL, 2012).

Neste sentido, ilustra-se os eventos sobre a ST numa evolução histórica ao longo do tempo, entre 1986 a 2007 (Fig.1).

Figura 1 - Linha do tempo das ações em Saúde do Trabalhador (ST) no SUS - 1986-2008



Fonte: Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil - Vilma Souza Santana e Jandira Maciel da Silva

Diante do contexto histórico de saúde e segurança do trabalhador no Brasil, não se pode deixar de destacar o papel dos profissionais que atuam na área e compõe o SESMT. O SESMT é regulamentado pela Portaria GM nº 3.214, de 08/06/1978 - DOU de 06/07/1978 do MTE, através da Norma Regulamentadora (NR) 04. Segundo a Norma Reguladora 4.4.2, os profissionais abaixo compõem o SESMT e as atividades destes profissionais são essencialmente preventivistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se tornar necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem o combate a incêndios e o salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente, estão incluídos em suas atividades:

- a) Médico do Trabalho - Médico portador de curso em nível de pós-graduação em Medicina do Trabalho ou portador de certificado de residência médica em área relacionada à saúde do trabalhador.
- b) Engenheiro de Segurança do Trabalho – Engenheiro ou arquiteto portador do curso em nível de pós-graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho, conforme lei 7410 de 29/11/85.
- c) Técnico em Segurança do Trabalho - Profissional com registro no Ministério do Trabalho. Profissional formado em nível técnico, conforme lei 7410 de 29/11/85.
- d) Enfermeiro do Trabalho - É o enfermeiro que possui especialização em nível de pós-graduação em ET.
- e) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem do Trabalho - Portador de certificado de conclusão de curso de qualificação de Técnico ou Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, ministrado por instituição especializada reconhecida e autorizada pelo Ministério da Educação.

O dimensionamento SESMT vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, conforme demonstrado na Figura 2 - Dimensionamento do SESMT.

Figura 2 - Dimensionamento do SESMT

Grau de Risco	Número de Empregados no Estabelecimento	50	101	251	501	1.001	2.001	3.501	Acima de 5.000 para cada grupo de 4.000 ou fração acima de 2.000**
		a	a	a	a	a	a	a	
Técnicos		100	250	500	1.000	2.000	3.500	5.000	
1	Técnico Seg. Trabalho				1	1	1	2	1
	Engenheiro Seg. Trabalho						1*	1	1*
	Aux. Enfermagem no Trabalho						1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1*	
	Médico do Trabalho					1*	1*	1	1*
2	Técnico Seg. Trabalho				1	1	2	5	1
	Engenheiro Seg. Trabalho					1*	1	1	1*
	Aux. Enfermagem no Trabalho					1	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho					1*	1	1	1
3	Técnico Seg. Trabalho		1	2	3	4	6	8	3
	Engenheiro Seg. Trabalho				1*	1	1	2	1
	Aux. Enfermagem no Trabalho					1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho				1*	1	1	2	1
4	Técnico Seg. Trabalho	1	2	3	4	5	8	10	3
	Engenheiro Seg. Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1
	Aux. Enfermagem no Trabalho				1	1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1

(*) Tempo parcial (mínimo de 3 horas)

(**) O Dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento da faixa de 3.501 a 5.000 mais o dimensionamento do(s) grupo(s) de 4.000 ou fração de 2.000

OBS.: Hospitais, Ambulatórios, Maternidades, Casas de Saúde e Repouso, Clínicas e estabelecimentos similares com mais de 500 (quinhentos) empregados deverão contratar um Enfermeiro do Trabalho em tempo integral

Fonte: MTE - Norma Regulamentadora nº 4 - Quadro II

1.2 Enfermagem do Trabalho

Ao traçar-se uma linha no tempo, usando como fio condutor a autora Bonnie Rogers (1997), em seu livro *Enfermagem do Trabalho - Conceitos e Prática*, consegue-se entender e construir a história e ações da ET que serão apresentados nos parágrafos subsequentes.

A enfermagem possui uma longa história nas civilizações, pois sempre houveram doentes e alguém prestava o "cuidado", demonstrando que a base da profissão já se fazia presente.

A enfermagem moderna começou com as reformas iniciadas no final do século XVIII e desenvolveu-se paralelamente à Revolução Industrial, centralizando-se na Inglaterra. Esse desenvolvimento paralelo, da enfermagem e da indústria, proporcionou o elo de união natural para prestação de serviços de enfermagem a trabalhadores e suas famílias, no local de trabalho (ROGERS, 1997).

Na segunda metade do século XIX, na Inglaterra Vitoriana, surge a figura de Florence Nightingale, uma mulher à frente de seu tempo, oriunda de uma classe social privilegiada, tendo acesso a uma educação diferenciada, que a instrumentalizou com interesses além da casa e família, que era a realidade das mulheres no período vitoriano (SILVA, 1995).

Essa educação diferenciada da educação das outras mulheres de seu tempo inspirou Florence a romper com a estrutura social de subserviência feminina e a impulsionou a buscar novos rumos, no que desrespeito à transformação sócio-política-sanitária de seu tempo. Florence possuía a vocação para cuidar dos doentes que, associada à sua marcante personalidade, foram decisivas para o reconhecimento oficial de seu trabalho de sistematizar e organizar os assuntos pertinentes às transformações no ambiente hospitalar. Ela já falava da enfermagem como uma “nova arte e uma nova ciência”, se preocupava com a higiene do corpo, mas também tinha um olhar apurado para o ambiente (SILVA,1995).

Florence Nightingale foi a precursora de um modelo de Enfermagem que passou a ser seguido em vários países do mundo. O percurso dessa construção de modelo de Enfermagem continua e “congrega” vários adeptos que estão seguindo e trabalhando em prol de seu crescimento.

Nos finais do século XIX, como resultado de um processo evolutivo, os riscos profissionais relacionados com a exposição no local de trabalho e com as condições de trabalho provocavam doenças e lesões que, em grande medida, podiam ser evitadas. Esse fato dá origem a um campo novo na prática de Enfermagem. Os primeiros enfermeiros na indústria tiveram por modelo, a prática de enfermagem de prevenção/saúde pública e prestavam serviços de saúde à família e à comunidade, bem como serviços de saúde laboral centrados na prevenção e no tratamento de doenças e lesões relacionadas com o trabalho (ROGERS, 1997).

O registro mais antigo que se conhece da enfermagem laboral é o da contratação de Philipa Flowerday pela firma J.&J. Colman, de Norwich, Inglaterra, em 1878, que era uma indústria de mostarda. Ela foi contratada para ajudar o médico no "dispensário"/ ambulatório e fazer visitas aos trabalhadores doentes e às suas famílias, no domicílio. A empresa Colman, fundou três sanatórios para prestar assistência aos tuberculosos e assegurou um serviço de ambulância para transportar trabalhadores doentes ou acidentados a hospitais e continuou a contratar enfermeiros. Pouco tempo depois, outras empresas começaram a empregar enfermeiros para tratar dos doentes e acidentados (ROGERS, 1997).

Nos Estados Unidos, o início da Enfermagem Laboral ou Enfermagem do Trabalho data dos finais do século XIX, quando um grupo de empresas de extração de carvão, na Pensilvânia, contratou uma enfermeira, Betty Moulder, para prestar cuidados aos mineiros doentes e às suas famílias (ROGERS, 1997).

Pode-se afirmar que a prática da Enfermagem do Trabalho tem como base o século XIX, com os conceitos e princípios da prática de saúde pública, incidindo na prevenção, no

ensino da saúde e no controle e eliminação de riscos para a saúde, no local de trabalho e na comunidade (ROGERS, 1997).

Na atualidade, a ação do enfermeiro do trabalho estende-se as áreas da promoção, gestão, investigação e desenvolvimento de políticas de saúde, sofrendo influências da sociedade que, historicamente, encontra-se em constante mudança (ROGERS, 1997).

Carvalho (2001) define Enfermagem do Trabalho como a ciência e a prática especializada que promove e presta serviços de saúde aos trabalhadores, incidindo na proteção, na promoção e na recuperação da saúde do trabalhador e contribuindo para um local de trabalho saudável e seguro.

A filosofia da Enfermagem do Trabalho, hoje, consiste em promover trabalhadores saudáveis, através da promoção da saúde, da prevenção de doenças e de acidentes, do controle de riscos no local de trabalho e na coletividade, da promoção de um ambiente seguro e adaptado ao trabalhador, tendo como alicerce programas e políticas de saúde e segurança do trabalhador (MAURO, 2018).

O enfermeiro do trabalho é um elemento fundamental na gestão e prestação de serviços de saúde no trabalho, em um quadro ético/legal, objetivando melhorar, proteger, manter e restabelecer a saúde do trabalhador. Este profissional desempenha diversos papéis e trabalha em vários segmentos, tais como indústrias, serviços de saúde aos empregados em hospitais, clínicas de saúde no trabalho e instalações governamentais, além de ter o conhecimento sobre a prática de enfermagem, pode desempenhar as atividades de clínico especialista/prático, gestor, docente, investigador e consultor (ROGERS, 1997).

Em um estudo realizado por Carvalho (2014), encontra-se que, na última década, a Enfermagem do Trabalho ganhou destaque, uma vez que essa ocupação está fortemente direcionada para a Promoção da Saúde, e são os enfermeiros os profissionais de saúde que podem estar mais perto dos trabalhadores, para conhecer as suas necessidades.

A equipe de Enfermagem do Trabalho é constituída pelo enfermeiro do trabalho, técnico de Enfermagem do Trabalho ou auxiliar de Enfermagem do Trabalho que, conforme a Lei nº 7.498/86, do exercício profissional de enfermagem, atuam sob a supervisão de enfermeiro (MAURO, 2018).

O enfermeiro do trabalho é o profissional de nível superior, classificado pelo COFEN, no Quadro III, da Lei 7.498/86 e Decreto nº 94.406, devendo ser portador do certificado de Enfermagem do Trabalho e ser enquadrado nos serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, através da Portaria MTE nº 3214 de 08/06/1978, NR4 art. 4.4, item 4.4.1, alínea c.

É exigido do enfermeiro do trabalho, de acordo NR 04, para fazer parte da SESMT de uma empresa: certificado de conclusão do curso de especialização de Enfermagem do Trabalho, em nível de pós-graduação, enviado por faculdade/universidade que mantenha curso de graduação de Enfermagem autorizado pelo Ministério de Educação (MANUAIS, 2009). Lucas (2009) enfatiza os principais conhecimentos que o enfermeiro do trabalho deve ter: Psicologia do Trabalho, Ciências Sociais, Epidemiologia e Estatística, Legislação do Trabalho, Segurança do Trabalho, Enfermagem do Trabalho, Metodologia da Pesquisa, Higiene Ocupacional, Saneamento do Meio Ambiente, Toxicologia, Ergonomia, Fisiologia do Trabalho, Doenças Ocupacionais e não ocupacionais.

O profissional de Enfermagem do Trabalho, ao ser habilitado para exercer a função, está também preparado para à promoção da saúde do trabalhador contra os possíveis riscos decorrentes de suas atividades laborais, visando proteger o trabalhador contra os riscos inerentes às exposições a agentes químicos, físicos, biológicos e psicossociais. Tem como objetivo a manutenção da saúde, do bem-estar físico, mental e social, livre de lesões decorrentes das doenças ocupacionais e/ou não ocupacionais e, quando instaladas, promover a reabilitação do trabalhador dentro de suas habilidades e competências profissionais (LUCAS, 2009).

Em relação à educação e formação profissional de Enfermagem em Saúde Ocupacional - ESO, no Brasil, a Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho - ANENT - tem por finalidade estimular estudos na área de Enfermagem do Trabalho, criação de cursos de especialização, de intercâmbios nacionais e internacionais. Recomenda currículo mínimo para os cursos de especialização em ET, com conteúdo programático específico para o desenvolvimento da profissão, mas não oferece certificação como o faz a Associação Norte-Americana de Enfermeiros de Saúde Ocupacional (*American Board for Occupational Health Nurses - ABOHN*). Entretanto, os Conselhos Regional e Federal de Enfermagem são responsáveis por determinar e supervisionar as funções de todos os profissionais envolvidos na prática de enfermagem no Brasil (MARZIALE, 2010; MAURO 2018).

Assim, cabe destacar que o enfermeiro(a) do trabalho tem como compromisso profissional:

- a) Aplicar os programas estabelecidos pelo Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) nas empresas estabelecidas na NR 7, que tem como objetivo a promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores, a fim de proporcionar medidas que evidenciem a melhoria na

- saúde dos trabalhadores e condições salútares nos ambientes laborais e ambulatorial da empresa.
- b) Implantar e avaliar a NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), que visa à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais (físico, químico, biológico, ergonômico e de acidentes) existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, considerando a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.
 - c) Avaliar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de acordo com a atividade laborativa, conforme estabelece a NR 6, que considera EPI todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Outro fator de grande relevância a ser notado pelo enfermeiro do trabalho é a orientação à equipe de trabalhadores durante a utilização dos EPI. Estes podem evitar muitos acidentes de trabalho, porém, para o bom uso, o profissional de ET deve orientar como eles devem ser usados e mostrar a importância que estes equipamentos podem trazer para a vida de cada colaborador no processo laboral diário.
 - d) Assessorar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, dentro dos parâmetros da NR 5, que tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível, permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador, identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos.
 - e) Conhecer e aplicar a ergonomia, conforme o disposto na NR 17, que visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais; ao mobiliário; aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.
 - f) Estar habilitado a prestar os primeiros socorros no local de trabalho, fazer análises da fadiga ocupacional, dos fatores de insalubridade, riscos,

- condição de trabalho do menor, do homem e da mulher para promover a preservação da integridade física e mental do trabalhador.
- g) Planejar e executar programas de educação continuada e sanitária, divulgando conhecimentos e estimulando a aquisição de hábitos saudáveis para prevenir doenças ocupacionais e não ocupacionais na esfera laboral, social e familiar dos empregados.
 - h) Realizar levantamentos e estudos epidemiológicos, coletando dados estatísticos de morbidade e mortalidade que acometem os trabalhadores, investigar possíveis relações com as atividades laborais para sanar os riscos ocupacionais, procurando manter o bem-estar físico, mental e social do trabalhador, o aumento da produtividade e controle do absenteísmo.
 - i) Organizar, administrar e supervisionar os profissionais de enfermagem, visando o atendimento adequado às necessidades de saúde e/ou doença dos trabalhadores, assumindo o papel de gerente de enfermagem.

Destacando o papel de gerente de enfermagem, não se pode deixar de ressaltar o papel da gerência, como sendo a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados (MOTTA, 2002). É o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar o uso dos recursos organizacionais para alcançar determinados objetivos de maneira eficiente e eficaz. Os autores neoclássicos reiteram as funções administrativas: planejamento, organização, direção e controle, reiterando o chamado processo administrativo (CHIAVENATO, 2000). O gerente de enfermagem se torna um protagonista no ambiente de trabalho.

