

RBSO

REVISTA BRASILEIRA DE

SAÚDE
OCUPACIONAL

ISSN 0303 - 7657

RBSO

Vol.34 • nº 120

jul/dez 2009

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva
Ministro do Trabalho e Emprego
Carlos Lupi

FUNDACENTRO

Presidente
Jurandir Boia

Diretor Executivo
Eduardo de Azeredo Costa

Diretor Técnico
Jófilo Moreira Lima Júnior

Diretor de Administração e Finanças
Hilbert Pfaltzgraff Ferreira

MINISTÉRIO
DO TRABALHO E EMPREGO



FUNDACENTRO
FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO
DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

www.fundacentro.gov.br

Editores Científicos

Eduardo Algranti – Fundacentro, São Paulo-SP

José Marçal Jackson Filho – Fundacentro, Rio de Janeiro-RJ

Editor Executivo

Eduardo García García – Fundacentro, São Paulo-SP

Editores Associados

Aparecida Mari Iguti – Unicamp, Campinas-SP

Carlos Machado de Freitas – Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ

José Prado Alves Filho – Fundacentro, São Paulo-SP

Marco Antônio Bussacos – Fundacentro, São Paulo-SP

Mina Kato – Fundacentro, São Paulo-SP

Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela – USP, São Paulo-SP

Rose Aylce de Oliveira Leite – Fundacentro, Florianópolis-SC

Conselho Editorial

Ada Ávila Assunção – UFMG, Belo Horizonte-MG

Carlos Minayo Gomez – Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ

Dalila Andrade de Oliveira – UFMG, Belo Horizonte-MG

Francisco de Paula Antunes Lima – UFMG, Belo Horizonte-MG

Ildeberto Muniz de Almeida – Unesp, Botucatu-SP

Leny Sato – USP, São Paulo-SP

Mário César Ferreira – UnB, Brasília-DF

Raquel Maria Rigotto – UFC, Fortaleza-CE

Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel – UECE/Unifor, Fortaleza-CE

Renato Rocha Lieber – Unesp, Guaratinguetá-SP

Selma Borghi Venco – Unicamp, Campinas-SP

Vilma Sousa Santana – UFBA, Salvador-BA

Victor Wünsch Filho – USP, São Paulo-SP

Secretaria Executiva

Elena Riederer – coordenação e revisão de inglês

Mina Kato – revisão de inglês

Karla Machado – apoio administrativo

Camilla de Castro Araujo da Costa (estagiária)

Equipe de produção gráfica

Gláucia Fernandes – coordenação e criação capa

Karina Penariol Sanches – revisão de textos

Walquiria Schafer (estagiária) – revisão de textos

Marcos Rogeri – impressão gráfica

Gisele Almeida (estagiária) – diagramação, capa e miolo

Normalização

Sérgio Cosmano

Alda Melânia César

Maria Aparecida Giovanelli – supervisão

Digitalização

Elisabeth Rossi

Indexação

• CAB ABSTRACTS

• CIS/ILO - International Occupational Safety and Health Information Centre/International Labor Organization

• DOAJ - Directory of Open Access Journals

• GLOBAL HEALTH

• LATININDEX - Sistema Regional de Información en Línea para Revisitas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

• LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

• REDALYC - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

• REPIDISCA/BVSDE - Red Panamericana de Información en Salud Ambiental/Biblioteca Virtual en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

Copyright

Os direitos autorais dos artigos publicados na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional pertencem à Fundacentro e abrangem as publicações impressa, em formato eletrônico ou outra mídia. A reprodução total ou parcial dos artigos publicados é permitida mediante menção obrigatória da fonte e desde que não se destine a fins comerciais.

www.fundacentro.gov.br/rbso

Política Editorial

A RBSO é o periódico científico da Fundacentro, publicado desde 1973. Com frequência semestral, destina-se à difusão de artigos originais de pesquisas sobre Segurança e Saúde do Trabalhador (SST) cujo conteúdo venha a contribuir para o entendimento e a melhoria das condições de trabalho, para a prevenção de acidentes e doenças do trabalho e para subsidiar a discussão e a definição de políticas públicas relacionadas ao tema.

A RBSO publica artigos de relevância científica no campo da SST. As contribuições de pesquisas originais inéditas são consideradas prioritárias para publicação. Com caráter multidisciplinar, a revista cobre os vários aspectos da SST nos diversos setores econômicos do mundo do trabalho, formal e informal: relação saúde-trabalho; aspectos conceituais e análises de acidentes do trabalho; análise de riscos, gestão de riscos e sistemas de gestão em SST; epidemiologia, etiologia, nexos causais das doenças do trabalho; exposição a substâncias químicas e toxicologia; relação entre saúde dos trabalhadores e meio ambiente; comportamento no trabalho e suas dimensões fisiológicas, psicológicas e sociais; saúde mental e trabalho; problemas musculoesqueléticos, distúrbios do comportamento e suas associações aos aspectos organizacionais e à reestruturação produtiva; estudo das profissões e das práticas profissionais em SST; organização dos serviços de saúde e segurança no trabalho nas empresas e no sistema público; regulamentação, legislação, inspeção do trabalho; aspectos sociais, organizacionais e políticos da saúde e segurança no trabalho, entre outros.

A revista visa, também, incrementar o debate técnico-científico entre pesquisadores, educadores, legisladores e profissionais do campo da SST. Nesse sentido, busca-se agregar conteúdos atuais e diversificados na composição de cada número publicado, trazendo também, sempre que oportuno, contribuições sistematizadas em temas específicos.

O título abreviado da revista é *Rev. bras. Saúde ocup.*

Sumário

- Editorial 104 **A RBSO e seu compromisso com o campo da Saúde do Trabalhador**
Eduardo Algranti, José Marçal Jackson Filho, Eduardo Garcia Garcia, Aparecida Mari Iguti, Carlos Machado de Freitas, José Prado Alves Filho, Marco Antonio Bussacos, Mina Kato, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, Rose Alyce Oliveira Leite
- Artigos 106 **Indicadores infecciosos e inflamatórios entre trabalhadores da limpeza urbana de São Paulo**
Gustavo Silveira Graudenz
- 115 **Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003**
Renata de Queiroz Santana Vidal, Annibal Muniz Silvany Neto
- 128 **Fatores determinantes da atividade dos motoristas de caminhão e repercussões à saúde: um olhar a partir da análise coletiva do trabalho**
Claudia Roberta de Castro Moreno, Lúcia Rotenberg
- 139 **Associação de variáveis meteorológicas com os afastamentos do trabalho devido a doenças respiratórias: um estudo entre trabalhadores dos correios de Santa Catarina**
Daniel Pires Bitencourt, Márcia Vetromilla Fuentes, Rose Alyce Oliveira Leite, Marisa Domíngues da Luz Poletto
- 150 **O nexos causal entre transtorno de estresse pós-traumático e trabalho: controvérsias acerca do laudo de uma perícia judicial**
Carlos Eduardo Carrusca Vieira
- Ensaio 163 **Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro**
Magali Costa Guimarães
- Comunicações breves 172 **Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia**
Patrícia Freitas Martins, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, Marina Vieira Silva, Nara Bernardes Pereira, Cicília Marques Gonçalves, Bárbara Santana Rebouças, Luana de Assis Cartaxo
- 179 **Reprodutibilidade de uma escala para avaliar a percepção dos trabalhadores quanto ao ambiente e às condições de trabalho**
Markus V. Nahas, Fabiana Maluf Rabacow, Sílvia do Valle Pereira, Adriano Ferreti Borgatto
- Resenha 184 **Suicide et travail, que faire?**
Leda Leal Ferreira