A gerência de enfermagem é uma atividade que propicia a articulação e a integração entre a equipe de saúde, com o objetivo de tornar possível o processo do cuidar, seja ele individual ou coletivo. Para o exercício da gerência, buscou-se a base teórica dentro da ciência da administração e usou-se das funções administrativas para o processo de trabalho de gerência de enfermagem. A Gerência de Enfermagem teve início desde a concepção da própria Enfermagem, com o parcelamento do trabalho entre os diferentes elementos da equipe e constitui o elo de articulação das atividades da própria equipe e de sua integração ao processo de trabalho em saúde, as necessidades de saúde da clientela e as metas organizacionais, cabendo à enfermeira compor esta articulação (ERDMANN, 2001).

Portanto, desde o início da Enfermagem moderna, o enfermeiro vem assumindo o papel gerencial dentro das unidades de saúde e, para isso, ela se apropria de outras disciplinas, como por exemplo, a administração, para expandir e fundamentar suas ações.

Os conhecimentos acerca da administração favorecem o enfermeiro, pois o torna capaz de tornar o processo de trabalho racional. A gerência de serviços de saúde tem sido, historicamente, uma prática realizada por enfermeiros, os quais têm utilizado, para isso, a sua capacidade de saber organizar e sistematizar rotinas, legitimando a hierarquia e a disciplina presentes nas instituições públicas (VILLA, 1992). A gerência é uma atribuição dos dirigentes, na perspectiva de construção de um projeto que atenda às necessidades da população e que esteja voltado para a integralidade num processo cotidiano como proposta de mudança (WEIRICH, 2009).

Não se deve esquecer que o mercado profissional espera que o enfermeiro tenha capacidade para trabalhar com conflitos, enfrentar problemas, negociar, dialogar, argumentar, propor e alcançar mudanças, com estratégias que o aproximem da equipe e do cliente, contribuindo para a qualidade do cuidado, ou seja: espera-se do enfermeiro uma capacidade para gerenciar (GRECO, 2004).

1.3 Terceirização e prevenção de agravos à saúde

Submetidos a perdas sucessivas de direitos e seguridades, os trabalhadores vêm se ajustando a um mercado que, por um lado, encolhe em números de vagas de emprego e, por outro, incha as fileiras de subempregados e não trabalhadores, que se tornam órfãos de uma atividade regularizada, em função do desemprego estrutural alavancado pela substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto e pelas novas formas de gestão nas empresas (ANTUNES, 1999).

Um dos fatores a ser destacado é a terceirização como processo de vulnerabilização de uma parcela significativa da população, que não encontra um caminho de inserção no mercado de trabalho, acarretando a ausência de acesso a diversos benefícios sociais e bens materiais que a condição de trabalho pode permitir.

O fenômeno da terceirização não é algo recente. Desde o século XVIII, ingleses e franceses terceirizavam alguns serviços e atividades especializadas (BERGAMASCHI, 2004). O método de terceirização, segundo Leiria e Saratt (1995), surgiu nos Estados Unidos antes

da Segunda Guerra Mundial e se tornou uma técnica de administração empresarial desde a década de 50, com o desenvolvimento acelerado das indústrias.

No Brasil, a terceirização ganhou força na década de 1990, durante o governo Collor, junto com a intensificação da inserção do modelo de produção brasileiro conforme os ditames do toyotismo, com a expansão do neoliberalismo no país, possibilitado pela abertura comercial ao mercado internacional, que iniciou o processo de privatizações de empresas públicas e da redução do papel do Estado (AQUINO et al., 2014).

Até 1989, o ato de terceirizar era conhecido como contratação de serviços de terceiros e vinha sendo aplicada apenas para reduzir custo da mão de obra. As empresas usavam esses recursos simplesmente para obter algumas economias ao gerar ganhos de qualidade, eficiência, eficácia e produtividade (DIEESE, 2007).

Martins (2001) entende que o processo de terceirização “consiste em contratar um terceiro para a realização das atividades que não constituem o foco principal da empresa”. Essa contratação pode envolver a produção tanto de bens, quanto de serviços que ocorre pela necessidade de contratação dos serviços de limpeza e vigilâncias ou até de serviços temporários.

Marcelino (2008) entende a terceirização como uma relação de vínculo trabalhista em que uma empresa/empregador que contrata um terceiro para prestar serviços em sua empresa. Tal associação é marcada por uma relação de trabalho vulnerável, pela fragilidade dos direitos trabalhistas, de defesa e segurança.

O preceito formulado para terceirização, em compasso com a orientação consagrada no Enunciado nº 331 do Tribunal Superior do Trabalho, procura explicar o assunto distinguindo atividade-fim e atividade-meio, segundo a essencialidade ou não dos serviços da empresa tomadora dos serviços terceirizados. As atividades que agregam a função principal de uma empresa indicam sua atividade-fim, enquanto as atividades que não integram são consideradas atividade-meio (BRASIL, 2000). O processo de terceirização, amplamente regulado pela lei 6.019/74 e pelo Decreto-Lei nº 73.841/74, sendo permitido nas áreas da limpeza e segurança.

O Enunciado da Súmula nº 331 expandiu a liberdade em se terceirizar e, editado em 1993, veio no caminho da modernidade em termos das relações do trabalho. Na década de 1990, ganhava espaço a tão criticada ou aclamada globalização e, com ela, várias formas de afluências trabalhistas passaram a surgir no mundo todo.

As áreas mais terceirizadas são: atividades da área da limpeza, segurança, manutenção, alimentação. Na Atividade-meio: departamento de pessoal, manutenção de máquinas,

contabilidade. Na Atividade-fim: produção, vendas, transporte dos produtos sendo o mais comum a terceirização de serviços contábeis, jurídicos e informática (MARTINS, 2001).

O processo de terceirização das atividades apresenta vantagens e desvantagens para as empresas, que devem ser levadas em consideração e analisadas. Para Martins (2001), a principal vantagem, sob o aspecto administrativo, é a de ter alternativas para melhorar a qualidade dos produtos ou serviços vendidos e, também, a produtividade. É uma forma, também, de se obter um controle de qualidade total dentro da empresa, sendo um dos objetivos buscados pelos administradores, a diminuição de encargos trabalhistas e previdenciários, além da redução do preço final do produto ou serviço, porém não leva em consideração o trabalhador enquanto indivíduo.

Alguns estudos das relações entre terceirização e condições de saúde e segurança laborais indicaram que, geralmente, os terceirizados enfrentam mais problemas relacionados a acidentes de trabalho, a acidentes de trajeto ou a doenças do trabalho, quando comparados aos assalariados diretamente contratados. Os estudos de Dau, Rodrigues e Conceição (2009) e do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) (2011), são exemplos nesse sentido.

Dentre os aspectos destacados pela Secretaria Nacional de Relações de Trabalho e do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (2014) é que trabalhadores terceirizados recebem remuneração média inferior à dos trabalhadores com vínculo efetivo (24,7%), têm maior jornada semanal de trabalho (7,5%) e menor tempo de permanência no emprego (53,5%), aumentando, assim, a rotatividade e a dificuldade em estabelecer o nexo causal em casos de adoecimento decorrentes do trabalho, além de serem vítimas de maior número de acidentes laborais (47%). O estudo indica, ainda, que os terceirizados estão mais sujeitos a trabalhos análogos ao trabalho escravo até, aproximadamente, seis vezes mais que os trabalhadores contratados. As ações sindicais em torno da terceirização totalizam 37%, com cláusulas referentes à extensão dos benefícios aos terceirizados, à responsabilidade solidária ou subsidiária pelos compromissos não honrados pelas empresas terceiras, legalmente constituídas, como acesso às informações dos contratos de terceirização e outras garantias sindicais às quais os trabalhadores terceirizados, pela fragilidade do vínculo, muitas vezes, não têm capacidade de mobilização coletiva (SRT/DIEESE, 2014).

Por este motivo, o enfermeiro do trabalho deve estar atendo ao ambiente e à relação trabalhista no qual o trabalhador está inserido, para que consiga entender os meandros da relação empregado-empregador e atuar de forma eficaz e eficiente, no que diz respeito à

antecipação dos riscos ocupacionais e na prevenção, além de possibilitar ao máximo a qualidade de vida e de trabalho do trabalhador terceirizado.

1.4 Absenteísmo e seus indicadores

O estudo do absenteísmo nas instituições vem crescendo, por representar um evento que gera impacto direto na produção. Essa ausência pode indicar a existência de problemas relacionados às condições de saúde do trabalhador, por diversos motivos, como por exemplo, falta de condições de higiene ocupacional, segurança no trabalho ou insatisfação com as condições de trabalho. (AGUIAR; OLIVEIRA, 2009).

Segundo Quick e Laperlosa (1982), “esse termo originou-se da palavra absentismo, aplicado aos proprietários rurais que abandonavam o campo para viver na cidade no período industrial”. A OIT (1999) considera como a ausência remunerada dos funcionários que compreende as férias, os feriados anuais, cumprimento de obrigações cívicas, doenças, etc.

Diferentes autores definem e/ou explicam o fenômeno. Chiavenato (2008) explica que o absenteísmo é a frequência e/ou duração do tempo de trabalho perdido, quando os trabalhadores não comparecem ao trabalho e Munro (2007) complementa a ideia incluindo exemplos dessas ausências do ambiente do trabalho, tais como ausências por doença, prorrogação das pausas para o lanche, fazer compras durante o período de trabalho e ausentar-se sem licença. O léxico define absenteísmo como o hábito de estar constantemente ausente de um local de trabalho.

Couto (1982) divide o absenteísmo nas seguintes categorias: absenteísmo voluntário, quando a falta do trabalhador ocorre por motivos pessoais não justificados, não sendo amparados legalmente e de única e exclusiva responsabilidade do mesmo; absenteísmo por doença, que se dá pela ausência ao labor devido a qualquer tipo de doença diagnosticada por um profissional da saúde; absenteísmo por doença profissional, consistindo na ausência do profissional por motivos de acidentes de trabalho ou por doenças desenvolvidas pelo trabalhador; absenteísmo legal, sendo as faltas amparadas pela lei, tais como doações de sangue, comparecimento judicial, serviço militar; Absenteísmo compulsório, a falta do trabalhador contra a sua vontade, devido a uma ordem maior de seu chefe ou motivo de prisão (COUTO, 1982).

Quanto à duração do absenteísmo, a Fundação Europeia para Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho, refere três categorias: de curto prazo (1 a 7 dias), de média duração (8 a 42 dias) e de longa duração (acima de 42 dias) (SANTOS, 2009).

Mas, os fatores que geram essas ausências são diversos e não se pode esquecer que afetam a qualidade de vida, o desempenho e assiduidade do trabalhador. Esses problemas podem ser de natureza pessoal, biológica, ambiental, social, familiar, financeira ou, até mesmo, relacionados à própria estrutura organizacional (OLIVEIRA; GRANZINOLLI; FERREIRA, 2007). Chiavenato (2002) ressalta ainda que:

O absenteísmo refere-se à ausência em que os empregados deveriam estar trabalhando normalmente, nem sempre as causas estão no empregado, mas sim na organização, na supervisão deficiente, na condição de trabalho, na falta de motivação e estímulo, na integração do empregado à organização. As principais causas do absenteísmo são doenças comprovadas e não comprovadas, atrasos involuntários, faltas por motivos pessoais, dificuldades financeiras, baixa motivação, supervisão precária e a política inadequada da organização (CHIAVENATO, 2002, p.192).

Essas ausências ocasionam custos que podem ser considerados diretos, mas, também, indiretos representados pela diminuição da produtividade, aumento do custo da produção, desorganização das atividades, redução da qualidade do produto/serviço, diminuição da eficiência no trabalho, problemas administrativos, limitação de desempenho e até mesmo obstáculos para os gestores (SILVA, 2014).

O cálculo do absenteísmo é necessário para expressar, em porcentagem, o tempo não trabalhado e diferentes autores utilizam fórmulas para calculá-la. A Subcomissão de Absenteísmo da Comissão Permanente da Associação Internacional de Medicina do Trabalho (1973) propõe quatro quocientes que se concentram na análise da frequência, na duração das ausências, no número de ausentes e no tempo perdido. A adoção de determinado quociente dependerá de como a organização deseja visualizar a questão.

Chiavenato (2002), apresenta a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de absenteísmo} = \frac{\text{nº de homens/dias perdidos por ausência ao trabalho}}{\text{Efetivo médio} \times \text{nº de dias de trabalho}} \times 100 \quad (1)$$

Chiavenato (2002) complementa que o cálculo do índice do absenteísmo sugere duas abordagens: o índice de absenteísmo sem afastamento e com afastamento, através do cálculo:

$$\text{Índice de absenteísmo} = \frac{\text{total de homens/horas perdidas}}{\text{total de homens/horas trabalhadas}} \times 100 \quad (2)$$

Chiavenato (1999) relata que o índice de absenteísmo nunca será 0%, pois, invariavelmente, haverá aqueles que necessitarão se ausentar, seja por motivos de doença, seja por acidente ou outras razões legítimas.

Mensurar o absenteísmo e criar indicadores se faz necessário, pois os indicadores são ferramentas de gestão utilizadas no gerenciamento organizacional que fornecem informações fundamentais para a tomada de decisões. É por meio dessas informações que são conhecidas as alterações dos recursos econômicos futuros da empresa e é possível antecipar a capacidade para gerar fluxo de caixa, controlar os ativos e conhecer o grau de competitividade.

Os indicadores de desempenho funcionam como um termômetro que define o grau de produtividade de uma pessoa, equipe ou área. Eles podem estar relacionados à satisfação interna, absenteísmo, rotatividade e outras métricas importantes. A avaliação dos resultados dos indicadores de desempenho tem como objetivo verificar se as estratégias da empresa estão sendo cumpridas por meio dos parâmetros escolhidos pela alta direção e devem ser considerados tanto interesses internos, quanto externos, de mercado (CALLADO; CALLADO; ANDRADE, 2008). O enfermeiro do trabalho, como membro ativo do SESMT, deve estar atento aos parâmetros traçados pela empresa, analisando os resultados e agindo de forma proativa para prevenção dos agravos à saúde do trabalhador.

1.5 Cultura prevencionista

A prevenção no ambiente de trabalho vem sendo construída ao longo da história da saúde do trabalhador. Na década de 1930, Heinrich propôs a primeira teoria, na qual o acidente tem origem em uma sequência linear de eventos, que ele chamou de "teoria do dominó". O autor comparou as causas de acidentes às peças de um dominó. A primeira pedra de dominó representa a personalidade; a segunda, as falhas humanas; a terceira, as causas de acidentes - atos e condições inseguras; a quarta peça, o acidente de trabalho e a quinta, as lesões (ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL DOM BOSCO, 2000). Em uma tentativa de sistematização para se contrapor à noção de fatalidade, esta teoria representa o acidente por uma sequência de cinco pedras de dominó posicionadas de modo que a queda de uma desencadeia a queda das subsequentes (COOPER, 1998).

Heinrich alertava para segurança baseada no comportamento, pois nem sempre o homem encontra-se preparado para executar a atividade e acaba por cometer atos inseguros.

Assim como Ramazzini (2016) que, há aproximadamente 230 anos, deu início aos estudos do que hoje se conhece hoje como Medicina do Trabalho, Heinrich (1930) pode ser considerado o precursor do preventivismo.

No Brasil, grande parte das investigações de acidentes ainda se baseia na concepção dicotômica de ato inseguro e de condições inseguras, frequentemente desembocando na atribuição de culpa ao trabalhador pelo evento que o vitimou e recomendando medidas de prevenção orientadas para mudanças de comportamento, sabidamente frágeis (BINDER; ALMEIDA, 1997; ALMEIDA, 2004). Nessa fase, o acidente ainda é considerado como sendo um acontecimento simples, que resulta de uma causa única, seja de origem humana, seja de origem técnica.

Observando os dados históricos mencionados, começamos a perceber a importância de não só entendermos o que acarretou o acidente de trabalho, mas, também, de atentarmos na compreensão de como o trabalhador está inserido e se adapta neste ambiente. A ergonomia, neste sentido, vem contribuir para essa análise, pois é um conjunto de disciplinas que estuda a organização do trabalho, no qual existem interações entre seres humanos e máquinas, com o objetivo de gerar o bem-estar do trabalhador (MORAES; MONT'ALVÃO, 2009.) Ela tem, como principal campo de investigação, a concepção de meios de trabalho adaptados às características fisiológicas e psicológicas dos trabalhadores à atividade, sendo, então, necessário garantir boas condições laborais, a fim de manter e promover a saúde, bem como obter uma eficácia desejável (DUL, 2004).

Segundo Iida (2005), ergonomia é o estudo da adaptação do trabalho ao homem e ressalta que a melhor definição é a da Associação Brasileira de Ergonomia onde:

Entende-se por Ergonomia o estudo das interações das pessoas com a tecnologia, a organização e o ambiente, objetivando intervenções e projetos que visem melhorar, de forma integrada e não-dissociada, a segurança, o conforto, o bem-estar e a eficácia das atividades humanas (IIDA, 2005, p.63).

Para Grandjean (1998), a ergonomia é a ciência da configuração de trabalho adaptada ao homem e tem como principal objetivo, o desenvolvimento científico para a adequação das condições de trabalho às capacidades das pessoas que o realizam.

O termo ergonomia significa, etimologicamente, o estudo das leis do trabalho. É conveniente aprofundar esta definição e o objeto que ela designa, o trabalho. Isso é necessário para determinar o campo de estudo da ergonomia, as relações que ela mantém com o conhecimento científico e com a realidade social (FIALHO, 1995).

A ergonomia é o estudo científico da relação entre o homem e seus meios, métodos e espaços de trabalho. Seu objetivo é elaborar, mediante a contribuição de diversas disciplinas científicas que a compõem, um corpo de conhecimentos que, dentro de uma perspectiva de aplicação, deve resultar em uma melhor adaptação ao homem dos meios tecnológicos, dos ambientes de trabalho e de vida (INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION, 2000).

No Brasil, a ergonomia surgiu aproximadamente em 1960, quando Sergio Penna Kehl faz uma abordagem sobre o tema no curso de Engenharia de Produção da Universidade de São Paulo. Em agosto de 1983, foi fundada a Associação Brasileira de Ergonomia. No ano de 1990, o MTE, instituiu a Portaria nº- 3.751, em 23 de novembro de 1990, a qual define a NR-17, que direciona especialmente a ergonomia, palavra derivado do grego “ergon” (trabalho) e “nomos” (leis); denota o estabelecimento de parâmetros para adaptações das condições de trabalho, as características psicológicas dos trabalhadores com o objetivo de proporcionar o conforto, a segurança e o desempenho eficiente. É a partir deste momento que a classe empresarial brasileira passa ter interesse pela ergonomia (SANTOS, 2009).

A ergonomia visa manter a saúde, segurança e satisfação, promovendo o conforto e bem-estar do trabalhador, antes da inserção dele no ambiente. Por isso, considera-se que planejar o ambiente, para minimizar muitos agravos relativos à atividade laboral. Dul e Weerdmeest (2004) acrescentam que a ergonomia difere de outras áreas do conhecimento pelo seu caráter interdisciplinar e pela sua natureza aplicada. A interdisciplinaridade se apoia em diversas áreas do conhecimento humano, que através da Ergonomia configura-se na adaptação do posto e do ambiente de trabalho às características e necessidades do trabalhador.

Durante o trabalho, em qualquer que seja a organização, todo o corpo do homem é submetido a diferentes condicionantes e a ergonomia é uma ferramenta preventiva, para que o trabalho seja fonte de saúde e produtividade para as pessoas e organizações. Ela possibilita que o trabalho seja bem dimensionado, otimizando sua eficácia e, ao mesmo tempo, permitindo a saúde e a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.

Muitos dos perigos do adoecimento estão ligados à organização do trabalho, ao ritmo penoso, à ausência de pausas, às variadas situações de estresse, aos levantamentos de peso e às posturas adquiridas, que ocorrem pelas exigências que as funções do trabalho impõem e/ou pelo mobiliário que pode alterar a integridade física ou mental do trabalhador, o que, conseqüentemente, vai comprometer sua produtividade, saúde e segurança. Os principais riscos evidenciados na literatura falam sobre os problemas na organização e condições de trabalho (VALERETTO, 2013).

O enfermeiro do trabalho tem um grande poder de desempenho no seu papel em saúde ocupacional, pois pode propor melhorias e, para isso, na sua busca de categorização dos dados para esse enfrentamento, deve resultar dos seguintes temas: “Identificação dos fatores de risco” e “Medidas de intervenção”.

Necessitam ser avaliadas também as características que envolvam o tempo da trajetória do trabalhador, a função, o ciclo da tarefa, número de movimentos, pausas, posturas inadequadas, esforço muscular, ritmo necessário para a realização da tarefa, assim como o tipo de ferramentas e equipamentos e as condições globais de trabalho (VERONESI, 2008).

Isosaki et al. (2011) apontam os principais fatores físicos e ambientais, indicando as exigências físicas e mentais do trabalhador. Pode-se considerar que essas afirmativas são de grande valia e se tornaram um objeto importante na contribuição da solução de problemas sobre os riscos. Porém, é preciso entender que a solução não atua somente de forma corretiva, sendo necessário antecipar em estudo para os riscos do ambiente e as condições de trabalho, ou seja, atuar de forma preventiva.

Para Vitta, Bertaglia e Padovani (2008), a melhor maneira de amenizar e reprimir os riscos é através de medidas simples, como a adequação dos postos de trabalho e das tarefas realizadas, com a reinserção de uma educação continuada dos trabalhadores, para posicionamentos mais funcionais e menos agressivos.

Essas adequações vão mostrar, não somente, a melhoria, mas, também, a eliminação dos fatores de risco, passando a existir uma organização do ambiente e adaptação dos postos de trabalho, de acordo com as características dos trabalhadores, favorecendo os níveis de conforto de acordo com o preconizado, eliminando o transporte e manuseio de cargas manual de peso, posturas e movimentos críticos e repetitivos e fatores que causem dor e desconforto no trabalho (RENNER, 2005).

Neste sentido, os trabalhadores agraciados com adequadas condições de trabalho, portadores de uma educação preventiva, suporte legal e moral no trabalho, com saúde e segurança garantidas, terão mais satisfação no trabalho e poucos motivos para absenteísmo e presenteísmo.

2 MATERIAIS E MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

Para o alcance dos objetivos propostos, optou-se um por uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, pois este tipo de estudo busca especificar propriedades, características e traços importantes de qualquer fenômeno e descreve tendências de um grupo ou população (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2010).

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo do tipo censo de uma empresa que terceiriza mão de obra para diversos segmentos do mercado.

2.2 Local

A pesquisa foi desenvolvida em uma empresa que terceiriza serviços, localizada no município do Rio de Janeiro, com uma média de 600 contratos e um efetivo de, aproximadamente, dez mil trabalhadores. Possui perto de 638 categorias profissionais/funções catalogadas pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), para atender o mercado, e possui os Sistemas de Gestão da Qualidade - SGQ - para as certificações ISO 9001, ISO 14001 e OHSAS 18001.

A gestão da qualidade é uma reunião de técnicas e modelos de gerenciamento que visam a qualidade, tanto no setor de manufatura, como no setor de serviços (LAGROSEN; LAGROSEN, 2003). O Sistema de Gestão da Qualidade é uma forma de gestão definida pela alta direção, que se fundamenta na identificação de requisitos dos clientes, padronização de processos e melhoria contínua (UENO, 2008). A norma ISO 9001 é um padrão certificável de qualidade que foca principalmente na obtenção de processos eficazes e clientes satisfeitos. Como processos afins de gestão que foram fortemente influenciadas pela ISO 9001, temos a ISO 14001 de Gestão Ambiental e a OHSAS 18001:2007 (*Occupational Health and Safety Assessement Series*) de Saúde e Segurança do Trabalho que fornece requisitos mínimos para os sistemas de gestão de segurança e saúde do trabalho. Ela também se baseia no ciclo PDCA, como as normas ISO 9001 e ISO 14001(CARVALHO; MIGUEL, 2012).

O regime de contrato de trabalho dos trabalhadores ativos da empresa é regido pela CLT, com jornada de trabalho de 44 horas semanais, em diferentes turnos e horários, de acordo com a necessidade de cada contrato.

Em conformidade com a NR nº 04 (BRASIL, 2005), a empresa mantém o SESMT, composto por uma enfermeira do trabalho, com jornada de trabalho de 8 horas diárias, 02 técnicos de Enfermagem do Trabalho, 05 médicos do trabalho, 26 técnicos em segurança do trabalho e dois engenheiros de segurança do trabalho. O serviço desta equipe é destinado ao desenvolvimento de ações técnicas, integradas às práticas de segurança, saúde e meio ambiente de trabalho. O acompanhamento interno da saúde dos trabalhadores é feito por meio da assistência direta, realizada através dos exames ocupacionais previstos na NR nº 07.

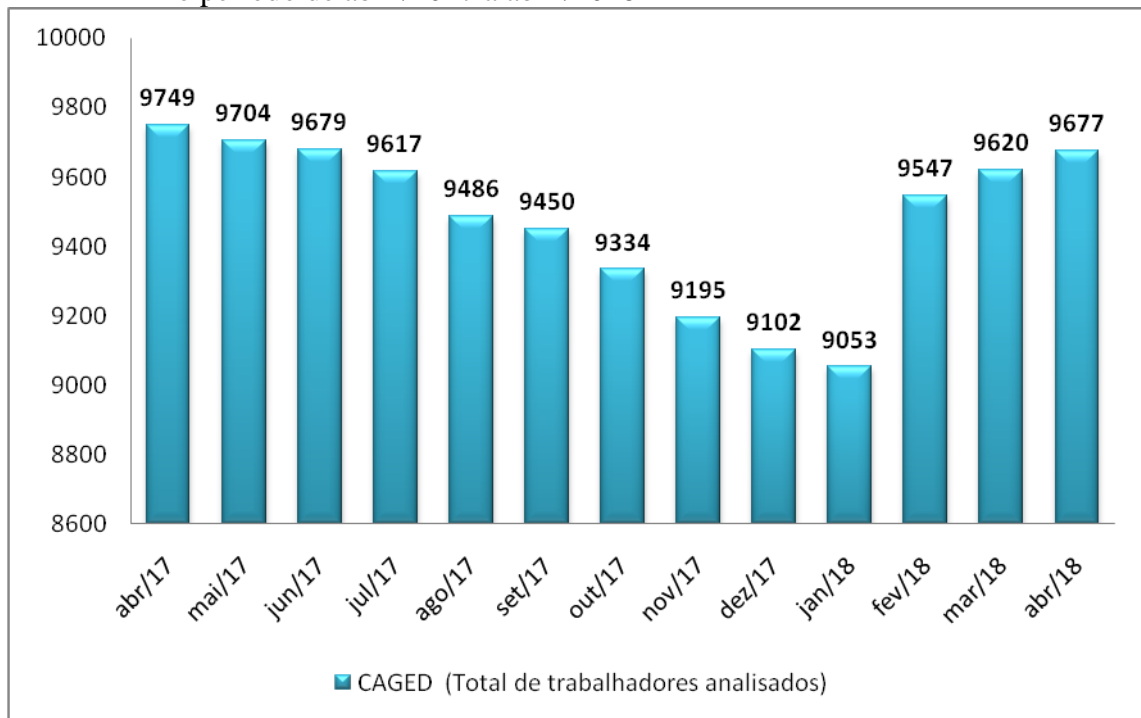
2.3 População e amostra

A população amostral a ser estudada está inserida no universo de trabalhadores ativos da empresa, devidamente registrados conforme determina CLT nas suas diversas categorias profissionais devidamente catalogadas pela CBO. Foram inseridos todos os trabalhadores que apresentaram afastamento de suas atividades laborais, com apresentação de atestados médicos, durante um período de até 15 dias, através de registros do banco de dados da empresa.

O levantamento dos dados foi captado mensalmente, com base no Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), que deve ser informado compulsoriamente ao governo.

O CAGED foi criado pelo governo federal por meio da Lei nº 4923/65, que instituiu o registro permanente de admissões e desligamentos de empregados sob o regime da CLT. Esta ferramenta é utilizada para conferir os dados do sistema de seguro desemprego e serve como base para que o governo elabore pesquisas, programas, estudos e projetos relacionados ao mercado de trabalho.

Gráfico1 - Total de trabalhadores terceirizados por mês de uma empresa do Rio de Janeiro no período de abril/2017 a abril/2018



Fonte: A autora, 2018.

A classificação ocupacional dos trabalhadores define a qualificação da população em estudo e suas características profissionais.

Pode-se fazer um paralelo entre ocupação e atividade, em conformidade com o MTE. Em uma publicação de fevereiro de 2016, no portal do Fundo do Amparo ao Trabalhador, há uma descrição de base conceitual de ocupação, como sendo um conceito construído por analistas ocupacionais e afirma que, na realidade, o que existe são as atividades exercidas pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho. (MTE, 2018).

A expressão CBO significa um documento que retrata a realidade das profissões do mercado de trabalho brasileiro. Foi instituída com base legal pela Portaria nº 397, de 10 de outubro de 2002. Os dados dessa classificação (CBO) alimentam as bases estatísticas de trabalho e servem de subsídio para a formulação de políticas públicas de emprego.

Para criar uma linearidade entre os trabalhadores da empresa, a população estudada foi dividida de acordo com o segmento da atividade, por ser tratar de uma empresa de terceirização de serviços que possui diversos cargos. Os serviços prestados estão nas áreas de limpeza, manutenção de áreas verdes, manutenção predial, atividades administrativas diversas, telefonia, brigada de incêndio, dentre outros, como se pode verificar no quadro a seguir.