Contents

<i>RBSO and its commitment to Workers' Health</i>	104	Editorial
Eduardo Algranti, José Marçal Jackson Filho, Eduardo Garcia Garcia, Aparecida Mari Iguti, Carlos Machado de Freitas, José Prado Alves Filho, Marco Antonio Bussacos, Mina Kato, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, Rose Alyce Oliveira Leite,		
<i>Infectious and inflammatory markers among urban cleaning workers in São Paulo</i>	106	Articles
Gustavo Silveira Graudenz		
<i>Brazilian female workers: socioeconomic and occupational characteristics and health profile, Brazil, 2003</i>	115	
Renata de Queiroz Santana Vidal, Annibal Muniz Silvany Neto		
<i>Determinant factors of truck drivers' work and repercussions on their health from the collective analysis of work perspective</i>	128	
Claudia Roberta de Castro Moreno, Lúcia Rotenberg		
<i>Meteorological variables association with sick leave due to respiratory diseases – a study involving post-office workers in the state of Santa Catarina, Brazil</i>	139	
Daniel Pires Bitencourt, Márcia Vetromilla Fuentes, Rose Alyce Oliveira Leite, Marisa Domíngues da Luz Poletto		
<i>Causal link between posttraumatic stress disorder and work – controversies about a judicial expert's appraisal</i>	150	
Carlos Eduardo Carrusca Vieira		
<i>Changes at work and psychological violence in the Brazilian public service</i>	163	Essay
Magali Costa Guimarães		
<i>Sickness absenteeism among health care workers at a public hospital in Bahia, Brazil</i>	172	Short communications
Patrícia Freitas Martins, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, Marina Vieira Silva, Nara Bernardes Pereira, Cicília Marques Gonçalves, Bárbara Santana Rebouças, Luana de Assis Cartaxo		
<i>Test and retest reliability of a scale to measure workers' perception of work environment and working conditions</i>	179	
Markus V. Nahas, Fabiana Maluf Rabacow, Silvia do Valle Pereira, Adriano Ferreti Borgatto		
<i>Suicide et travail, que faire?</i>	184	Book review
Leda Leal Ferreira		

Eduardo Algranti¹
José Marçal Jackson Filho¹
Eduardo Garcia Garcia²
Aparecida Mari Iguti³
Carlos Machado de Freitas³
José Prado Alves Filho³
Marco Antonio Bussacos³
Mina Kato³
Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela³
Rose Alyce Oliveira Leite³

A RBSO e seu compromisso com o campo da Saúde do Trabalhador

RBSO and its commitment to Workers' Health

¹ Editores científicos

² Editor executivo

³ Editores associados

A *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* (RBSO) apresenta-se como um veículo pioneiro e singular de difusão científica no Brasil dedicada a questões que envolvem o trabalho, a saúde e o ambiente, refletindo uma visão integrada da saúde dos trabalhadores.

Ao mesmo tempo em que se constitui em um patrimônio histórico da construção social do próprio campo da Segurança e Saúde do Trabalhador (SST) pelos seus 36 anos de existência, a RBSO se atualiza e vem se renovando intensamente, adquirindo novos significados. A partir da edição de número 114, de dezembro de 2006, quando se deu o início do seu processo de revitalização, esta tendência vem se reafirmando por meio da ampliação do escopo da revista e da publicação de trabalhos de origens multi e interdisciplinares, com abordagens diversificadas, assegurados o rigor científico necessário, a relevância social dos textos e a regularidade da publicação.

Para muitos dos estudiosos envolvidos neste tema, a expressão “Saúde Ocupacional” não é suficiente para representar o campo coberto pela RBSO e parece limitada para acompanhar a evolução conceitual das áreas e interfaces do conhecimento em SST, a problemática tratada pelo campo, bem como as transformações paradigmáticas ocorridas na ciência. Não seria, então, o momento de atender ao apelo desses vários profissionais, pesquisadores e especialistas propondo um novo nome para a revista? Caso contrário, quais são as razões que justificam a sua manutenção?

A despeito do crescimento da produção acadêmica no campo da Saúde do Trabalhador, Carlos Minayo Gomes e Francisco Lacaz (Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005), ao analisarem as dificuldades e as barreiras à implementação das políticas públicas em Saúde do Trabalhador no SUS, indicaram a “fragmentação e dispersão da produção científica da área” como fator determinante. A política editorial da RBSO visa, portanto, enfrentar esse aspecto apontado, colocando-se como um locus da produção acadêmica na área. Para a consolidação deste propósito, são necessários registros em bases de indexação de reconhecida importância nos cenários nacional e internacional, sobretudo na SciELO, assim como melhores avaliações no sistema *Qualis/Capes*, firmando-se como uma opção atraente para submissão de trabalhos.

Neste contexto, a mudança de nome implicaria num distanciamento das metas de inclusão da RBSO na SciELO e em outras bases internacionais, em curto e médio prazos, pela perda da continuidade dos dados bibliométricos das suas citações referentes a todas as edições anteriores. No caso da SciELO,

somente após a publicação de quatro números com um novo título seria possível a submissão para avaliação como um novo periódico. Considerando a periodicidade atual, esta opção significaria uma espera mínima de dois anos, com o agravante de que a mudança de nome poderia desmerecer toda a história da revista, duramente construída e que a consolidou como um importante referencial de informações científicas em SST.

A decisão tomada pelo corpo editorial foi pela manutenção do atual nome da revista, assegurando a qualidade dos trabalhos publicados, agregando novos referenciais teóricos, conceituais e metodológicos, incorporando a abordagem interdisciplinar, aperfeiçoando a política editorial e o gerenciamento interno da revista, garantindo fontes de financiamento adequado às exigências do processo editorial e melhorando a acessibilidade e a divulgação do periódico junto à comunidade científica e à sociedade.

Desta forma, a RBSO busca consolidar seus objetivos e cumprir a missão de “publicar artigos científicos relevantes para o desenvolvimento do conhecimento e para incrementar o debate técnico-científico no campo da SST”, contribuindo, de forma substancial, para o avanço do conhecimento científico e para a elaboração de políticas públicas e privadas em prol da saúde dos trabalhadores.

Indicadores infecciosos e inflamatórios entre trabalhadores da limpeza urbana em São Paulo*

Gustavo Silveira Graudenz¹

Infectious and inflammatory markers among urban cleaning workers in São Paulo

¹ Médico, PhD, pesquisador colaborador do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

*Este trabalho foi subvencionado pelo sindicato das empresas de limpeza urbana (Selur) e pelo projeto de auxílio à pesquisa FAPESP 03/000846-5.

Contato:

Rua Girassol, 1317/21 – São Paulo – SP
CEP: 055433-002

Email:

gustavog@usp.br

Resumo

O objetivo deste trabalho foi comparar agravos à saúde entre grupos funcionais de trabalhadores da limpeza urbana (TLU) decorrentes de exposição biológica do contato com os Resíduos Sólidos (RS) em São Paulo, 2007. Para tal, amostras dos grupos de TLU e um grupo Controle de servidores ferroviários realizaram entrevistas, contagens sanguíneas, provas de atividade inflamatória, marcadores sorológicos de infecção e exame protoparasitológico de fezes. Ao término, foram avaliados 217 indivíduos. O grupo Controle relatou menor cobertura vacinal para o tétano, enquanto os Varredores tiveram a menor proporção de cobertura para a hepatite B. Os Motoristas usaram mais antibióticos e apresentaram o número de leucócitos mais elevado quando comparados aos Controles. Os Motoristas apresentaram também maiores médias de neutrófilos e monócitos quando comparados aos Varredores. A presença de parasitas nas fezes foi mais frequente entre os Varredores e os Coletores quando comparados aos Controles. Os grupos de Coleta, Transbordo e Aterro apresentaram indicadores de infecções respiratórias e de atividade inflamatória sistêmica similares aos Controles. Não foram observadas diferenças entre episódios de sinusites, pneumonias, marcadores séricos de atividade inflamatória, contato com o vírus da hepatite B ou com a estreptolisina O entre os grupos estudados.

Palavras-chave: resíduos sólidos, saúde do trabalhador, exposição a agentes biológicos.

Abstract

The purpose of this work was to evaluate the health effects due to biological exposure within different activities performed by groups of urban cleaning workers (UCW) compared to each other and to a control group of railway workers in Sao Paulo, 2007. Functional groups of UCW were submitted to interviews, blood counts, tests of inflammatory activity, serologic markers of infection, and stool parasitological testing. The final evaluation included 217 participants. The Control group reported lower vaccine protection against tetanus, whereas the Sweepers reported the lowest vaccine protection against hepatitis B. Drivers reported more antibiotic use and showed higher total leukocyte counts when compared to Controls. Drivers also demonstrated higher neutrophils and monocytes counts when compared to Sweepers. There was a higher presence of stool parasites among Sweepers and Collectors when compared to Controls. There were also no differences in indicators of respiratory infections or increased measurable inflammatory activity between Collectors, Landfills, and Intermediate Stations workers when compared to Controls. There were no differences in the number of sinusitis or pneumonias episodes, as well as serologic markers for inflammatory activity, contact with hepatitis B virus or anti-streptolysin O among studied groups.