Quadro 2 - Representação de cargos dos trabalhadores da empresa terceirizada do Rio de Janeiro, RJ – 2018 (continua)

AJUD.ELETRICISTA	CHEFE DE PRODUCAO
AJUD.LANTERNEIRO	CHEFE DE SEÇÃO
AJUDANTE	COLETOR DE RESIDUOS
AJUDANTE DE LABORATORIO	CONFERENTE
ALMOXARIFE	COPEIRA LIDER
ANAL DE DESENV. DE SIST.	COPEIRO(A)
ANALISTA DE GESTAO	ELETRICISTA
ANALISTA DE GESTAO E DESENV	ENCARREGADO GERAL
ANALISTA DE LOGISTICA E QUALIDADE	ENFERMEIRA SUPERV DE HIGIENIZACAO
ANALISTA DP I	ESPEC. DE GESTAO E DESENV.INSTITUCIONAL
APRENDIZ – AUX.ADM.	ESTOFADOR
ARTIFICE	GARCONETE
ASCENSORISTA	INSPETOR DE SERVIÇOS
ASG – MANUTENÇÃO	JARDINEIRO
ASG COPEIRA	LAVADOR DE AUTO
ASG MOVIMENTADOR DE CARGA	LIDER DE TURMA
ASSESSOR TECNICO	LIDER PORTARIA
ASSIST COMERCIAL	LIMPADOR DE VIDRO
ASSIST.DE GESTAO E DESENV.	LUSTRADOR
ASSIST.DE GESTAO E DESENV.INSTITUC.	MARCENEIRO
ASSIST.DE GESTAO E DESENV.INSTITUC. II	MECANICO DE REFRIGERACAO
ASSIST.GDI.JR I	MEIO OFICIAL DE MANUT
ASSIST.GDI.PLENO	MENSAGEIRO(A)
ASSISTENTE ADM SR	MONTADOR
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	MUSICOTERAPEUTA
ASSISTENTE DE CONTRATO	OFIC EDITOR ELETR TEXTO(TINTA/BRILLE)
ASSISTENTE DE DP II	OFICIAL DE ENCADERNACAO
ASSISTENTE DE COMPRAS E MATERIAIS	OFICIAL DE REVISAO BRAILE
ATENDENTE DE AMBULATORIO	OP. MICROTRATOR
AUX.ALMOXARIFADO	OPER ROCADEIRA
AUX.DEPOSITO	OPER.DE VARREDEIRA
AUX.ESCRITORIO	OPERADOR DE GUILHOTINA INDUSTRIAL
AUX.JARDINAGEM	OPERADOR DE MESA TELEFONICA
AUX.SERV GERAIS	OPERADOR DE MOTOSERRA
AUXILIAR CONTABIL	OPERADOR(A) DE TELEATENDIMENTO
AUXILIAR DE FATURAMENTO	PADIOLEIRO
AUXILIAR DE ADMINISTRACAO HOSPITALAR	PATINADOR(A)
AUXILIAR DE CRECHE	PINTOR
AUXILIAR DE DP	PORTEIRO
AUXILIAR DE ELETROMECANICA	RECEPCIONISTA
AUXILIAR DE FATURAMENTO	SERRALHEIRO
AUXILIAR DE LOGISTICA	SERVENTE

Quadro 2 - Representação de cargos dos trabalhadores da empresa terceirizada do Rio de Janeiro, RJ – 2018 (conclusão)

AUXILIAR DE MONTAGEM	SUPERVISOR DE QUALIDADE
AUXILIAR DE OFICINA	SUPERVISOR(A)
AUXILIAR DE RECRUTAMENTO	TEC.SEG.TRABALHO
AUXILIAR DE TESOUREARIA	TECNICA DE ENFERMAGEM
AUXILIAR OPERACIONAL I	TECNICO DE INOVACAO E OPERACOES FARMACEUTICAS 1 III
BOMBEIRO HIDRAULICO	TECNICO DE SECRETARIADO
BOMBEIRO HIDROSSANITARIO	TECNICO DE SEGURANCA DO TRABALHO
BORRACHEIRO	TECNICO DE TI
CAMAREIRA(O)	TERAPEUTA OCUPACIONAL

Fonte: A autora, 2018.

2.4 Coleta de dados e análise

Inicialmente, o tema e objetivos da pesquisa foram apresentados à diretora médica do serviço de saúde da empresa, para apreciação e autorização para o desenvolvimento da pesquisa (Anexo A). Após a autorização, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de origem, através da Plataforma Brasil, em conformidade com a Resolução 466/12 do CNS/MS, que regulamenta estudos envolvendo seres humanos, cujo parecer foi aprovado em outubro de 2018 na versão 03, CAAE: 93038218.6.0000.5282, Número do Parecer: 2.929.353.

Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, os dados foram coletados e analisados entre os meses de outubro e novembro de 2018, partir do *software* TOTVS - RM Sistemas, que é utilizado pela empresa estudada para o cadastramento e armazenamento de dados, não possuindo um *software* de gestão ocupacional.

A partir desse *software* foram traçadas variáveis baseadas nos objetivos da pesquisa, considerando os dados Função em conformidade com a CBO; Data de Nascimento; Estado Civil; Sexo; Nacionalidade; Naturalidade; Escolaridade; Etnia; Dias de Afastamento por atestados médicos; Dias de Afastamento sem atestados médicos; Salário e Código do contrato sob o qual o trabalhador desenvolve suas atividades laborativas.

Esses dados foram transferidos para uma planilha eletrônica no Microsoft Excel 97-2003 e foram inseridas às fórmulas para conseguir as informações de faixa etária, custo do afastamento (salário/nº de dias do mês x nº de dias de afastamento). O índice de absenteísmo que teve como base a fórmula proposta por Chiavenato (2002):

$$\text{Índice de absenteísmo} = \frac{\text{nº de homens/dias perdidos por ausência ao trabalho}}{\text{Efetivo médio} \times \text{nº de dias de trabalho}} \times 100$$

A planilha gerada para análise desta pesquisa compreende o período de abril de 2017 e término em abril de 2018, sendo analisadas sob o crivo dos objetivos desta proposta de dissertação e o suporte teórico. A apresentação dos dados foram feitas por gráficos e tabelas.

Assim, a apresentação dos dados almeja a elaboração da interpretação que consistirá no contrabalanço dos dados analisados com a teoria. O processo de análise e interpretação segue a ordem: agrupamento dos dados, codificação, tabulação, classificação, análise e interpretação dos dados.

As estratégias de prevenção serão elaboradas a partir das premissas teórico-práticas da promoção da saúde e dos protocolos que o enfermeiro do trabalho pode aplicar para promover o bem-estar dos trabalhadores dentro da empresa, viabilizando a inovação do processo de trabalho.

As conclusões foram extraídas dos resultados e discussão, considerando os maiores índices de absenteísmos, custos e medidas gerais de prevenção nos afastamentos por atestados médicos de até 15 dias.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise e discussão dos dados apresentados compreendem um período de 13 meses (abril de 2017 a abril de 2018) de uma empresa privada urbana do Estado do Rio de Janeiro, sendo analisado uma média de 9.478 trabalhadores/mês.

3.1 Caracterização sociodemográfica

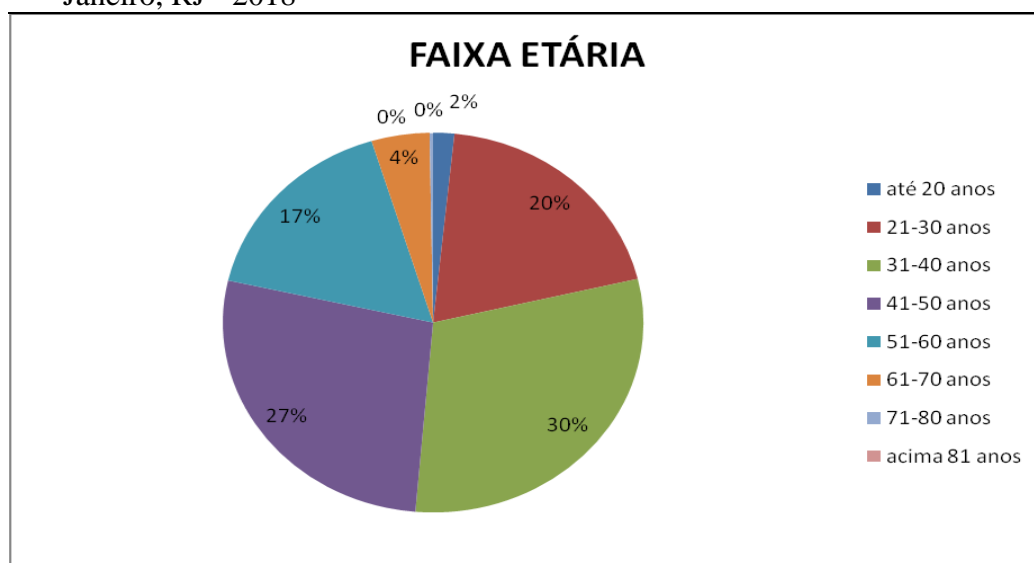
Fez-se necessário o levantamento sociodemográfico, para entender o perfil da população estudada.

3.1.1 Faixa etária

Segundo o SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS (2017), em 2016, as micro e pequenas empresas admitiram 9 milhões de trabalhadores, 60% a mais que as médias e grandes empresas, que contrataram cerca de 5,7 milhões de empregados. Embora a distribuição das contratações por faixa etária tenha sido semelhante nesses dois nichos, as contratações das micro e pequenas empresas superaram as das médias e grandes empresas em todas as faixas etárias. As faixas etárias em que foram observadas maiores contratações foram a “de 25 a 39 anos” e a de “até 24 anos”. Nessas duas faixas, as micro e pequenas empresas contrataram, respectivamente, 4,3 milhões e 2,8 milhões de trabalhadores e as médias e grandes empresas, 2,7 milhões e 1,8 milhões de empregados.

Não distante dessa realidade, identificou-se que a idade média estudada dos trabalhadores girou em torno de 16 a 83 anos, sendo a distribuição por faixa etária até 20 anos, igual a 2%; de 21 a 30 anos, igual a 20%; de 31 a 40 anos, igual a 30%; de 41 a 50 anos, igual a 27%; de 51 a 60 anos, igual a 17%; de 61 a 70 anos, igual a 4%; de 71 a 80, igual a 0% e acima de 80, igual a 0%.

Gráfico 2 - Percentual por faixa etária de trabalhadores de uma empresa terceirizada do Rio de Janeiro, RJ - 2018

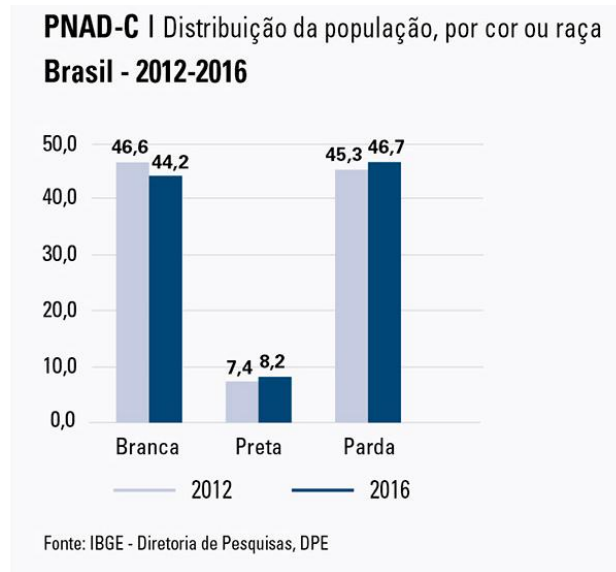


Fonte: A autora, 2018.

3.1.2 Etnia

Nas pesquisas domiciliares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a etnia dos moradores é definida por autodeclaração, ou seja, o próprio entrevistado escolhe uma das cinco opções do questionário: branco, pardo, preto, amarelo ou indígena. De acordo com os dados fornecidos pelo IBGE (2016), entre 2012 e 2016, a população brasileira cresceu 3,4%, chegando a 205,5 milhões. O número dos que se declaravam brancos teve uma redução de 1,8%, totalizando 90,9 milhões. Já o número de pardos autodeclarados cresceu 6,6% e o de pretos, 14,9%, chegando a 95,9 milhões e 16,8 milhões, respectivamente. A pesquisa mostra que, entre 2012 e 2016, a participação percentual dos brancos na população do país caiu de 46,6% para 44,2%, enquanto a participação dos pardos aumentou de 45,3% para 46,7% e a dos pretos, de 7,4% para 8,2%.

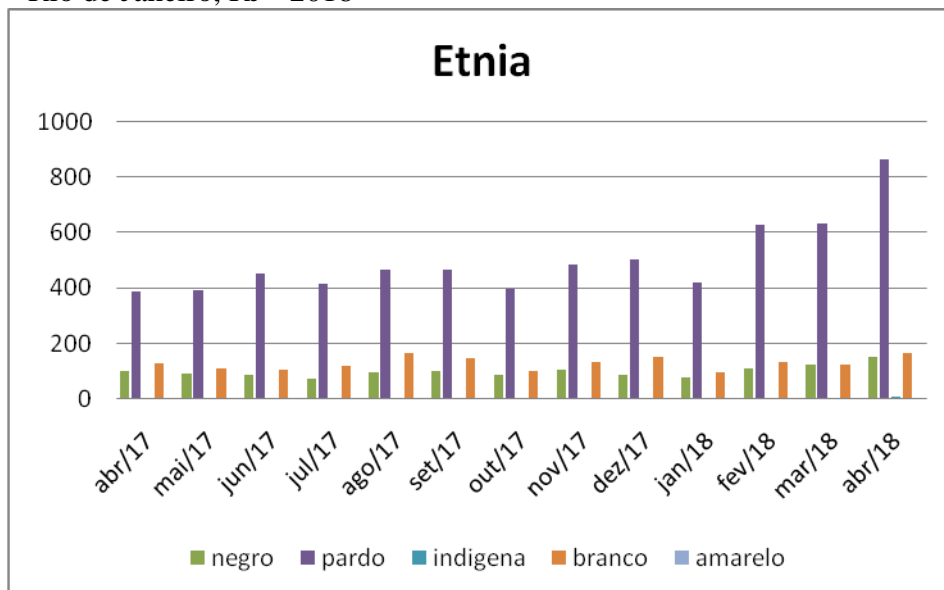
Gráfico 3 - Distribuição da população por cor ou raça – Brasil - 2012-2016



Fonte: IBGE, 2017.

Ao analisar a etnia dos trabalhadores da empresa de terceirização, conseguiu-se perceber o reflexo da sociedade, observando um maior número de pardos na população estudada.

Gráfico 4 - Distribuição de trabalhadores terceirizados por número e etnia de uma empresa no Rio de Janeiro, RJ - 2018



Fonte: A autora, 2018

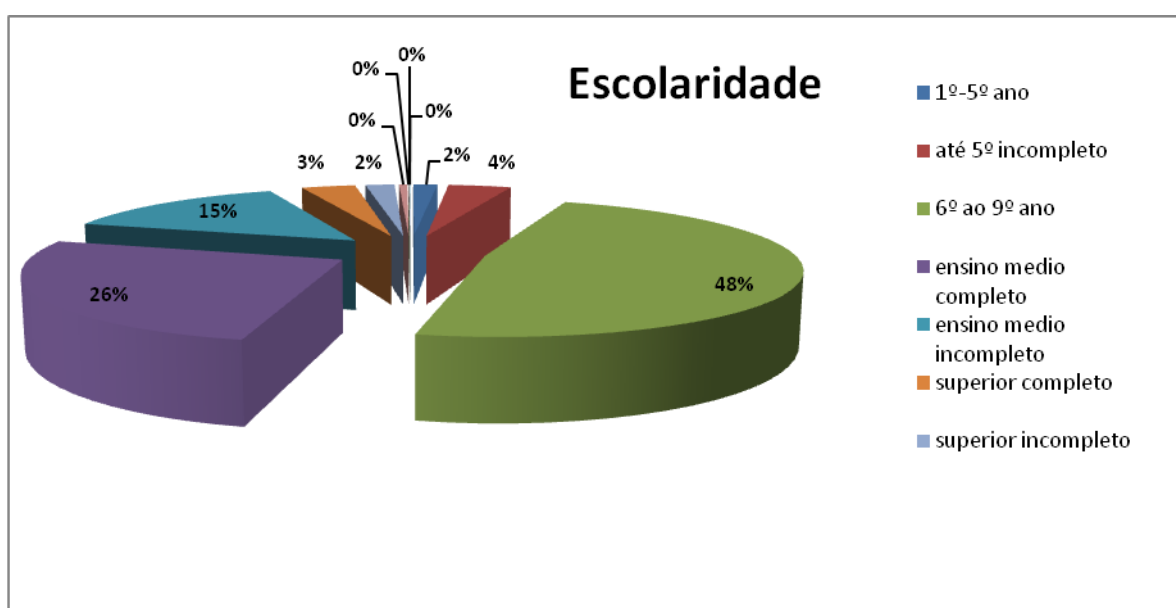
3.1.3 Escolaridade

A educação é um fator indispensável para que haja desenvolvimento econômico. Para que haja mudanças no mercado de trabalho, como destaca Ramos (2007), é imprescindível investimentos no sistema educacional, quando fala sobre a importância da escolaridade como redutor da desigualdade de renda, observando que a melhora na distribuição de renda ocorre por mudanças na oferta e na demanda de qualificação no mercado de trabalho.

No Brasil, segundo o IBGE (2006), a taxa de analfabetismo entre as pessoas com mais de 15 anos é de 10,4%. Já em relação à escolaridade, 26,5% das mulheres e 23,1% dos homens têm 11 anos ou mais de estudo. A média de analfabetismo entre os países da América do Sul é de 6,02% (dados da Cepal - Comissão Econômica para América Latina e Caribe/2005). Segundo o IBGE, no final de setembro de 2007, o percentual de brasileiros que não sabem ler e escrever é inferior apenas ao da Bolívia, onde a taxa de analfabetismo foi de 11,7%, em 2005, (dados do Cepal) e muito superior à média da região (IBGE, 2003).

Percebe-se que o grau de escolaridade da empresa estudada apresenta maior percentagem nos trabalhadores com escolaridade até o 9º ano do ensino fundamental, correspondendo a 48%, seguido de 26% do ensino médio.

Gráfico 5 - Percentual de trabalhadores terceirizados por grau de escolaridade de uma empresa do Rio de Janeiro, RJ - 2018



Fonte: A autora, 2018.

3.1.4 Gênero

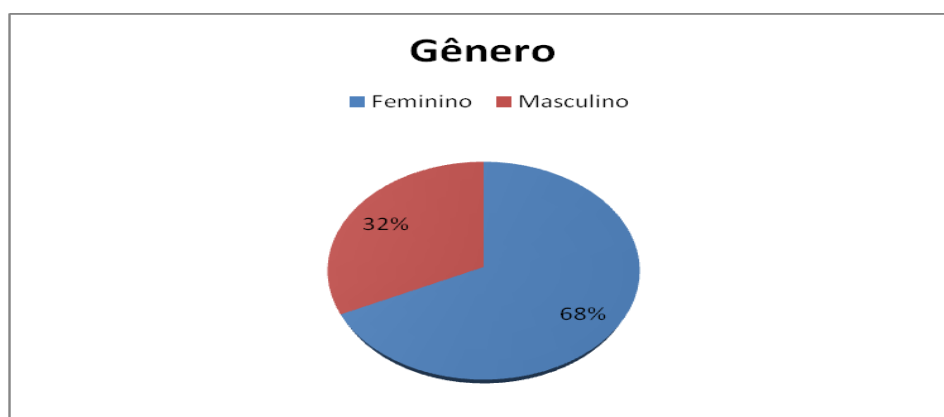
Nas últimas décadas, pode-se observar que a inserção das mulheres no mercado de trabalho formal apresentou uma tendência de crescimento em todos os níveis geográficos. Diversos estudos são desenvolvidos sobre o assunto e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA - assume, a partir da década de 1990, papel relevante na produção de informações e reflexões sobre as desigualdades de gênero e raça no país.

A maioria da população feminina sempre trabalhou. Os primeiros dados oficiais de que se tem conhecimento apontam que, em 1872, elas representavam 45,5% da força de trabalho. Nesta época, a partir do Censo Demográfico de 1872, as mulheres estavam empregadas, predominantemente, na agropecuária (35%), nos serviços domésticos em lar alheio (33%) ou no serviço de costura por conta própria (20%). Após 1920, reduz-se drasticamente a participação econômica ativa - PEA - feminina¹ (IPEA, 2016).

De acordo com o relatório de “Perspectivas Sociais e de Emprego no Mundo: tendências para mulheres 2018” (OIT, 2018), a taxa global de participação das mulheres na força de trabalho ficou em 48,5% em 2018, 26,5 pontos percentuais abaixo da taxa dos homens. O relatório também destaca algumas políticas públicas que contribuem para aumentar a participação feminina no mercado de trabalho, por permitir que elas continuem a trabalhar após terem filhos, como o direito à licença remunerada e a volta ao mesmo trabalho, após o fim da licença, e o oferecimento de creches a preços acessíveis. Então, percebe-se que a mulher está ainda buscando um lugar no mundo do trabalho e construindo a sua história.

Analisando a média da população estuda, há a predominância no gênero feminino, com 68%, enquanto o gênero masculino corresponde a 32%.

Gráfico 6 - Percentual de trabalhadores terceirizados por gênero de uma empresa no Rio de Janeiro, RJ - 2018



Fonte: A autora, 2018.

Jamati (1962), em suas investigações acerca do absenteísmo em indústrias, aponta para o fato de que o índice de absenteísmo das mulheres no trabalho é maior do que o dos homens:

[...] quaisquer que sejam as cifras sobre absenteísmo que se consulte a respeito dos diversos ramos econômicos dos diversos países, sempre poderá comprovar-se que o absenteísmo das mulheres é superior ao dos homens (JAMATI, 1962).

Relata, ainda, que quando há filhos, o número de faltas pode ser frequente.

A participação das mulheres no mercado de trabalho é dada, não somente, pelas condições do mercado, pela estrutura do emprego ou pelo nível de desenvolvimento da sociedade, mas, também, por sua posição na família e pela classe social à qual pertence o grupo doméstico. Filha, esposa ou mãe, a cada etapa do ciclo de vida familiar, corresponderão a determinadas necessidades e possibilidades de trabalho que, dadas as oportunidades oferecidas pelo mercado, definirão a situação da mulher em relação às atividades produtivas (BRUSCHINI, 1989).

O trabalho doméstico e a educação dos filhos ficavam, apesar das lutas femininas, e ainda ficam, de certo modo, relegados à categoria não-trabalho, de atividades inerentes à sua condição feminina e que, no entanto, implicam desgaste físico, mental e um grande número diário de horas trabalhadas, para um grande contingente de mulheres, no Brasil (COCCO, 1997).

Esta afirmação indica a importância que a empresa, através do serviço de Atenção ao Trabalhador, dê prioridade às condições de trabalho com ênfase nas características da mulher e possíveis injúrias provocadas pelo tipo de trabalho.

3.2 Análise do absenteísmo

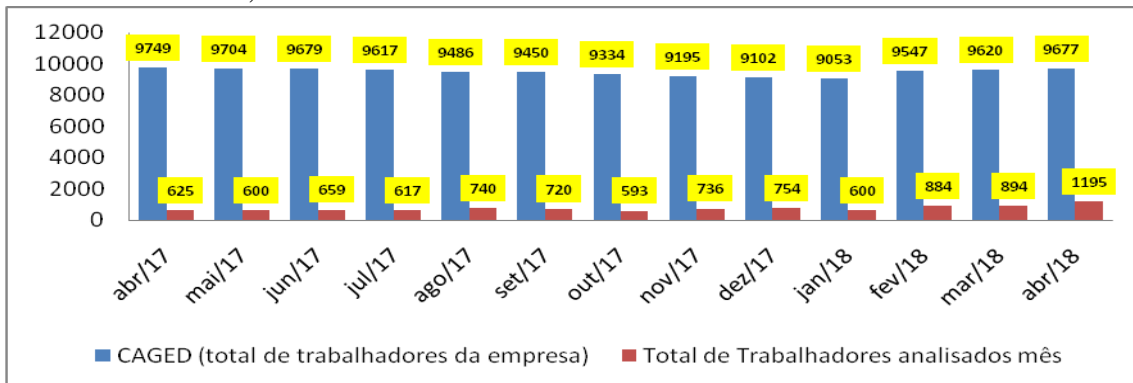
O absenteísmo é uma realidade no mundo do trabalho e é representado pela ausência do trabalhador. Esta ausência é contemplada na legislação através dos artigos da CLT, tais como: atrasos, saídas antecipadas ou intermediárias (artigo 58 da CLT); suspensões disciplinares (artigo 482 da CLT); perdas de descansos semanais remunerados (Lei 605/49, regulamentada pelo Decreto 27.048/49); atestados médicos parciais ou integrais do empregado (artigo 11 do Decreto 27.048/49), causados por doenças comuns (artigo 72 do Decreto 27.048/49), ocupacionais ou acidentes do trabalho (anexo IV do Decreto 3.048/99) e atestados médicos parciais ou integrais para acompanhamento de filhos (Precedente Normativo nº 95 do TST).

Essas ausências geram um impacto nas instituições, de acordo com a categoria profissional de cada empresa, e podem causar impactos monetários na organização, quando identificada a necessidade deste profissional estar presente no trabalho, pois cada pequena redução nesse índice, pode trazer razoável perda de economia à organização (CHIAVENATO, 2000).

O absenteísmo só pode ser teoricamente representado, por isso tem-se que medir, analisar e propor medidas para mitigar as faltas e seus impactos na organização. Pretende-se aqui analisar o panorama das faltas, o índice de absenteísmo e o custo das faltas encontradas na empresa estudada.

Consegue-se observar no Gráfico 7, a relação total de trabalhadores da empresa e o número de trabalhadores analisados mensalmente no período de treze meses, tendo uma média mensal de 9.478 trabalhadores ativos e 740 trabalhadores afastados, o que corresponde a 7,8%.

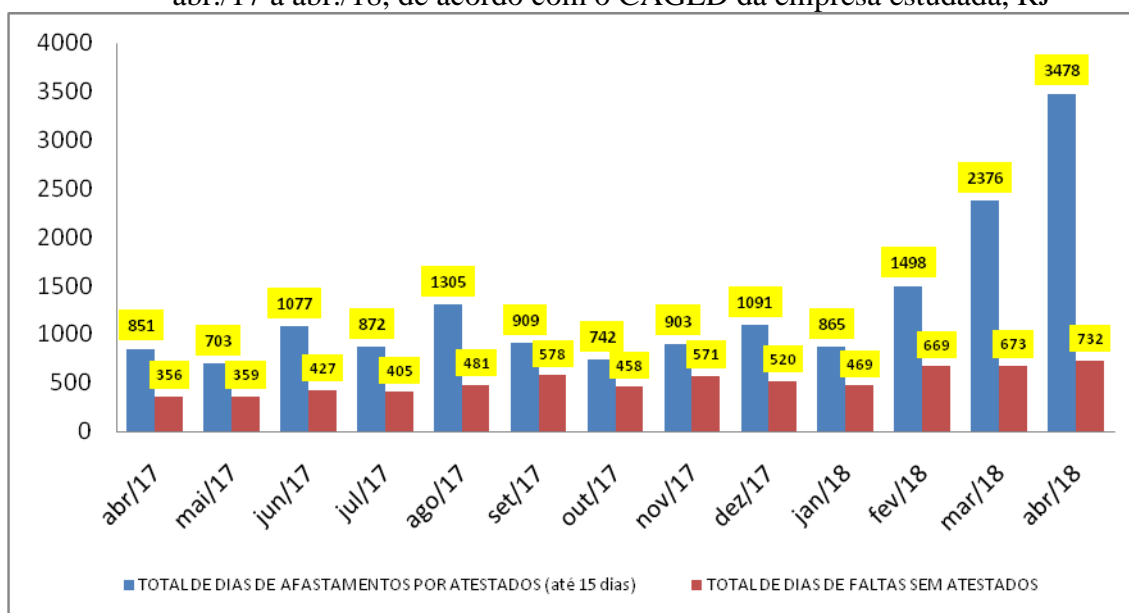
Gráfico 7 - Distribuição de afastamentos de trabalhadores terceirizados por número e meses do período de abril/17 a abril/18 da empresa de terceirização de serviços, Rio de Janeiro, RJ - 2018.



Fonte: A autora, 2018.

Consegue-se observar que os afastamentos mediante atestados médicos por até 15 dias são maiores que os afastamentos por faltas sem justificativas. A falta por atestado médico abona as faltas ao trabalho através do Decreto 27.048/49, que aprova o regulamento da Lei 605/49, no artigo 12, §1º e 2º, que dispõe sobre as formas de abono de faltas mediante atestado médico. Entretanto, não se pode perder de vista os atestados por até 15 dias, pela não obrigatoriedade de notificação ao Instituto Nacional do Seguro Social, pois pode-se correr o risco de não se perceber o processo/surgimento dos agravos da saúde dos trabalhadores, impactando no custo e produtividade. No Gráfico 8, apresenta-se os afastamentos com e sem atestados médicos, para demonstrar o impacto do número de dias perdidos.

Gráfico 8 - Distribuição de trabalhadores terceirizados total e nº de absenteísmo/mês, de abr./17 a abr./18, de acordo com o CAGED da empresa estudada, RJ



Fonte: A autora, 2018.

Também se identificou que o número de faltas nos meses de março e abril de 2018 apresentaram um maior índice e, conseqüentemente, o maior custo, porém não foi possível identificar as causas dos afastamentos devido à falta no Código Internacional de Doenças (CID) nos atestados médicos inferiores a 15 dias.

Quanto aos trabalhadores diretamente vinculados à empresa e regidos pela CLT, esses possuem o direito, durante os primeiros 15 dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, a salário integral, pago pela empresa. Se o afastamento ultrapassar os 15 dias, consecutivos ou não, o segurado deverá ser encaminhado à perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social, em conformidade aos direitos previdenciários que o trabalhador segurado tem (BRASIL, 2006).

As ausências do trabalho por doença são consideradas um significativo problema de saúde pública e têm um impacto importante na economia. Perda de produtividade, possibilidade de perda do emprego, necessidade de substituição da mão de obra e custos com seguro de saúde são descritos como repercussões diretas sobre a sociedade (ROELEN et al., 2006).

No estudo não foi possível levantar o padrão de causas das ausências, como patologias de trabalho e fatores pessoais (estresse, falta de motivação, sobrecarga, etc.), porque as informações coletadas foram extraídas do *software* do banco de dados da empresa e, como

não é obrigatório o fornecimento do CID nos atestados médicos, os registros dos atestados são realizados somente com número de dias de afastamento.