Keywords: solid wastes, occupational health, exposure to biological agents.

Recebido: 06/11/2008

Revisado: 29/09/2009

Aprovado: 06/10/2009

Introdução

O modo de vida da sociedade ocidentalizada é caracterizado por uma geração crescente de resíduos sólidos (RS) em toda a sua cadeia. O aumento na geração de RS é um problema atual e crescente em diversos países da América Latina e do Caribe, particularmente mais grave em países com maior demanda e menor oferta de serviços de limpeza pública. O aumento da densidade populacional e a diminuição de espaços disponíveis para o processamento e o destino final dos RS, nas grandes cidades, são problemas adicionais que resultam na proximidade do habitante de grandes aglomerados urbanos com seus resíduos. O manejo e o destino final dos RS e suas interfaces com a saúde ocupacional têm adquirido importância crescente para a saúde pública e para o desenvolvimento sustentável do planeta.

O contato humano com os RS implica em riscos biológicos, químicos e físicos à saúde dos trabalhadores envolvidos com a coleta, o transporte e o armazenamento de RS. A diversificação do conteúdo dos RS decorrentes da constante introdução de novos materiais descartáveis no mercado modifica o potencial de exposição a bioaerossóis nos indivíduos que mantêm um contato mais próximo com os RS.

As atividades dos trabalhadores de limpeza urbana (TLU) são atividades de risco aumentado para alguns agravos à saúde, tais como: irritação das mucosas, rinite, asma, conjuntivite, pneumonite de hipersensibilidade, aspergilose bronco-pulmonar, dermatites e episódios de diarreia (MIDTGARD et al., 1999; LAVOIE et al., 2006; POULSEN et al., 1995; IVENS et al., 1997). Entretanto, a maioria dos estudos baseia-se em critérios subjetivos, como questionários, sendo as evidências comumente baseadas em indicadores aproximados (*proxy*), sem o uso de critérios mais objetivos de agravos à saúde. Da mesma forma, poucos são os estudos disponíveis na literatura com uma divisão clara das funções relacionadas ao manuseio dos RS, de modo a estratificar o risco conforme a atividade ou o grau de exposição aos RS. Além disso, a evolução das tecnologias ligadas aos aterros sanitários, como o controle de emissão de gases e a contenção de chorume em conjunto com o uso sistemático de equipamentos de proteção individual (EPI) e políticas de vacinação, são descritas como capazes de modificar o impacto na saúde de indivíduos expostos à contaminação biológica (LEIGHNER, 2001). Entretanto, a necessidade de verificar a eficácia dessas medidas na manutenção da saúde do TLU é colocada como uma das necessidades de pesquisa de saúde ocupacional da atualidade (LINZALONE; BIANCHI, 2005).

Este trabalho teve por objetivo avaliar sintomas, relatos ou alterações laboratoriais indicadores de doenças infecciosas decorrentes da exposição aos resíduos sólidos entre os diferentes subgrupos de trabalhadores da limpeza urbana (TLU) na cidade de São Paulo no ano de 2007.

Métodos

Seleção dos grupos

As atividades exercidas dentro da limpeza urbana são várias, mas podem ser divididas em cinco grupos: funcionários da coleta (Coletores); funcionários de aterros sanitários (Aterro), de estação intermediária ou transbordo (Transbordo); motoristas de caminhão de transporte de resíduos (Motoristas); funcionários da varrição (Varredores). Os funcionários de Aterro e Transbordo exercem diversas funções, como de operador de balança de pesagem, operador de transporte dos RS (ponte ou veículo automotor interno), bem como serventes e encarregados de serviços gerais. Os sujeitos de pesquisa foram retirados de três concessionárias privadas licitadas pela prefeitura para executar a limpeza urbana, denominadas empresa A, B e C. Na realização do estudo, a empresa A contava com 107 funcionários de aterro, 383 funcionários na coleta, 57 no transbordo e 1.097 motoristas, a empresa B, com 1.025 funcionários de varrição e a empresa C, com 36 funcionários de aterro, 1.068 funcionários na coleta, 13 no transbordo e 401 motoristas. O grupo dos motoristas pode ser classificado como de risco biológico atenuado por não ter contato direto com os RS.

O grupo controle foi composto por funcionários de manutenção de linhas ferroviárias que tinham características de trabalho semelhantes às dos grupos de estudo, como trabalho a céu aberto e nível socioeconômico similar, porém sem contato com RS.

Todos os grupos foram compostos por indivíduos do sexo masculino e pareados por idade (38 ± 5 anos). As comparações foram dirigidas às funções exercidas. A estratégia de amostragem do presente estudo visou à criação de grupos com número de integrantes semelhantes, de forma a comparar as dispersões sobre as médias a partir de um universo de tamanho uniforme.

Os critérios de inclusão foram: mais de 30 meses na atividade, capacidade de ler, compreender e consentir por escrito com o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão foram: vigência de sintomatologia febril aguda até 15 dias antes dos testes, uso de medicação antibiótica ou anti-inflamatória nos 14 dias antecedentes à coleta e/ou tabagismo regular presente.

A perda de contingente após a exclusão do tabagismo e a obtenção do termo de consentimento de cada grupo de TLU durante o estudo foi de 13,5% para o grupo dos Motoristas, 36,4% para os Varredores, 35,8% para o grupo do Aterro, 25,5% para o grupo da Coleta, 41,2% para o Transbordo, 41,8% para o grupo Controle. Os sujeitos de pesquisa foram selecionados e pareados por idade de forma aleatória a partir do grupo de menor contingência (Transbordo $n=30$).

Após a aprovação do comitê de ética da Faculdade São Camilo-SP, 217 sujeitos de pesquisa realizaram entrevistas e exames laboratoriais durante o período de setembro de 2007 até fevereiro de 2008. Os indivíduos

foram divididos de acordo com sua função relacionada aos RS: 34 funcionários de Aterro, 30 funcionários do Transbordo, 41 funcionários da Coleta, 35 Varredores, 45 Motoristas e 32 indivíduos do grupo Controle. Os resultados foram considerados de acordo com a função dos indivíduos. Foram excluídos: um voluntário do grupo dos Varredores por sintomatologia febril e dois do grupo dos Motoristas devido ao uso de antibióticos a menos de 15 dias das coletas. O restante foi excluído devido ao pareamento de idade ou por faltar às coletas programadas. Não se tem registro dos voluntários que foram excluídos por terem menos de 30 meses na função, nem de qualquer voluntário que tenha sido excluído por não ter a capacidade de entender o termo de consentimento livre e esclarecido.

Metodologia dos procedimentos realizados

Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os indivíduos incluídos, após a revisão dos critérios de inclusão e exclusão, foram submetidos aos seguintes procedimentos:

Entrevistas: As informações de antecedentes pessoais e sintomas infecciosos ou inflamatórios foram obtidas através de um profissional biomédico de pesquisa clínica, mediante entrevista individual. Foram incluídas perguntas sobre tabagismo atual e passado, *status* vacinal para hepatite B e tétano, presença de febre medida com calafrios e dores articulares, sintomas de sinusite (dor de cabeça, secreção escura do nariz), uso de antibiótico nos últimos 12 meses e episódios de pneumonia diagnosticada por médico.

Exames laboratoriais: Foram realizados leucograma por impedância elétrica, fotometria e citometria de fluxo com citocromina e fluorocromo (ABX Pentra 120

Montpellier/França), velocidade de hemossedimentação (VHS) através de metodologia de Westergreen modificada por Nefelometria (Vacuette SR100/ II Forli/ Itália); proteína c reativa ultrasensível (PCR) por Quimioluminescência (Immulite 2000 New Jersey/ Estados Unidos); antiestreptolisina O (ASLO) por Nefelometria (Behring Nephelometer BNII Marburg/ Alemanha), dosagem de anticorpos anti-core do vírus da hepatite B (Anti-HBc) através do método de enzima-imuno ensaio por micropartículas (AXSYM Dallas/ Estados Unidos); e exame parasitológico de fezes pelos métodos de Ritchie e Hoffmann.

Análise estatística: As médias das variáveis numéricas foram comparadas usando-se o teste de Kruskal Wallis e as comparações múltiplas foram feitas pelo teste de Tukey HSD. As variáveis discretas e qualitativas foram comparadas usando-se o teste de qui-quadrado. Foi considerado significativo quando $p < 0,05$.

Resultados

A análise das características da amostra estudada mostrou o Transbordo como sendo o grupo de funcionários com menor tempo de serviço na função, quando comparado a todos os outros grupos, exceto os Motoristas, e estes, com tempo menor que os Coletores e Controles. Não foram verificadas diferenças relativas ao tabagismo passado. Foram observadas diferenças no *status* vacinal para o tétano e para a hepatite B. O grupo Controle apresentou os menores percentuais de resposta positiva para vacinação contra o tétano entre os grupos. A positividade de vacinação para hepatite B ultrapassou 70% nos grupos de Aterro, Transbordo, Coletores e Motoristas e ficou abaixo de 30% no grupo dos Varredores (Tabela 1).

Tabela 1 Características da população em amostra de trabalhadores da limpeza urbana e grupo Controle, São Paulo, 2007

Função/ Parâmetro	Controles N=32	Aterro N=34	Transbordo N=30	Coletores N=41	Varredores N=35	Motoristas N=45	Comparativo entre funções
Idade em anos - M (DP)	39,2 (5,1)	38,2 (10,9)	40,3 (7,3)	39,4 (4,2)	40,6 (8,4)	40,7 (5,7)	(P=0,483)#
Tempo na função em anos - M (DP)	9,9 (2,6)	8,5 (6,1)	4,1 (1,9)	10,1 (5,1)	9,2 (3,6)	6,8 (3,3)	P<0,001# Transbordo < Controles, Aterro, Coletores e Varredores.
Vacinação para tétano (%)	71,9	94,1	96,7	100	94,3	100	P=0,001* Controles < todos (p<0,005)
Vacinação para hepatite B (%)	34,4	70,6	93,3	73,2	28,6	75,6	P<0,001* Varredores < Controles < Aterro (p<0,001) e (p=0,026)
Tabagismo passado (%)	12,5	17,6	16,7	17,1	8,6	7	P=0,689*

M (DP) = Média (Desvio Padrão)

= Teste de Kruskal Wallis

* = Teste Qui-quadrado de Pearson.

Quanto a sintomas, medicações e eventos infecciosos ou inflamatórios relatados, foi verificada uma diferença significativa com relação ao uso de antibiótico nos últimos 12 meses entre os grupos. O grupo que menos relatou o uso foi o do Aterro (11,8%) e o grupo dos Motoristas foi o que mais o relatou (33,3%). Não foram identificadas diferenças quanto à sintomatologia de febre e dores articulares, sinusite ou episódios de pneumonias e seu respectivo tempo de diagnóstico entre os grupos estudados (Tabela 2).

A análise da série branca do hemograma mostrou diferenças entre os grupos. Os Motoristas mostraram número de leucócitos totais superior ao dos Controles e Varredores, bem como contagens de neutrófilos e monócitos superiores às dos Varredores. O grupo do Transbordo mostrou número de linfócitos maior que o da Coleta e do Aterro, conforme mostrado na Tabela 3.

Os marcadores sorológicos mostraram diferenças de positividade de leptospirose entre os grupos. Os grupos dos Varredores e dos Controles apresentaram as maiores proporções de positividade, 25,7% e 18,7% respectivamente. Não foram observadas diferenças na comparação dos resultados de VHS, PCR, IgG Anti-HBC e ASLO entre os grupos, conforme demonstrado na Tabela 4.

A Tabela 5 descreve o percentual de exames parasitológicos de fezes e suas divisões. Foram considerados protozoários parasitas a *Entamoeba histolytica*, a *Giardia lamblia*, o *Strongyloides stercoralis*, *Blastocystis Hominis*, *Hymenolepis nana* e foram considerados comensais *Endolimax nana*, *Entamoeba coli* e *Iodamoeba Butschilli*. Foi encontrada uma diferença entre os grupos, sendo o percentual de positividade total e de protozoários patogênicos mais frequente nos Varredores. Não foi verificada diferença entre percentual de positivos para helmintos (Tabela 5).

Tabela 2 Doenças infecciosas ou inflamatórias em amostra de trabalhadores da limpeza urbana e grupo Controle, São Paulo, 2007

Função/ Parâmetro	Controles N=32	Aterro N=34	Transbordo N=30	Coletores N=41	Varredores N=35	Motoristas N=45	Comparativo entre funções
Febre com dor articular em 12 meses (%)	0	5,9	6,7	4,9	11,4	4,4	P=0,491*
Sinusite 12 meses (%)	34,4	14,7	23,3	17,1	25,7	37,8	P=0,134*
Pneumonias (%)	18,8	8,8	13,3	14,6	17,1	22,2	P=0,699*
Tempo das pneumonias em anos - M (DP)	10 (5,7)	21,3 (10,1)	10,5 (5,4)	9,7 (6,9)	10,7 (5,6)	20,5 (16,8)	(P=0,204)#
Uso de Anti-biótico em 12 meses (%)	12,5	11,8	30	29,3	11,4	33,3	P=0,035* Controles < Motoristas (p=0,046)

M (DP) = Média (desvio padrão)

= Teste de Kruskal Wallis

* = Teste de Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3 Descritivo e comparativo de série branca em amostra de trabalhadores da limpeza urbana e grupo Controle, São Paulo, 2007

Função/ Parâmetro	Controles N=32	Aterro N=34	Transbordo N=30	Coletores N=41	Varredores N=35	Motoristas N=45	Comparativo entre funções #
Leucócitos totais por mL M (DP)	6059,4 (1632,5)	6400,0 (1830,2)	6760,0 (1507,8)	6507,3 (1637,9)	5791,4 (1852,4)	7126,7 (1691,1)	P=0,027 Motoristas > Controles e Varredores
Bastões por μ L M (DP)	0	207,0 (254,6)	0	104,0	25,0	393,0	P=0,362
Segmentados to- tais por μ L M (DP)	0	5184,0 (5803,9)	0	3016,0	975,0	9432,0	P=0,362
Neutrófilos por μ L M (DP)	3319,2 (1191,7)	3585,3 (1518,7)	3513,1 (935,0)	3636,4 (1260,8)	2890,2 (1160,3)	3881,9 (1272,5)	P=0,021 Motoristas > Varredores
Eosinófilos por μ L M (DP)	194,1 (113,1)	282,3 (359,9)	268,4 (222,7)	389,3 (360,1)	423,3 (564,2)	400,5 (366,2)	P= 0,057
Basófilos por μ L - M (DP)	37,0 (23,6)	45,1 (41,7)	48,7 (23,6)	42,9 (21,3)	41,2 (34,0)	49,0 (26,2)	P=0,081
Linfócitos por μ L M (DP)	2131,2 (623,9)	2095,9 (481,0)	2545,1 (678,3)	2025,0 (547,1)	2126,4 (614,5)	2327,7 (635,7)	P=0,010 Transbordo > Coletores
Monócitos por μ L M (DP)	377,9 (155,4)	401,8 (149,8)	384,8 (147,3)	413,9 (157,8)	339,2 (155,8)	467,8 (132,7)	P=0,003 Motoristas > Varredores

M (DP) = Média (Desvio Padrão)

= Teste de Kruskal Wallis

Tabela 4 Marcadores inflamatórios em amostra de trabalhadores da limpeza urbana e grupo Controle, São Paulo, 2007

Função/ Parâmetro	Controles N=32	Aterro N=34	Transbordo N=30	Coletores N=41	Varredores N=35	Motoristas N=45	Comparativo entre funções
VHS em mm - M (DP)	3,7 (3,1)	3,00 (3,0)	3,1 (2,7)	2,6 (1,8)	2,7 (2,1)	3,0 (2,2)	P=0,517#
Proteína C em mg/L - M (DP)	2,6 (4,0)	2,2 (5,1)	1,7 (1,9)	2,0 (4,0)	3,2 (7,1)	3,0 (6,2)	P=0,809#
Hepatite B positividade (%)	6,3	8,8	6,7	9,8	20	8,9	P=0,439*
Leptospirose positividade (%)	18,7	0	0	0	25,7	2,2	P<0,001* Controles > Aterro, Transbordo, Coletores (p<0,001) e Motoristas (p= 0,005)
Antiestreptolisina O - M (DP)	140,1 (107,3)	116,5 (83,8)	84,6 (86,0)	82,9 (72,9)	128,7 (202,4)	104,8 (79,3)	P=0,204#

M (DP) = Média (Desvio Padrão)

= Teste de Kruskal Wallis

* = Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 5 Exame parasitológico de fezes em trabalhadores da limpeza urbana em São Paulo, 2007

Função/ Parâmetro	Controles N=32	Aterro N=34	Transbordo N=30	Coletores N=41	Varredores N=35	Motoristas N=45	Comparativo entre funções
Protoparasitológico positivos totais (%)	34,4	38,2	33,3	56,1	65,7	42,2	P=0,036* Controles < Varredores (p=0,005)
Protozoário parasitas presentes (%)	18,8	26,9	20	47,5	55,9	35,6	P=0,004* Controles < Coletores (p=0,046) e Varredores (p=0,006)
Helmintos presentes (%)	0	0	0	0	0	2,2	P=0,573*

* = Qui-quadrado de Pearson

Discussão

No presente estudo, os resultados mostraram ausência de agravos de saúde detectáveis nos grupos de Coletores, Aterro e Transbordo quando comparados ao grupo Controle, possivelmente resultante das políticas de prevenção e imunização realizadas. O grupo dos Varredores mostrou-se mais vulnerável à exposição para hepatite B, leptospirose e parasitoses intestinais.