As ausências comprovadas por atestado médico minimizam a influência de fatores comportamentais ou condição social nas estatísticas sobre afastamento do trabalho por doença (VAHTERA, 2005). Portanto, a ausência do diagnóstico e a incompatibilidade entre queixa e diagnóstico, em alguns atestados, interferem negativamente nas análises epidemiológicas e influenciam na definição de políticas de promoção de saúde da empresa.

A avaliação dos afastamentos de curta duração pode fornecer informações a respeito do perfil de saúde e adoecimento de um grupo de trabalhadores. Não existe consenso, na literatura científica, sobre a definição de afastamento de curta duração, sendo que sua caracterização depende das leis trabalhistas e normas específicas vigentes em cada país e instituição (REIS, 2003).

A resolução 1.819/2007, do Conselho Federal de Medicina, veda a colocação do CID em atestados em certas situações, especialmente quando a doença puder vir a ser alvo de qualquer espécie de preconceito, assim, muitos passaram a sustentar a ilegalidade da exigência do CID nos atestados, bem como a consequente recusa destes.

A não obrigatoriedade da colocação do CID está gerando alguns conflitos, pois as empresas precisam saber qual o motivo do afastamento para propor medidas preventivas, mas se o trabalhador apresentar um atestado sem CID, a empresa deve receber o documento e abonar seus dias. Ao aceitar o atestado, a empresa mesmo sem ter conhecimento do CID, deverá arcar com os custos.

O art. 75, §§ 4º e 5º do Decreto 3.048/99 dispõe que caso o empregado, dentro do prazo de 60 dias, fique afastado de suas atividades laborativas, ainda que de forma descontínua por mais de 15 dias pela mesma doença, deverá ser afastado e encaminhado para perícia da Previdência Social para averiguação do cabimento ou não do auxílio-doença.

Esses afastamentos podem ser monitorados e mensurados através de um indicador de absenteísmo, que diz respeito a controlar e gerenciar as ausências nos momentos em que os colaboradores se encontram em seu tempo programado de jornada de trabalho. O índice de absenteísmo, segundo Alves (1996), é um indicador da baixa qualidade de vida do profissional na organização, caso este esteja em níveis elevados.

Para mensurar o índice do absenteísmo, utiliza-se a fórmula proposta de Chiavenato (2000) e encontra-se valores aceitáveis, de acordo com a literatura.

Em Portugal, observa-se um aumento das taxas de absentismo e calcula-se que, por dia, um milhão de trabalhadores sofra um acidente no local de trabalho e cinco mil e quinhentos morram de doença relacionada com o trabalho. Economicamente falando, estima-se que o custo anual com acidentes e doenças relacionados com o trabalho, em Portugal, ultrapasse os 4% do Produto Interno Bruto Global (BORGES; FERNANDES, 2007). Em termos mais abrangentes, de acordo com um estudo publicado em 2010 pela Fundação Europeia para Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho sobre os padrões de absentismo na UE27 e na Noruega, as taxas médias de absentismo na Europa variam entre 3% e 6 % e calcula-se que o seu custo atinja cerca de 2,5% do PIB.

No quadro abaixo, identifica-se que, na empresa estudada, encontra-se uma média 0,6% de absentismo por atestados médicos.

Quadro 3 - Distribuição de trabalhadores terceirizados por mês/ano, segundo CAGED, afastamentos por até 15 dias e percentual de absentismo da empresa estudada. Rio de Janeiro, RJ - 2018.

Mês/Ano	Total de Trabalhadores analisados	CAGED	Dias de afastamentos inferior a 15 dias	Taxa de absentismo
abr/17	625	9749	851	0,42%
mai/17	600	9704	703	0,33%
jun/17	659	9679	1077	0,51%
jul/17	617	9617	872	0,45%
ago/17	740	9486	1305	0,63%
set/17	720	9450	909	0,42%
out/17	593	9334	742	0,36%
nov/17	736	9195	903	0,49%
dez/17	754	9102	1091	0,57%
jan/18	600	9053	865	0,43%
fev/18	884	9547	1498	0,78%
mar/18	894	9620	2376	1,12%
abr/18	1195	9677	3478	1,63%

Fonte: A autora, 2018.

Essa média de absentismo, comparada a de outros países, encontra-se dentro dos índices aceitáveis. Danatro (1994) explica que os índices de absentismo podem variar entre países e exemplifica o Oeste da Europa, onde os índices são duas vezes mais altos do que no Japão e nos Estados Unidos. Além da diferença entre países, também ressalta a diferença do

índice de absenteísmo relacionada às características específicas do trabalho desenvolvido, ao número de horas trabalhadas, ao sexo, à empresa e à ocupação dos empregados. Atrelado à taxa de absenteísmo vem sempre o impacto financeiro.

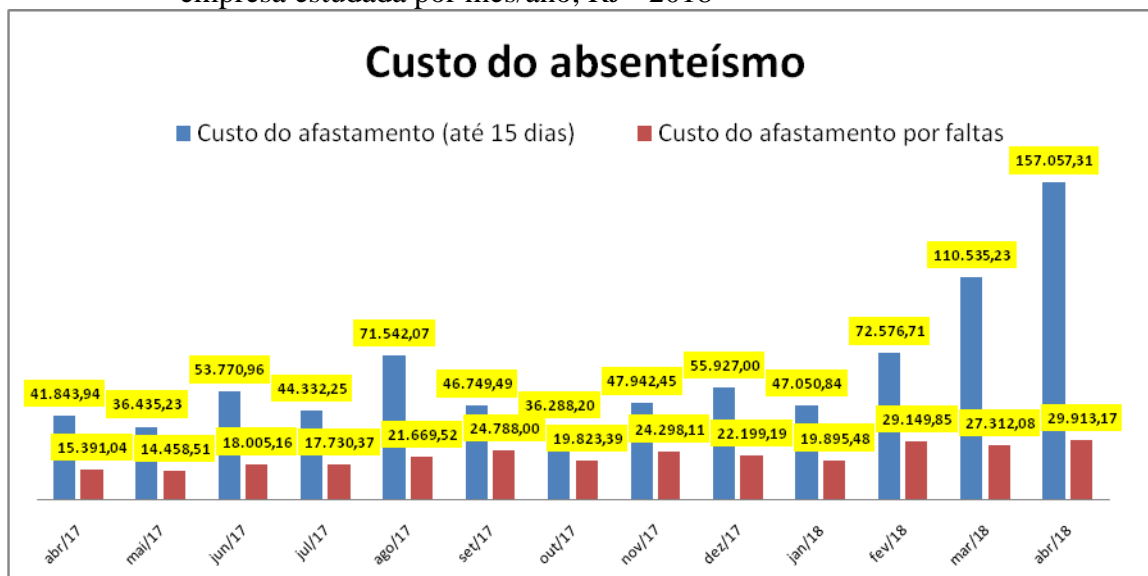
Se levar em consideração os gastos da Previdência Social, identifica-se o comprometimento de cerca de 25% do orçamento do Governo Federal. No exercício de 2015, foram contabilizados 1.665.934 auxílios-doença concedidos pela Previdência Social, movimentando cerca de R\$ 2 bilhões de reais (MENDES, 2018). Por isso, é de suma importância mapear as causas dos afastamentos por até 15 dias, para prevenir doenças e reduzir gastos.

Quadro 4 - Distribuição de trabalhadores terceirizados por mês/ano, custo do afastamento por até 15 dias e custo do afastamento sem atestado da empresa estudada, RJ - 2018

Mês/Ano	Custo do afastamento (até 15 dias)	Custo do afastamento sem atestados
abr/17	R\$ 41.843,94	R\$ 15.391,04
mai/17	R\$ 36.435,23	R\$ 14.458,51
jun/17	R\$ 53.770,96	R\$ 18.005,16
jul/17	R\$ 44.332,25	R\$ 17.730,37
ago/17	R\$ 71.542,07	R\$ 21.669,52
set/17	R\$ 46.749,49	R\$ 24.788,00
out/17	R\$ 36.288,20	R\$ 19.823,39
nov/17	R\$ 47.942,45	R\$ 24.298,11
dez/17	R\$ 55.927,00	R\$ 22.199,19
jan/18	R\$ 47.050,84	R\$ 19.895,48
fev/18	R\$ 72.576,71	R\$ 29.149,85
mar/18	R\$ 110.535,23	R\$ 27.312,08
abr/18	R\$ 157.057,31	R\$ 29.913,17

Fonte: A autora, 2018

Gráfico 9 - Representação do custo do absenteísmo dos trabalhadores terceirizados da empresa estudada por mês/ano, RJ - 2018



Fonte: A autora, 2018.

Na empresa estudada, o custo dos afastamentos mediante apresentação de atestados médicos durante o período de 13 meses (abril de 2017 a abril de 2018) foi de R\$ 907.436,98, ressaltando que esse custo “não programado” é uma realidade que ainda não tinha sido mensurada e é de difícil diagnóstico, pois não se consegue rastrear os motivos devido à ausência de registro do CID, na maioria dos atestados médicos, conforme discutido anteriormente.

O custo ocasionado não se dá somente por gastos diretos. Há que se considerar, também, os custos indiretos representados pela diminuição da produtividade, aumento do custo da produção, desorganização das atividades, redução da qualidade do produto/serviço, diminuição da eficiência no trabalho, problemas administrativos, limitação de desempenho e, até mesmo, obstáculos para os gestores (SILVA, 2014).

Chiavenato (2006) explica que muitas organizações buscam combater o absenteísmo, atuando sobre os seus efeitos, como descontar dias perdidos ou ausentes ou ainda punindo os faltantes. No entanto, o autor ainda informa que a atual tendência é a de atuar sobre as causas, sendo que, para isso, é necessário diagnosticar as causas e seus determinantes.

Este estudo, todavia, vai servir de base para se tentar alternativas de controle das causas de afastamentos através de estratégias que poderão ser sugeridas à empresa. Neste sentido, deve ser elaborado um plano de controle de afastamento dos trabalhadores, tendo como estratégia um Programa de Saúde para os Trabalhadores - PST, visando a promoção da

saúde, prevenção de doenças e medidas saudáveis, tendo como foco a redução do absenteísmo na empresa e, conseqüentemente, garantindo a saúde e a satisfação do trabalhador, redução dos custos com afastamentos e aumento da produtividade da empresa que terceiriza serviços.

Ressalta-se que esta atividade nesta empresa é coordenada por uma enfermeira do trabalho e, como tal, ela poderá sugerir mudanças no âmbito da assistência à ST, cujo processo de controle do absenteísmo poderá ser implementado de acordo com a capacidade profissional e eficácia das funções que são peculiares ao enfermeiro do trabalho, assegurando, assim, a confiança da empresa no papel e na competência do Enfermeiro do Trabalho em saúde ocupacional.

3.3 Estratégias Prevencionistas

Criar uma cultura prevencionista, tendo como alicerce a Saúde e Segurança no Trabalho, no Brasil, é um desafio que várias empresas enfrentam. Oliveira (2003) relata que, para muitas empresas, a questão da segurança e saúde no trabalho não é tratada como deveria ser, tanto por parte da empresa, na pessoa de seus prepostos, quanto por parte dos trabalhadores.

No que diz respeito às dificuldades enfrentadas ou, até mesmo, à inviabilização da implantação dos programas de Saúde e Segurança no Trabalho, segundo o que se pode levantar, é que o ponto central é o envolvimento da alta direção da empresa e Programas de Saúde e Segurança no Trabalho voltados apenas para o atendimento à Legislação (OLIVEIRA, 2003).

No que diz respeito ao absenteísmo por atestados médicos por até 15 dias, percebe-se que não há uma preocupação efetiva no mapeamento, por isso se faz necessária a atuação do enfermeiro do trabalho na empresa. Ele possui condições para propor medidas objetivando detectar e controlar o absenteísmo a partir de um estudo sobre o número de funcionários, distribuição por setor, a produtividade por equipe aliados aos riscos ocupacionais existentes no ambiente (PORTO, 2016), apoiando-se no PPRA e PCMSO, fundamentados pela NR 09 e 07 respectivamente e associados a outras normas e legislações.

O enfermeiro do trabalho tem a responsabilidade primordial pela gestão da saúde e segurança do trabalhador, entendendo que o local de trabalho necessita de atenção na

promoção e proteção da saúde, na prevenção de doenças e agravos à saúde do trabalhador e no tratamento da doença e da lesão, se for o caso (ROGERS, 1997).

Para que o enfermeiro do trabalho comece a implantar uma cultura de prevenção ele não pode esquecer a filosofia que rege sua atividade, tendo como premissa prestar serviços de saúde ao trabalhador de forma individual ou coletiva, informando-o sobre condições e processos de trabalho perigosos e insalubres. Além disso, manter-se sempre atualizado e a par das investigações e da legislação vigente e compor de forma harmoniosa a equipe multidisciplinar que atende a saúde e segurança do trabalhador (ROGERS, 1997).

A Enfermagem do Trabalho tem que estar em harmonia com a filosofia da saúde pública, pois a prevenção constitui a pedra angular, tendo como principais objetivos:

- Promover, manter e restabelecer o bem-estar físico e psicossocial dos trabalhadores;
- Proteger o trabalhador contra riscos que possam ocorrer como consequência do trabalho;
- Incentivar e participar de uma cultura da empresa que apoie a saúde;
- Colaborar com os trabalhadores e dirigentes para garantir um ambiente de trabalho seguro (ROGERS, 1997, p. 64).

O enfermeiro do trabalho pode contribuir no gerenciamento do absenteísmo, procurando compreender as fontes geradoras. Para minimizar o absenteísmo nas organizações, a literatura aponta para a melhoria nas condições físicas e psicológicas de trabalho, comunicação transparente, aconselhamento, incentivos e ações preventivas para o bem-estar do colaborador, dentro e fora da empresa, sendo o absenteísmo um problema de gestão, cabendo aos gestores o papel importante da motivação da força de trabalho (PORTO 2016).

Souto (1980) ressalta que nas empresas onde há a nítida preocupação com a segurança e o bem-estar dos empregados no trabalho, incluindo assistência alimentar, os índices de absenteísmo apresentam-se como satisfatórios. Empresas que valorizam o empregado, oferecendo-lhes benefícios, apresentam um menor índice de absenteísmo, quando aquele percebe esta preocupação por parte da empresa. Outro fator minimizador, encontra-se nos sistemas de serviço médico e social próprios

Também não se pode desprezar os riscos ambientais, como os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho, que fazem parte do PPRA, instituído pela NR 9, considerando a natureza, a concentração ou intensidade e o tempo de exposição que são capazes de causar danos à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2006) e o PCMSO.

Segundo Dejours (1992), quando o trabalhador não consegue se adaptar às pressões do cotidiano de trabalho, ficam evidentes outros pontos, como a alta rotatividade de funcionários, o grande número de faltas e a maior procura por atendimento médico, uma vez que o sofrimento mental e a fadiga são inconvenientes de se manifestarem numa fábrica. Assim, somente a doença explícita é reconhecida. A consulta médica seria, portanto, uma forma de disfarçar o sofrimento mental que só seria percebido em seu último estágio de evolução: a doença mental em si. Para a empresa, a saúde do trabalhador só se tornaria uma preocupação quando houvesse uma interferência em sua eficácia e produtividade.