Questionários e entrevistas com funcionários podem ser fontes de vários tipos de vícios. Para diminuir o vício de seleção, a população foi selecionada aleatoriamente e pareada por idade. O vício de informação foi diminuído com o uso de entrevistador treinado para obter a informação correta, evitando direcionar a resposta. Ainda pode haver outro vício de informação quando esta é dada com outro propósito que não para o qual a pergunta foi concebida. O chamado “efeito do trabalhador saudável”, que é principalmente encontrado nas camadas socioeconômicas mais baixas, tende a minimizar sintomas e relato de doenças relacionadas ao trabalho devido à incerteza do uso das informações. Outra dificuldade de obtenção das informações é o vício de memória, quando o entrevistado pode não se lembrar precisamente do que aconteceu no passado recente. Na parte das entrevistas do presente trabalho, não podemos descartar um vício de memória ou o “efeito do trabalhador saudável”.

Outro tipo de vício é o de seleção dos grupos. A exclusão dos tabagistas devido aos efeitos pró-inflamatórios resultantes do tabagismo pode selecionar indivíduos mais saudáveis, todavia, como este critério foi o mesmo usado para os Controles, diminui a probabilidade de diferença entre os grupos. A exclusão de TLU com quadros agudos febris ou uso de antibióticos pode criar outro vício de seleção. Entretanto, o pequeno número de exclusões por processos febris agudos e a semelhança entre o número relatado de infecções passadas e marcadores sorológicos de infecção entre os grupos (Tabela 2) diminui essa possibilidade. Ainda que os grupos tenham sido formados e

pareados aleatoriamente a partir do grupo de menor contingência, não é possível descartar um vício de seleção. A não inclusão ou o registro dos indivíduos com menos de 30 meses na função dá-se pelo período de exposição limitado deste grupo. Dado o número de participantes ser limitado para o número de grupos e variáveis estudadas, é recomendável a realização de estudos com um contingente maior de participantes para a confirmação dos achados descritos. Os autores limitam-se à comparação dos grupos estudados evitando a extrapolação a todo o contingente de TLU.

Para o presente estudo, foi feita uma estratégia de não utilizar amostras proporcionais ao tamanho do contingente total dos TLU, limitando a extrapolação dos achados ao universo dos TLU, mas sim de tentar garantir a homogeneidade das variâncias por meio da criação de grupos de tamanho similares, com valores de dispersão sobre as médias mais facilmente comparáveis (ROTHMAN, 1998).

O perfil da população foi considerado homogêneo devido à inclusão somente de indivíduos do sexo masculino, pareados por idade e sem diferenças nos hábitos de tabagismo prévios. O relato do *status* vacinal demonstrou diferenças que refletem uma política de cobertura para tétano acima de 90% em todos os grupos de contato com os RS, atingindo 100% de cobertura relatada entre os coletores, em contraste com o nível menor de cobertura do grupo Controle (Tabela 1). O relato da vacinação para hepatite B é superior a 70% nos grupos de Aterro, Transbordo, Coleta e Motoristas. Os grupos Controle e Varredores relataram os menores percentuais de vacinação.

A presença de sintomas de dores articulares, episódios febris, número de episódios de pneumonia, sinusite ou uso de antibiótico nos últimos 12 meses são indicadores de eventos de natureza inflamatória ou infecciosa (SAKETKOO; ESPINOZA, 2006). No presente estudo, não foi evidenciado aumento de relatos de pneumonias ou sinusites entre os TLU (Tabela 2). Apesar da associação de sintomas respiratórios com a separação do

lixo doméstico já ter sido relatada (HELDAL; EDUARD, 2004), a manipulação, o transporte e a estocagem dos RS pela metodologia estudada não mostram diferenças entre os grupos estudados, sugerindo exposição a agentes irritativos mais elevada nas práticas de reciclagem dos RS, comparada às funções estudadas.

A série branca do hemograma mostra a contagem total e diferencial dos leucócitos e é comumente afetada por doenças inflamatórias e infecciosas agudas ou crônicas. O diferencial dos leucócitos pode trazer muitas informações sobre o grau de ativação do sistema imunológico, entretanto não é considerado um exame muito sensível para demonstrar ativações mais sutis do sistema imunológico. A VHS e PCR são mais sensíveis do que as alterações na série branca do hemograma, sendo seu uso conjunto uma estratégia sensível, porém pouco específica para avaliar indicadores inflamatórios significativos. Em uma situação de exposição biológica significativa, espera-se encontrar um aumento do número de leucócitos e seus subgrupos, aumento da VHS e da PCR, podendo ocorrer também um aumento nas formas jovens de leucócitos (bastões) nos casos de infecções agudas. O presente estudo não mostrou elevação nos indicadores de ativação inflamatória tanto na série branca, como pela comparação dos valores de VHS e PCR nos grupos de contato direto com os RS (Coletores, Varredores, Aterro e Transbordo) quando comparados aos Controles (Tabelas 3 e 4). Estudos similares mostram resultados controversos. Gladding, Thorn e Stott (2003) demonstraram valores de hemograma normais em funcionários de reciclagem de lixo doméstico com diminuição percentual de macrófagos, enquanto Thorn, Beijer e Rylander (1998) demonstraram uma diminuição do número de macrófagos juntamente com o aumento do número de linfócitos, sem alteração na contagem total dos leucócitos em Coletores de RS. Ray et al. (2005) descrevem aumento na contagem dos leucócitos e dos eosinófilos além de outros agravos à saúde em funcionários de depósito de lixo a céu aberto na Índia, sugerindo um efeito diferente na saúde relativo às diferentes maneiras de processamento e armazenagem dos RS.

Os linfócitos, os neutrófilos e os macrófagos são peças fundamentais na resposta imunológica. Eles têm papéis destacados tanto na imunidade humoral (produção de anticorpos), quanto na imunidade celular (fagocitose). De forma inesperada, o estudo mostrou contagens de leucócitos totais, neutrófilos e monócitos mais elevadas em Motoristas quando comparados aos Controles e Varredores. Esta diferença pode significar somente as variações intrínsecas do leucograma ou um estado de ativação inflamatória sanguínea desse grupo por outro tipo de agente agressor, uma vez que o Motorista não tem contato direto com os RS. Os motoristas de grandes cidades podem estar expostos a níveis elevados de material particulado fino dentro da cabine de veículos decorrentes da concentração dos poluentes externos, oriundos da queima de combustível (ZHU et al., 2007). Ensaios com animais já demonstraram o aumento do número de leucócitos e monócitos no sangue após exposição ao material particulado ultrafino suspenso no ar (GOTO et

al., 2004), sugerindo uma exposição ocupacional não relacionada aos RS, mas sim à queima de combustíveis fósseis com aumento no uso de antibiótico e reflexos na série branca.

Em estudos epidemiológicos, o uso de marcadores sorológicos é útil para identificar a exposição prévia por contato direto ou por vacinação com os agentes biológicos estudados. A importância da hepatite é sistematicamente lembrada em estudos de saúde ocupacional de TLU e, por alguns, é considerada como marcador de exposição biológica (TREVISAN et al., 1999). A política de vacinação para hepatite A e B é advogada como mandatória para a proteção dos trabalhadores em contato com RS devido a relatos de presença de componentes virais em amostras de RS (DENG; DAY; CLIVER, 1984; SQUERI et al., 2006). A dosagem do anticorpo anti-core do vírus da hepatite B indica o contato prévio com o vírus. Não foram encontradas diferenças na comparação do Anti-HBc na população estudada (Tabela 4). Resultados negativos similares já haviam sido relatados na literatura com funcionários da limpeza urbana na Grécia (DOUNIAS et al., 2005) e, em revisão da literatura sobre o assunto, Toher et al. (2005) ressaltaram não existir um único caso de hepatite ou tétano ocupacional entre os TLU devidamente descrito na literatura. Por outro lado, o contato com o vírus já foi relatado na Itália em até cerca de 32% da população de TLU (SQUERI et al., 2006). Em estudo brasileiro, a comparação da soroconversão para Anti-HBc entre Coletores de RS domiciliares e hospitalares mostrou positividade de 12,9% a 14,2%, nos respectivos grupos, não sendo observada diferença entre os grupos estudados (FERREIRA et al., 1999). Em relatório técnico da Fundacentro, nas 3.735 comunicações de acidentes de trabalho entre 1990 e 1994, há somente um relato de exposição a doenças transmissíveis por mecânico de veículo entre os TLU (MAÇÁIRA; TOLEDO; ANDREOTTI, 1999). De forma inesperada, o grupo dos Varredores mostrou um percentual de positividade do Anti-HBc elevado, sugerindo a necessidade de inclusão deste grupo nas políticas sistemáticas para a vacinação para a hepatite B.

A antiestreptolisina O (ASLO) é um anticorpo decorrente da interação imunológica entre o organismo e produtos extracelulares do estreptococo, uma bactéria gram-positiva potencialmente patogênica e não patogênica. Os estreptococos são largamente distribuídos na natureza e como comensais em animais. Mais de 20 espécies estão catalogadas no Manual Bergey. As infecções decorrentes dos estreptococos são geralmente adquiridas por inalação ou ingestão. Aerossol, contato direto ou fômites são os modos mais comuns da difusão. A ASLO é um marcador útil para avaliar o grau de contato com o estreptococo, responsável por infecções respiratórias como sinusites e pneumonias, além de doenças diarreicas. Títulos elevados e crescentes, atingindo um nível máximo em 4 a 6 semanas, sugerem infecção estreptocócica recente. Os resultados obtidos não mostraram diferenças de titulação entre os grupos (Tabela 4), não demonstrando evidências de infecção recente por este microorganismo em nenhum dos grupos estudados.

A leptospirose é uma doença transmitida pela espiroqueta patogênica *Leptospira interrogans* e está relacionada à urina de rato, sendo comuns surtos em situações de inundação. O contato com a leptospirose também pode ser determinado pela sorologia. A Tabela 4 mostra um percentual de positividade significativamente diferente entre os grupos de função. O percentual de positividade da sorologia foi elevado entre os Varredores e os Controles. A prevalência de sorologia positiva entre trabalhadores de esgotos no sudeste do Brasil já havia sido descrita como em cerca de 10% (ALMEIDA et al., 1994) e Coletores de lixo em cerca de 47% (VASCONCELOS et al., 1992). Em estudo sorológico retrospectivo de 29 anos, Romero, Bernardo e Yasuda (2003) afirmam que a leptospirose é endêmica no estado de São Paulo, o que pode parcialmente explicar a positividade da sorologia em Controles e Varredores. Os parasitas intestinais estão entre os patógenos mais frequentemente encontrados em seres humanos e o contato direto com os RS pode aumentar a possibilidade de infestações parasitárias intestinais. A presença de parasitas e comensais nas fezes é diagnosticada pela pesquisa de ovos ou larvas de helmintos, cistos ou oocistos de protozoários nas fezes.

O exame parasitológico de fezes frescas possui uma excelente especificidade. Entretanto, sua sensibilidade só será adequada (95%) se forem solicitados exames de pelo menos três amostras de fezes em dias distintos. Portanto, um resultado negativo em uma única amostra não elimina a possibilidade de uma parasitose.

A positividade vai depender de diferentes fatores. O estágio da infecção, o ciclo do parasita, a eliminação intermitente de formas de resistências, a intensidade do parasitismo e o exame propriamente dito, que utiliza apenas uma pequena amostra do material enviado, são alguns dos fatores que interferem na possibilidade do exame se revelar positivo. Os organismos avaliados pelo exame protoparasitológico podem ser divididos entre protozoários e helmintos. Os Coletores, os Varredores e os Motoristas mostraram percentuais mais elevados de protozoários achados nas fezes. Mesmo utilizando-se de amostra única de fezes, os achados mostraram uma prevalência de positividade acima dos percentuais da população de 8,8% a 17,8% em estudos epi-

demiológicos de pequenas populações (GIOIA, 1992; FERREIRA; FERREIRA; MONTEIRO, 2000). Estudos de infestação parasítica intestinal em trabalhadores de limpeza urbana não são frequentes na literatura. Um estudo realizado na Nigéria mostrou percentuais de positividade altos em diferentes trabalhadores da limpeza urbana com divisão de grupos e resultados similares (MBA, 2004). Apesar de não ser possível descartar as diferenças de contaminação protoparasitária devidas a outros condicionantes não relacionados à exposição ocupacional, como condições de moradia, renda familiar e grau de escolaridade (FERREIRA; FERREIRA; MONTEIRO, 2000), recomenda-se uma política de prevenção e controle para parasitas intestinais nas populações de TLU estudadas, especialmente aplicável entre Coletores e Varredores na cidade de São Paulo.

Conclusão

No grupo dos Varredores, verificou-se um percentual maior de presença de protozoários nas fezes, menor cobertura vacinal para hepatite B e maior percentual de contato com o agente causador da leptospirose. Este grupo pode beneficiar-se de políticas de vacinação sistemática para hepatite B, de prevenção e controle para parasitoses intestinais e medidas preventivas para leptospirose. O grupo dos Motoristas fez uso mais frequente de antibióticos e mostrou contagem de leucócitos totais maior que o grupo Controle e percentual de macrófagos e neutrófilos maior que os Varredores. Não foram observadas diferenças entre episódios de sinusites, pneumonias, marcadores séricos de atividade inflamatória, contato com o vírus da hepatite B ou com a estreptolisina O entre os grupos estudados. Os grupos de Coleta, Transbordo e Aterro apresentaram indicadores de infecções respiratórias e aumento da atividade inflamatória sistêmica similares aos Controles, não sugerindo risco elevado para estas patologias nesses grupos. Estudos posteriores são necessários para confirmar os achados aqui relatados.

Referências

ALMEIDA, L. P. et al. Serological survey of leptospirosis among environmental sanitation workers in an urban locality in the southern region of Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 76-81, fev. 1984.

DENG, M. Y.; DAY, S. P.; CLIVER, D. O. Detection of hepatitis A virus in environmental samples by antigen-capture PCR. *Applied and Environmental Microbiology*, United States, v. 60, n. 6, p. 1927-1933, June 1984.

DOUNIAS, G. et al. Prevalence of hepatitis B virus markers in municipal solid waste workers in Keratsini

(Greece). *Occupation Medicine*, England, v. 55, n. 1, p. 60-63, Jan. 2005.

FERREIRA, J. A. et al. Exposição à infecção pelo vírus da hepatite B em trabalhadores da coleta de lixo domiciliar e hospitalar no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 11, p. 69-79, 1999.

FERREIRA, M. U.; FERREIRA, C. S.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34 (6 Supl.), p. 73-82, dez. 2000.