Para Barcaui (2010), as formas de sofrimento vêm acompanhando as novas formas de trabalho. O que tem mudado é que, com o decorrer dos anos, a sociedade, cada vez mais, começa a enxergar as consequências disso. Tendo em vista que as pessoas passam uma grande parcela de suas vidas no ambiente de trabalho, é inevitável que as condições vigentes, nesse ambiente, influenciem diretamente a qualidade de vida das pessoas.

Uma ferramenta poderosa que auxilia no mapeamento do absenteísmo é a ergonomia, pois ela consegue observar o contexto organizacional e de trabalho, permitindo identificar e avaliar como as diversas condicionantes tecnológicas, econômicas, organizacionais e sociais afetam o trabalho dentro da empresa e conduzem ao estabelecimento do quadro geral de necessidades da organização (GONTIJO; SOUZA, 1993).

Na situação de trabalho, os componentes analisados pela abordagem ergonômica são: o homem (trabalhador), a atividade e o ambiente de trabalho. As características individuais, tais como idade, sexo, estatura, peso, compleição física, capacidade visual e auditiva, habilidade motora, personalidade, resistência à fadiga, diferenças de formação profissional, dentre outras que podem interferir na forma de o indivíduo conviver no trabalho (DUL; WEERDMEESTER, 2004).

Outro fator que pode agravar a saúde do trabalhador é a predominância das cargas fisiológicas, evidenciadas pela manipulação de peso e adoção de posturas inadequadas, os movimentos repetitivos, assim como as cargas psíquicas, relacionadas à própria natureza do trabalho e aos mecanismos de controle e supervisão, sendo apontados como geradores de estresse, depressão e outros distúrbios psíquicos nos trabalhadores, incidindo em índices elevados de afastamento do trabalho.

No capítulo de conclusão e recomendação propõe-se uma estratégia de controle do absenteísmo com base na função gerencial do Enfermeiro do Trabalho.

CONCLUSÃO

Essa dissertação é resultado do diagnóstico do gerenciamento da Enfermagem do Trabalho à Saúde do Trabalhador, no que diz respeito à análise do absenteísmo/adoecimento dos trabalhadores de uma empresa privada de terceirização de serviços do estado do Rio de Janeiro. Tem como objetivos caracterizar o perfil profissional dos trabalhadores terceirizados; analisar os indicadores de absenteísmo na referida empresa; determinar custos relacionados aos afastamentos/ausências do trabalho; propor estratégias de prevenção do absenteísmo/doença a partir do gerenciamento do enfermeiro do trabalho, a partir da qualificação dos dados obtidos atenção.

O modo de condução desta pesquisa, a análise e a discussão dos seus resultados permitiram concluir que a falta de zelo adequado por parte da organização, tanto preventivo quanto corretivo do absenteísmo dos trabalhadores, geram diversos problemas à empresa, lembrando que se trata de uma empresa de terceirização de serviços, enquanto a contratante se concentra em seu negócio principal e passa a manter uma relação de parceria com o prestador de serviços.

De uma maneira geral, pôde-se identificar na população estudada que apresentou afastamento do trabalho características sociodemográficas com predominância em profissionais de limpeza e higienização, na faixa etária entre 31-40 anos, etnia parda, do gênero feminino com escolaridade até o 9º ano do ensino fundamental.

Com relação ao absenteísmo-doença, foi possível visualizar, no período de 13 meses, as perdas dos dias de trabalho justificadas por atestados médicos na população estudada, porém o estudo apresentou, como limitações o levantamento das causas do absenteísmo, devido a não obrigatoriedade da inclusão do CID nos atestados, e a falta de um *software* de gestão ocupacional, o que dificultou o diagnóstico preventivo dos agravos de saúde destes trabalhadores.

Foram analisados uma média de 9.478 trabalhadores, com 740 afastamentos, sendo os afastamentos com atestados por até 15 dias e sem atestados correspondendo a 7,8% de ausências. Teve-se, como média de afastamentos, 632 dias de afastamentos com atestados por até 15 dias e 518 dias de afastamento sem justificativas, com um índice de absenteísmo tolerável de acordo com a literatura pesquisada. Esses afastamentos geraram um custo financeiro à empresa de novecentos e sete mil reais (R\$907.436,98). Não se pôde mensurar os danos físicos, psíquicos e sociais.

Diante desse contexto, pode-se perceber que a cultura de prevenção é uma alternativa para mitigar os danos à saúde do trabalhador e o papel do enfermeiro do trabalho se torna essencial para monitorar e gerenciar o entendimento das relações saúde, trabalho, doença e ambiente propondo medidas e ações eficazes e eficientes.

O processo de gestão do absenteísmo está intimamente ligado a uma política preventiva e, na maioria das vezes, não é tratada de uma forma integrada pelos diversos setores. Isto impede que se reconheça a importância do fenômeno e, da mesma forma, que o administre com metas estipuladas para reduzi-lo e controlá-lo.

Diante do exposto, conclui-se pela propositura de uma estratégia de gerência de Enfermagem em consonância com as funções do Enfermeiro do Trabalho.

A estratégia proposta deverá ser adequada ao tipo de trabalho exercido e a organização, sendo fundamentada nos seguintes elementos constitutivos, formais:

- a) um protocolo no qual conste a “Filosofia do Trabalho do Enfermeiro do Trabalho”, com suas características e prerrogativas necessárias à realização desta proposta.
- b) justificativa e definição das atividades para o processo de controle do absenteísmo e ações a serem desenvolvidas no Programa de Saúde do Trabalhador, com relação ao absenteísmo.
- c) associação à gestão de saúde e segurança do trabalho na empresa, com as funções explícitas de:
 - indicador de controle de absenteísmo.
 - rotina de cadastramento do atestado médico com CID.
 - visita trimestral de observação aos locais de trabalho que apresentar maior índice de absenteísmo.
 - programa de treinamentos voltados para os gestores, com relação aos elementos causadores e soluções possíveis ao absenteísmo.

Este documento deverá ser elaborado com a participação dos trabalhadores e gerentes, aprovado pela direção da empresa e implantado e controlado através do alcance de metas e prazos, sendo avaliado periodicamente para re-orientação, se necessário.

Com este estudo e a proposta recomendada, espera-se ter contribuído para mostrar a relevância do fenômeno em uma empresa de terceirização de serviços, reconhecendo os limites impostos pelas informações disponíveis, demonstrando à sociedade a necessidade de discutir e definir programas específicos para preservação da saúde dos trabalhadores

terceirizados, assegurando a qualidade de vida e condições de trabalho satisfatórias desses trabalhadores. Tem-se como base a potencial capacidade de gerenciamento do Enfermeiro do Trabalho numa empresa.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, G. A. S.; OLIVEIRA, J. R. Absenteísmo: suas principais causas e consequências em uma empresa de ramo de saúde. **Revista de Ciências Gerenciais**. Valinhos, v. 13, n. 18, 2009. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/rcger/article/view/2613>>. Acesso em: 30 dez. 2017.
- ALVES, M. *Causas do absenteísmo na enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho*. 1996. 165 f. Tese (Doutorado em Sistemas de Gestão). Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 1996.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.
- ANTUNES, R. J. C. C. **Enfermagem do Trabalho** - Contributo do Enfermeiro para a Saúde no Trabalho. 2009.
- ANUÁRIO DA SAÚDE DO TRABALHADOR - 2015. São Paulo: DIEESE, 2016. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/anuario/2016/Anuario_Saude_Trabalhador.pdf>. Acesso em: 08 maio 2018.
- AQUINO, C. A. B. et al. O fenômeno da precarização e da flexibilização laboral no âmbito da universidade pública brasileira: O caso dos professores substitutos. **Athenea Digital**. 14(1): 173-193, mar. 2014. Disponível em: <<https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/291777/380277>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- ARAÚJO, G. M. **Elementos do Sistema de Gestão de Segurança, Meio Ambiente e Saúde Ocupacional**. 1. ed., v. 1. Rio de Janeiro, Gerenciamento Verde Editora, 2004.
- BARCAUI, A. Estudo da Evolução do Sofrimento no Trabalho. Cadernos de estudos e pesquisas - **Journal of Studies and Research**. v. 15, n. 34 (2011). Disponível em: <<http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=1studospesquisa2>>. Acesso em: 04 set. 18.
- BERGAMASCHI, S. *Modelos de gestão da terceirização de Tecnologia da Informação: um estudo exploratório*. 2004. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BINDER, M. C. P.; ALMEIDA, I. M. Estudo de caso de dois acidentes do trabalho investigados com o método de árvore de causas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 749-760, out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000400017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2018.
- BORGES, S.; FERNANDES, S.; PILE, M. **Absentismo**: Análise do absentismo nos serviços com identificação das principais causas e sugestões de melhoria. Instituto Superior Técnico.

Disponível em: <<https://aepq.tecnico.ulisboa.pt/files/sites/22/An%C3%A1lise-do-absentismo-nos-servi%C3%A7os-do-IST.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 05 mar. 2018.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm>. Acesso em: 03 mar. 2018.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto-Lei nº 5.452**, de 1º de maio de 1943, que aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 03 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Economia. Anuário Estatístico da Previdência Social 2013. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeps-2013-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2013/>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

_____. Ministério da Economia. Primeiro Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade. Secretaria de Previdência, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://sa.previdencia.gov.br/site/2014/04/I-Boletim-Quadrimestral-de-Benef%C3%ADcios-por-Incapacidade1.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Ministério da Economia. Primeiro Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade - 2017. Secretaria de Previdência, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho - 2014. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://cntq.org.br/wp-content/uploads/2016/01/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-Anuario-Estatistico-AEAT-2014.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho - 2015. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://cntq.org.br/wp-content/uploads/2017/07/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-AEAT-2015-Alexandre-e-Orion.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 03 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/doencas_relacionadas_trabalho_manual.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria n.º 3.214**, de 8 de junho de 1978, que aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em: <<https://www.natal.rn.gov.br/sms/covisa/nucleos/medicamentos/Drogaria/Portaria%203214.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora n.º 4** - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, Brasília DF, 1996. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR4.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora n.º 7** - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional. Brasília, DF, 1994a. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR7.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora n.º 9** - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Brasília, DF, 1994b. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR09/NR-09-2016.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Manual de Orientação do CAGED - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://portalfat.mte.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Manual_CAGED_2015.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. Observatório Digital de Saúde e Segurança do trabalho. Disponível em: <<http://observatoriosst.mpt.mp.br>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. Enunciado n.º 331, de 11 de setembro de 2000. Contrato de prestação de serviços: Legalidade - Revisão do Enunciado n.º 256. **Diário da Justiça [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 19 set. 2000.

BRUSCHINI, C. **Tendências da força de trabalho feminina brasileira nos anos 70 e 80**: algumas comparações regionais. São Paulo (SP), Fundação Carlos Chagas, 1989.

CALLADO, A. A. C., CALLADO, A. L. C.; ANDRADE, L. P. Padrões utilizados de indicadores de desempenho não financeiros: um estudo exploratório nas empresas de Serra Talhada/PE. **ABCustos - Associação Brasileira de Custos**. 3 (2), 1-23, 2008

CARVALHO, G.M. **Enfermagem do Trabalho**. São Paulo, EPU, 2001.

CARVALHO, G.M. **Enfermagem do Trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2014.

CARVALHO, M. M.; MIGUEL, P. A. C. **Qualidade e Sustentabilidade**. In: CARVALHO, M. M.; PALADINI, E. P. *Gestão da Qualidade: teoria e casos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2012.

CHIAVENATO, I. **O Capital Humano das Organizações**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

_____, I. **Gerenciando pessoas: como transformar os gerentes em gestores de pessoas**, 4. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

_____, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

_____, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

COCCO, M. I. M. **Reestruturação produtiva e o setor saúde: trabalhadores de enfermagem em saúde coletiva**. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1997.

COOPER, D. **Improving safety culture: a practical guide**. Londres: Wiley, 1998.

COUTO, H. A. **Absenteísmo: uma visão bem maior que a simples doença**. Ergo, n. 2. jul. 1982.

DANATRO, D. **Ausentismo laboral de causa medica en una institución pública: 1994-1995**. Montevideo. **Rev. Mês. Urug.** n. 13, p. 101-9, 1994.

DAU, D. M.; RODRIGUES, I. J.; CONCEIÇÃO, J. J. (Org.). **Terceirização no Brasil: do discurso da inovação à precarização do trabalho (atualização do debate e perspectivas)**. 1. ed. São Paulo, Annablume/CUT, 2009.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo, Cortez-Oboré, 1992. 168p.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **O processo de terceirização e seus efeitos sobre os trabalhadores no Brasil**. São Paulo, DIEESE, 2007. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/relatoriotecnico/2007/terceirizacao.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

DIAS, E. C.; Hoefel, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 jul. 2018.

DOMBERGER, S. **The contracting organization: a strategic guide to outsourcing**. Oxford: Oxford Univ. Press, 1998.

DUL, J.; WEERDMEESTER, B. **Ergonomia Prática**. 2. ed. São Paulo. Edgard Blücher, 2004.

ERDMANN, A. L. **Administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem**. In: SANTOS, I. et al. *Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções*. São Paulo: Atheneu, 2001. p.143-155.

FIALHO, F. A. P.; SANTOS, N. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. Curitiba: Gênese, 1995.

GONTIGO, L. A.; SOUZA, R. J. **Macroergonomia e análise do trabalho**. In: H Congresso Latino Americano e VI Seminário Brasileiro de Ergonomia, 1993, Florianópolis. Anais. Florianópolis: ABERGO/FUNDACENTRO, p. 172-174, 1993.

GORLA, N.; CHIRAVURI, A. **Information systems outsourcing success: a review**. In: 2010 International Conference on E-business, Management and Economics. p. 170-174, 2011.

GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 1998.

GRECO, R. M. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 57, n. 4, p. 504-507, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000400026&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 set. 2018.

GUIMARÃES, G. F. M. et al. Absenteísmo no setor público: um estudo de caso no Espírito Santo. **Revista Científica Intellecto** on-line. v.1, n.1, p.15-23, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.incaper.es.gov.br/digital/bitstream/item/2484/1/BRT-absenteismonosetorpublico-balbino.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.

INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION. What is Ergonomics. USA, 2000. Disponível em: <www.iea.cc/whats>. Acesso em: 20 jun. 2018.

HARRISON, D. A.; MARTOCCHIO, J. J. *Time for absenteeism: a 20-year review of origins, offshoots, and outcomes*. **Journal of Management**. v. 24, n. 3, p. 305-350, 1998. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/254121112_Time_for_Absenteeism_A_20Year_Review_of_Origins_Offshoots_and_Outcomes>. Acesso em: 10 jan. 2018.

Iida, I. **Ergonomia: Projeto e Produção**. São Paulo, Edgard Blücher, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 1996/2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2004, 108p.

_____. Agência IBGE notícias, 2017. <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-pnad-c-moradores>>. Acesso em 06 out. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Políticas sociais: acompanhamento e análise. Brasília, DF, IPEA, n. 22. IPEA, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=23602&Itemid=9>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. Mulheres e trabalho: breve análise do período 2004-2014. Nota técnica nº 24. IPEA: Brasília, DF, mar. 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160309_nt_24_mulher_trabalho_marco_2016.pdf>. Acesso em: 04 set. 2018.