- GIOIA, I. Prevalência de parasitoses intestinais entre os usuários do centro de saúde do distrito Sousas, Campinas, SP (1986-1990). *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 25, n. 3, p. 177-182, jul./set. 1992.
- GLADDING, T.; THORN, J. C.; STOTT, D. Organic dust exposure and work-related effects among recycling workers. *American Journal of Industrial Medicine*, United States, v. 43, n. 6, p. 584-591, June, 2003.
- GOTO, Y. et al. Particulate matter air pollution stimulates monocyte release from the bone marrow. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, United States, v. 170, n. 8, p. 891-897, Oct. 2004.
- HELDAL, K. K.; EDUARD, W. Associations between acute symptoms and bioaerosol exposure during the collection of household waste. *American Journal of Industrial Medicine*, United States, v. 46, n. 3, p. 253-260, Sept. 2004.
- IVENS, U. I. et al. Season, equipment, and job function related to gastrointestinal problems in waste collectors. *Occupational and Environmental Medicine*, England, v. 54, n. 12, p. 861-867, Dec. 1997.
- LAVOIE, J. et al. Exposure to aerosolized bacteria and fungi among collectors of commercial, mixed residential, recyclable and compostable waste. *The Science of the Total Environment*, Netherlands, v. 370, n. 1, p. 23-28, Oct. 2006.
- LEIGHNER, L. A. Don the barriers. *Critical Care Nursing Quarterly*, United States, v. 24, n. 2, p. 30-38, Aug. 2001.
- LINZALONE, N.; BIANCHI, F. Studying risks of waste landfill sites on human health: updates and perspectives. *Epidemiologia e Prevenzione*, Italy, v. 29, n. 1, p. 51-53, Jan./Feb. 2005.
- MAÇÃIRA, E. F.; TOLEDO, L. F.; ANDREOTTI, M. Análise dos acidentes de trabalho e doenças nos trabalhadores das empresas prestadoras de serviço de limpeza pública da cidade de São Paulo no período de 1990 a 1994. São Paulo: Fundacentro, 1999. Relatório Técnico Fundacentro.
- MBA, O. O. Intestinal parasites among waste-handlers in Jos Metropolitan Area of Plateau State, Nigeria. *Sahel Medical Journal*, v. 7, n. 1, p. 13-17, 2004.
- MIDTGARD, U. et al. Bioaerosol exposure and related health effects in waste collection. *Schriftenreihe des Vereins für Wasser-, Boden- und Lufthygiene*, Germany, v. 104, p. 523-532, 1999.
- POULSEN, O. M. et al. Sorting and recycling of domestic waste. Review of occupational health problems and their possible causes. *The Science of the Total Environment*, Netherlands, v. 168, n. 1, p. 33-56, May, 1995.
- RAY, M. R. et al. Respiratory and general health impairments of workers employed in a municipal solid waste disposal at an open landfill site in Delhi. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, Germany, v. 208, n. 4, p. 255-262, 2005.
- ROMERO, E. C.; BERNARDO, C. C.; YASUDA, P.H. Human leptospirosis: a twenty-nine-year serological study in Sao Paulo, Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, Brazil, v. 45, n. 5, p. 245-8, Sept./Oct. 2003.
- ROTHMAN, K. *Strategies in the design of epidemiologic studies modern epidemiology*. Filadelfia: Lippincot Williams, 1998.
- SAKETKOO, L. A.; ESPINOZA, R. Impact of biologic agents on infectious diseases. *Infectious Disease Clinics of North America*, United States, v. 24, n. 4, p. 931-961, 2006.
- SQUERI, R. et al. Study on hepatitis B and C serologic status among municipal solid waste workers in Messina (Italy). *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, Italy, v. 47, n. 3, p. 110-113, Sept. 2006.
- THORN, J.; BEIJER, L.; RYLANDER, R. Airways inflammation and glucan exposure among household waste collectors. *American Journal of Industrial Medicine*, United States, v. 33, n. 5, p. 463-470, May, 1998.
- TOOHER, R. et al. Vaccinations for waste-handling workers. A review of the literature. *Waste management & research: the journal of the International Solid Wastes and Public Cleansing Association, ISWA*, England, v. 23, n. 1, p. 79-86, Feb. 2005.
- TREVISAN, A. et al. Seroprevalence of hepatitis A markers in subjects exposed to biological risk. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Germany, v. 72, n. 2, p. 125-127, May 1999.
- VASCONCELOS, L. M. et al. Anti-Leptospira agglutinins in different professional groups in the city of Londrina, Parana. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Brazil, v. 25, n. 4, p. 251-255, Sept./Oct. 1992.
- ZHU, Y. et al. In-cabin commuter exposure to ultrafine particles on Los Angeles freeways. *Environmental Science & Technology*, United States, v. 41, n. 7, p. 2.138-2.145, Apr. 2007.

Renata de Queiroz Santana Vidal¹
Annibal Muniz Silvano Neto¹

Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003*

Brazilian female workers: socioeconomic and occupational characteristics and health profile, Brazil, 2003

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia.

* Artigo científico apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso da Residência em Medicina do Trabalho, na Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, em dezembro de 2008.

Contato:

Annibal Muniz Silvano Neto

Faculdade de Medicina (Pavilhão de Aulas)

Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n^o,
Campus UFBA-Canela, Salvador, Bahia.

CEP: 41110-100

E-mail:

silvanyn@ufba.br

Resumo

Foi realizado um estudo transversal para traçar um perfil das mulheres brasileiras inseridas no mercado de trabalho, comparativamente aos homens, considerando características sociodemográficas, aspectos relativos à saúde e situação socioeconômica de trabalho, utilizando dados da PNAD-IBGE de 2003. A amostra analisada foi de 173.094 pessoas, com 10 anos ou mais de idade e ocupação definida. A abordagem estatística incluiu descrição da amostra, comparação das características gerais e ocupacionais de mulheres e homens e comparação da situação de saúde de mulheres e homens, calculando-se razões de prevalências e seus intervalos de confiança. Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas na maior parte das variáveis investigadas. Comparativamente aos homens, as mulheres tinham um perfil educacional mais elevado, rendas mensais menores, jornadas de trabalho remunerado menores e maior tempo dedicado aos afazeres domésticos. Houve diferença na distribuição de mulheres e homens nos agrupamentos ocupacionais. Encontraram-se prevalências maiores de doenças crônicas e de relatos de piores estados de saúde entre as trabalhadoras. Os resultados obtidos ressaltam a importância da realização de mais pesquisas sobre gênero, trabalho e saúde para identificar e esclarecer o papel do trabalho nas diferenças encontradas.

Palavras-chave: saúde dos trabalhadores, trabalho feminino, trabalho e saúde, gênero e saúde.

Abstract

A transversal study was carried out to define the profile of Brazilian women included in the labor market comparatively to men. It took into consideration their social-demographic characteristics and some aspects related to both, their health and work social-economic situations. Information was obtained from the year 2003 PNAD-IBGE (National Household Sample Survey) data. The sample included 173.094 people, with defined occupation and with 10 or more years of age. The statistical approach included description of the sample, comparison of general occupational characteristics of women and men as well as a comparison of their health conditions, calculating prevalence ratios and confidence intervals. The results showed statistically significant differences for the majority of the variables investigated. Comparatively to men, women have higher educational profile, lower income, fewer hours of paid work and longer time spent on household tasks. Differences were found in the distribution of women and men in the occupational groupings. It was also shown that female workers have higher prevalence of chronic diseases and poorer health. The results obtained emphasize that more research on gender, work, and health must be carried out in order to identify and clarify the role of work in the differences found.

Keywords: workers' health, female labor, work and health, gender and health.

Recebido: 16/03/2009

Revisado: 22/05/2009

Aprovado: 25/05/2009

Introdução

O Brasil vem sofrendo intensas transformações econômicas, demográficas e culturais nas últimas décadas. Desde os anos de 1970, um aspecto importante dessas transformações tem sido a participação cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho, compondo a população ativa e no emprego assalariado, de forma cada vez mais diversificada e intensa. Em 1970, apenas 18,2% das mulheres faziam parte da população economicamente ativa; em 30 anos, este percentual passou para 35% (IBGE, 2000; BRUSCHINI; LOMBARDI, 1996; GIATTI; BARRETO, 2002).

Diversos fatores combinados têm sido responsáveis pelo contínuo crescimento da atividade produtiva feminina. As mudanças nos padrões de comportamento, nos arranjos das famílias, o aumento da escolaridade e a queda da taxa de fecundidade têm possibilitado uma redefinição do papel das mulheres em todas as classes sociais. A reestruturação econômica, nos anos de 1990, com a redução dos postos de trabalho em atividades tipicamente masculinas, o crescimento do desemprego, a terceirização da economia e a deterioração da renda familiar, favoreceu a participação das mulheres no trabalho remunerado (WANJAMAN; QUEIROZ; LIBERATO, 1998; GIATTI; BARRETO, 2002).