ISOSAKI, M. et al. Intervenção nas situações de trabalho em um serviço de nutrição hospitalar e repercussões nos sistemas osteomusculares. **Revista de Nutrição**. v.24, n.3, p. 449-462. Disponível em: <http://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/9363/art_ISOSAKI_Intervencao_nas_situacoes_de_trabalho_em_um_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 jul. 2018.

JAMATI, V. I. *El Absentismo de las Trabajadoras en la Industria*. *Revista Internacional del Trabajo*. Genebra, v. 65, n. 3, mar. 1962.

KROEMER, K. H. E., GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. Porto Alegre, Bookman, 5. ed., 2005.

LAGROSEN, S.; LAGROSEN, Y. *Quality configurations: a contingency approach to quality management*. **International Journal of Quality & Reliability Management**. v. 20, n. 7, p. 759-773, 2003. Disponível em: <<https://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/02656710310491203>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1989.

LEIRIA, J. Souto; SARATT, N. D. **Terceirização: Uma alternativa de flexibilidade empresarial**. 8. ed. São Paulo: Gente, 1995.

LUCAS, A. J. **Enfermagem do Trabalho**. Cuiabá-MT, 2009.

_____, A. J. **O processo de enfermagem do trabalho: a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional**. São Paulo. Ed. Iátria. 2. ed., 2008.

MANUAIS de Legislação Atlas. Segurança e medicina do trabalho. São Paulo: Ed. Atlas. 63. ed., 2009.

MARCELINO, P. R. P. **Terceirização e ação sindical: a singularidade da reestruturação do capital no Brasil**. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, SP, 2008.

MARRAS, J. P. **Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico**. São Paulo: Futura, 2000.

MARTINS, S. P. **A Terceirização e o direito do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2001.

MARZIALE, M. H. P. Atribuições e funções dos enfermeiros do trabalho no Brasil e nos Estados Unidos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2010, 18(2), 182-188. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4139>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

MAURO, M. Y.C. **Enfermagem do Trabalho**. In: MENDES, Rene; et al. Dicionário de saúde e segurança do trabalhador: conceitos, definições, história, cultura. Nono Hamburgo (RS): Proteção Publicações Ltda. 2018. 1280p.

MENDES, R. (Org.) **Patologia do Trabalho**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

MENDES R.; Dias, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev Saúde Pública**. v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 mar. 2018.

MORAES, A.; MONT'ALVÃO, C. **Ergonomia: Conceitos e Aplicações**. Rio de Janeiro: 2AB. 4. ed., 2009.

MOTTA, F. C. P. **Teoria Geral da Administração: uma introdução**. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2002.

MUNRO, L. *Absenteeism and presenteeism: possible causes and solutions*. **The south african radiographer**. v.45, n.1, p.21-23, 2007. Disponível em: <<http://www.sar.org.za/index.php/sar/article/view/76>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

NOGUEIRA, D. P.; AZEVEDO, C. A. B. Absenteísmo em mulheres. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo: FUNDACENTRO, 1996.

OLIVEIRA, G. G. A.; GRANZINOLLI, L. M.; FERREIRA, M. C. V. **Índice e características do absenteísmo dos servidores públicos da Universidade Federal de Viçosa**. In: XXXI ENCONTRO DA ANPAD, 31., 2007. Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo: Avance global sobre las tendencias del empleo femenino* 2018. Genebra: OIT, 2018.

PORTO, R. B. **Absenteísmo: causas e consequências na organização**. **Revista Maiêutica**. Indaial, v. 4, n. 1, p. 27-46, 2016. Disponível em: <https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/GESTAO_EaD/article/view/1591/720>. Acesso em: 04 set. 2018.

QUICK, T. C; LAPERTOSA, J. B. Análise do Absenteísmo em usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v.10. n.40, p. 62-67, 1982. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000127&pid=S0303-7657200500010000200016&lng=pt>. Acesso em: 08 maio 2018.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. 4. ed. São Paulo: FUNDACENTRO, 2016.

RAMOS, L. **Desigualdade de rendimentos do trabalho no Brasil, de 1995 a 2005**. In: BARROS, R. P.; FOGUEL, M. N.; ULYSSEA, G. (Orgs.). *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Brasília: IPEA, v. 2, p. 267-284, 2007. Disponível em: <<http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/LivroCompleto3.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2018.

REIS, J.R. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo-doença em profissionais de enfermagem. **Rev Saúde Pública**. 2003; 37(5): 616-23. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17477.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2018.

RENNER, J. S. Prevenção de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v.19, n.1, jan./jun, 2005. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1319/prevencao-de-disturbios-osteomusculares-relacionados-ao-trabalho>>. Acesso em: 08 maio 2018.

ROELEN, C. A. M et al. Identifying workers at risk of sickness absence by questionnaire. **Occup Med**. Londres, 2006, 56(7):442-6. Disponível em: <<https://academic.oup.com/occmed/article/56/7/442/1374652>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

ROGERS, B. **Enfermagem do Trabalho: Conceitos e Prática**. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas Ltda., 1997.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Mc-Graw-Hill, 2010.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 175-204. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000124&pid=S0303-7657201300020001200014&lng=pt>. Acesso em: 10 set. 2018.

SANTOS, A. V. S. M. **Causas do absenteísmo laboral: características e/ou variáveis socioeconômicas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) - Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças, Vitória, ES, 2009.

SECRETARIA NACIONAL DE RELAÇÕES DE TRABALHO e DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (SRT/DIEESE). (2014). *Terceirização e desenvolvimento: Uma conta que não fecha*. Dossiê acerca do impacto da terceirização sobre os trabalhadores e propostas para garantir a igualdade de direitos. São Paulo: CUT. Recuperado de <http://www.cut.org.br/system/uploads/ck/files/Dossie-Terceirizacao-e-Desenvolvimento.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. *Análise do CAGED: Admissões nos pequenos negócios em 2016, por faixa etária*. Brasília, DF, 2017.

SILVA, A. L. **O saber nightingaleano no cuidado: uma abordagem epistemológica**. In: WALDOW, Vera Regina et al. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre*

a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, cap.3, p. 41-59.

SILVA, M. M. Absenteísmo: Consequências e impactos na Gestão de Pessoas. **Revista Especialize On-line IPOG**. Goiânia, 7. ed., v.01/2014, n.7, 2014. Disponível em: <<https://www.ipog.edu.br/download-arquivo-site.sp?arquivo=absenteismo-conseqencias-e-impactos-na-gestao-de-pessoas-11119162.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

SOUTO, D. F. Absenteísmo, preocupações constantes das organizações. **Temas de Saúde Ocupacional**. Eletrobrás. Gridis, 1980.

UENO, A. *Which management practices are contributory to service quality?* **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 25, n. 6, p. 585-603, 2008. Disponível em: <<https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/02656710810881890>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

VAHTERA J. et al. *Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees.* **J Epidemiol Community Health**. 2000; 54(7):484-93. Disponível em: <<https://jech.bmj.com/content/jech/54/7/484.full.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

VALERETTO, F. A.; ALVES, D. F. Fatores Desencadeantes do Estresse Ocupacional e da Síndrome de *Burnout* em Enfermeiros. **Revista Saúde Física & Mental**. UNIABEU, v.3, n.2, ago./dez. 2013. Disponível em: <<http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/SFM/article/view/1192/1038>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

VERONESI, J. R. **Fisioterapia do trabalho**: cuidando da saúde funcional do trabalhador. Editora Andreoli, 2008 São Paulo-SP.

VILELA, R. A.; IGUTI, A. M.; ALMEIDA, I. M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 570-579, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200026&script=sci_abstract&tlng=PT>. Acesso em: 20 jul. 2018.

VILLA, T. C. S. **Enfermeira nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo (1967-1983)**. 1992. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000081&pid=S0080-6234200300020001100003&lng=es>. Acesso em: 10 abr. 2018.

VITTA, D. E; BERTAGLIA, R. S; PADOVANI, C. R. Faltas ao trabalho por problemas de saúde na indústria. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 945-954, maio 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500013>. Acesso em: 10 set. 2018.

WEIRICH, C. F.; MUNARI, D.B.; MISHIMA, S. M; BEZERRA, A. L. Q. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto contexto-enferm**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-257, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000200007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31 maio 2018.

ANEXO A - Termo de Autorização Institucional

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PESQUISA: Mapeamento do absenteísmo como estratégia de prevenção de agravos à saúde do trabalhador

Responsável: Maria Isabel Silva Santos

Eu, Helena Carvalho Barreto Leite (Diretora Médica) da Empresa Nova Rio Serviços Gerais Ltda, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição co-participante desta pesquisa, podemos revogar esta autorização, se comprovadas atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou ao sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro, ainda, que não recebemos qualquer tipo de remuneração por esta autorização, bem como os participantes também não o receberão. A pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018.


Diretora Médica

Nova Rio Serviços Gerais Ltda.
Helena Carvalho Barreto Leite
Médica do Trabalho
20180730

Agradecemos sua colaboração ao participar desta pesquisa. Se desejar qualquer informação adicional sobre este estudo, envie uma mensagem:

Enfa. Maria Isabel Silva Santos - email: mariaisabel2610@hotmail.com - Tel. (21) 98609-5177.

Após o início da pesquisa, caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: R. São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3 andar- Maracanã – Rio de Janeiro/RJ, e-mail: etica@uerj.br – telefone: (021) 2334 2180.

ANEXO B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Absenteísmo como indicador para estratégia preventiva da gerência de enfermagem à saúde do trabalhador.

Pesquisador: MARIA ISABEL SILVA SANTOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 93038218.6.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.929.353

Apresentação do Projeto:

A saúde do trabalhador é um campo do saber da enfermagem do trabalho através do qual procura identificar e compreender os agravos relacionados ao trabalho por meio de estudos, ações preventivas, assistência e vigilância, visando principalmente reduzir as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

Para compreender estes agravos, é necessário atravessar os muros das fábricas e entender como se estabelece a relação saúde-trabalho-adoecimento. Laurell e Noriega (1989) ressaltam a urgência de adentrar no cotidiano destes trabalhadores (muros dos postos de trabalho) e analisar sua realidade, para propiciar soluções capazes de garantir a qualidade de vida no trabalho e aumento da produtividade na empresa.

Dentro dos muros das fábricas ou empresas, consegue-se observar mais de perto o fluxo do trabalho, os riscos do ambiente, as atividades desenvolvidas e o processo de saúde-trabalho-adoecimento a que os trabalhadores estão expostos. Esta proposta vem de encontro ao perfil e as atividades do enfermeiro do trabalho propostas por ROGGER (1997) e corroborado por Mauro (2018) ressaltando que, o enfermeiro do trabalho deve estar capacitado para dirigir, organizar, planejar, orientar e executar as atividades nos três níveis de prevenção, integrando-se com a equipe de enfermagem e dos serviços de saúde, Segurança Meio Ambiente das organizações. Esse trabalhador terceirizado está inserido em um ambiente que pode propiciar riscos ocupacionais, desencadeando um processo de adoecimento e

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ª and. SI 3018

Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 2.929.353

afastando-o de sua atividade laborativa. Sendo os trabalhadores a mola propulsora da produção, quando ele se afasta o empregador "perde" sua força de trabalho. Esse afastamento (não programado) é denominado absenteísmo. O absenteísmo ocasiona não só custos diretos, mas também indiretos, representados pela diminuição da produtividade, aumento do custo da produção, desorganização das atividades, redução da qualidade do produto/serviço, diminuição da eficiência no trabalho, problemas administrativos, limitação de desempenho e

até mesmo obstáculos para os gestores (SOBRINHO, 2002).

Metodologia de Análise de Dados:

Coleta de dados e Análise dos resultados: Após parecer favorável do CEP, os dados serão coletados a partir de um software utilizado e disponibilizado pela empresa que possui, os dados referentes aos dias de afastamento por atestados, que serão visualizados conforme anexo C.

Esses dados serão transferidos para uma planilha no Microsoft Office Excel 97-2003, considerando as variáveis: Classificação da Atividade e a CBO; Função; Data de Nascimento; Estado Civil; Sexo; Nacionalidade; Naturalidade; Escolaridade; Cor; Dias de Afastamento; a fim de possibilitar a categorização das ausências por atestados médicos. Serão adotados como critérios de exclusão os atestados médicos por licença maternidade.

Estes dados são pertinentes ao atendimento dos objetivos 1 e 2. A apresentação dos dados serão feitas por gráficos. A planilha gerada para análise desta pesquisa será mensal, com início em Abril de 2017 e término em Abril de 2018, que serão analisados sob o crivo dos objetivos desta proposta de dissertação e o suporte teórico. As estratégias propostas como objetivo 3, será elaborada a partir das premissas teórico-práticas da cultura prevencionista, que subsidiarão a construção do modelo de controle prevencionista a ser implantado pelo enfermeiro do trabalho na empresa que esta viabilizando a inovação desse processo de trabalho na empresa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

mapear o absenteísmo por atestados médicos de trabalhadores de uma empresa privada de terceirização de serviços do estado do Rio de Janeiro.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ª and. SI 3018

Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 2.929.353

1. Identificar o perfil profissional ocupacional dos trabalhadores;
2. Levantar os dados do absenteísmo na empresa de acordo com o número de dias de afastamentos e o custo dos afastamentos;
3. Elaborar estratégias de prevenção do absenteísmo/doença a partir dos dados obtidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não apresenta riscos, por se tratar de análise de dados quantitativos de fonte secundária de um grupo.

Benefícios:

Espera-se contribuir com o aprofundamento das discussões sobre o papel do enfermeiro do trabalho na cultura de segurança, gestão do risco e as estratégias de prevenção. Não se pode descartar o processo saúde-doença do cenário do acidente, bem como deixar de ressaltar a importância da Cultura Preventivista que se instala antes do operador iniciar sua atividade laborativa, tendo como ferramenta a Ergonomia, a segurança do trabalho e outros conhecimentos das áreas humanas e sociais (Sociologia, Psicologia, Antropologia) e da saúde (Fisiologia, Anatomia) para fundamentar o escopo de conhecimentos necessários à efetivação e fortalecimento das medidas de prevenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Embora a autora tenha apresentado dentro do projeto um novo instrumento de coleta omitindo o nome dos sujeitos e atualizado a descrição da metodologia conforme a pendência do último parecer, cabe como recomendação atualizar a descrição do projeto " detalhamento", onde o o dado " nome" ainda persiste. O cronograma foi atualizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos exigidos estão em conformidade: TAI, Folha de rosto, informações sobre o financiamento. Tendo em vista as exigências atendidas, o projeto não necessita de TCLE.

Recomendações:

Atualizar a descrição dos dados a serem considerados na folha do cep de informações básicas do

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 2.929.353

projeto onde contém o item " detalhamento"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas que impeçam a realização do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para outubro de 2019. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1150338.pdf	02/09/2018 21:21:13		Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	02/09/2018 21:18:32	MARIA ISABEL SILVA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	02/09/2018 21:17:50	MARIA ISABEL SILVA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_assentimento.pdf	30/07/2018 22:19:04	MARIA ISABEL SILVA SANTOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_.pdf	12/06/2018 19:20:07	MARIA ISABEL SILVA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	12/06/2018 18:58:04	MARIA ISABEL SILVA SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 2.929.353

RIO DE JANEIRO, 01 de Outubro de 2018

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br