As diferenças entre homens e mulheres têm estado sempre presentes, não somente no sentido biológico, mas principalmente no social. Em geral, na área de saúde, as diferenças entre os sexos, normalmente apresentadas apenas como descritores da caracterização da população, têm sido tratadas de modo naturalizado. Adota-se no presente estudo a perspectiva de gênero, desenvolvida pelas feministas nas Ciências Sociais, enfatizando o caráter fundamentalmente social dessas diferenças. O termo gênero refere-se à organização social da relação entre os sexos (SCOTT, 1990 apud AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995). Apesar da ênfase no caráter social da diferença entre homens e mulheres, não há negação da dimensão biológica, entendendo o sexo como um aspecto constitutivo da existência social e cultural dos seres humanos (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

Por um bom tempo, os termos gênero e sexo foram utilizados de forma indiscriminada. Na literatura mais recente, o termo sexo é reservado preferencialmente às características biológicas, que são relativamente invariáveis na mulher e no homem, enquanto que gênero é utilizado para apontar as características socialmente construídas, que constituem a definição do feminino e do masculino em diferentes culturas.

A análise mais profunda das relações entre homens e mulheres revela condições de desigualdade de exercício de poder, levando as mulheres a ocuparem posições subalternas e secundárias, diferentemente da visão superficial que apresenta essas diferenças como naturais e inquestionáveis (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

Observa-se uma concentração das trabalhadoras em determinadas atividades ocupacionais, especialmen-

te no setor terciário da economia, incluindo o ramo do trabalho doméstico, que reúne atividades de baixo prestígio social. Classe social e escolaridade fazem diferenciação nessas ocupações, estando as mulheres presentes nas atividades de nível médio, especialmente nas administrativas e comerciais (FONSECA, 1997).

O nível de inserção no processo produtivo está associado aos diferenciais de saúde, com trabalhadores com baixa qualificação apresentando, em geral, pior situação de saúde (ARBER, 1996 apud GIATTI; BARRETO, 2002).

A imagem construída quanto ao conceito arquetípico da mulher tem forte influência nas tarefas e demandas destinadas às mesmas no mercado de trabalho. Esta realidade tem condicionado novos papéis para homens e mulheres nas atividades produtivas. Contudo, a discussão acerca da relação trabalho, saúde e gênero ainda é escassa. No Brasil, quanto aos estudos sobre a saúde feminina, só recentemente tem se buscado a abordagem das relações entre trabalho, saúde e gênero, incorporando a noção de condição de saúde das trabalhadoras como resultante da interseção entre as relações de trabalho e as demais relações sociais. São raros, também, os trabalhos populacionais dedicados à análise da morbidade referida por mulheres trabalhadoras (GIATTI; BARRETO, 2002).

Além da divisão sexual do trabalho, observa-se a divisão sexual das atividades domésticas. O trabalho doméstico feminino, em especial quando existem filhos, afeta a inserção das mulheres no mercado de trabalho, impondo-as constrangimentos que os homens em geral não compartilham, reduzindo o tempo para lazer, relaxamento e atividade física (STRAZDINS; BAMMER, 2004). A crescente inserção em atividades fora do ambiente doméstico não foi seguida de uma desobrigação das antigas funções de cuidados com o lar e os filhos. Mesmo quando as mulheres apresentam carga horária igual ou superior à de seus companheiros, os cuidados com a casa e os filhos costumam ser de responsabilidade majoritária das mulheres, expondo-as a uma sobrecarga de trabalho. Esta responsabilidade leva um grande número de mulheres a optar por jornadas parciais e mesmo interrupções frequentes na vida profissional (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

Associação positiva entre dupla carga de trabalho e pior condição de saúde entre as mulheres tem sido encontrada em estudos recentes, indicando a necessidade de se considerar as especificidades do trabalho feminino, suas exigências e repercussões na saúde (SANTANA; LOOMIS; NEWMAN; 2001; BLANE; BERNEY; MONTGOMERY, 2001). No Brasil, há poucos estudos sobre este tema em âmbito nacional, sendo oportuno estudá-lo.

O objetivo do estudo foi traçar um perfil das mulheres brasileiras inseridas no mercado de trabalho, comparativamente aos homens no mesmo contexto, tendo como referencial as características sociodemográficas, os aspectos relativos à saúde e a situação socioeconômica de trabalho, encontrados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), desenvolvida em 2003, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PNAD é constituída por um sistema de pesquisas por amostra de domicílios que investiga diversas características socioeconômicas, umas de caráter permanente nas pesquisas, como as características gerais da população: educação, trabalho, rendimento e habitação; e outras com periodicidade variável, como as características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição e outros temas, que são incluídos no sistema de acordo com as necessidades de informação para o país.

A abrangência geográfica da PNAD cobre todo o Brasil, excluindo somente a área rural das seguintes unidades da Federação: Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

A pesquisa abrangeu a população residente nas unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos). As informações foram obtidas através de entrevista com informantes nos domicílios selecionados. Quando possível, foram entrevistadas todas as pessoas nos domicílios.

Os dados foram coletados através de questionário semi-estruturados. As características gerais, de migração, educação e características de saúde foram pesquisadas para todas as pessoas da amostra e as de fecundidade para as mulheres de 10 anos ou mais de idade. O levantamento das características de trabalho e rendimento abrangeu as pessoas de 10 anos ou mais de idade e, de forma mais restrita, as crianças de 5 a 9 anos de idade. Aspectos específicos dos serviços preventivos de saúde feminina foram investigados nas mulheres a partir de 25 anos de idade.

O tamanho da amostra da PNAD 2003 foi de 384.834 pessoas, selecionadas aleatoriamente em todo o Brasil. Para a finalidade da presente pesquisa, foram analisados apenas os dados referentes à população de 10 anos ou mais, com ocupação definida na semana de referência. Assim, a amostra analisada foi constituída por 173.094 pessoas.

Um maior detalhamento da amostragem e outros aspectos da metodologia podem ser encontrados em IBGE (2003).

As pessoas que tinham trabalho durante todo ou parte desse período foram classificadas, pela PNAD, como ocupadas no período de referência especificado (semana de referência). Incluíram-se, ainda, como ocupadas, as pessoas que não exerceram seu trabalho remunerado no período especificado por motivo de férias, licença, greve etc.

As variáveis utilizadas para caracterização e comparação dos trabalhadores conforme a variável “sexo” foram:

a) características sociodemográficas: região onde mora; nascimento no município de residência; condição na unidade domiciliar (dentro de cada unidade classificaram-se as pessoas em função da relação com a pessoa de referência ou com o seu cônjuge, sendo a pessoa de referência a responsável pela unidade domiciliar ou assim considerada pelos demais membros); cor ou raça autorreferida; idade em anos; saber ler e escrever; curso escolar frequentado; frequência anterior à escola; curso mais elevado frequentado anteriormente; e escolaridade (em intervalos de classes de anos de estudo).

b) características socioeconômicas de trabalho e de dedicação aos afazeres domésticos: ter exercido algum trabalho na semana de referência; estar afastado temporariamente do trabalho remunerado; estar aposentado; posição de ocupação no trabalho principal; número de trabalhos na semana de referência; jornada diurna/noturna; contribuição para instituto previdenciário; grupamento ocupacional do trabalho principal; grupamento de atividade principal do empreendimento; dedicação aos afazeres domésticos e horas dedicadas aos afazeres domésticos.

c) características de saúde: percepção da própria saúde; relato de doenças crônicas diagnosticadas por médico ou profissional de saúde que a pessoa consultou, tendo sido definidas de forma a facilitar a compreensão (cirrose, tuberculose, insuficiência renal crônica, diabetes, artrite ou reumatismo, doença da coluna, depressão, cardiopatia, bronquite ou asma, hipertensão, câncer e tendinite ou tenossinovite); realização de consulta médica no último ano; última visita ao dentista (medida em anos); e cobertura por plano de saúde.

Considerou-se como trabalho em atividade econômica o exercício de trabalho remunerado; trabalho não-remunerado; e trabalho na produção para o próprio consumo ou na construção para o próprio uso.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) domiciliar, que é uma adaptação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) para as pesquisas domiciliares, e a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) domiciliar, que é uma adaptação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) para as pesquisas domiciliares, foram adotadas para a classificação das ocupações e das atividades investigadas na PNAD.

Entendeu-se por afazeres domésticos a realização, no domicílio de residência, de tarefas (que não se enquadravam no conceito de trabalho) de arrumar ou limpar toda ou parte da moradia; cozinhar ou preparar alimentos; passar roupa; lavar roupa ou louça, utilizando ou não aparelhos eletrodomésticos para executar estas tarefas para si ou para outro(s) morador(es); orientar ou dirigir trabalhadores domésticos na execução das tarefas domésticas; cuidar de filhos ou menores moradores; limpar o quintal ou terreno que circunda a residência.

Entendeu-se como doença crônica aquela que acompanhava a pessoa por um longo período de tempo, podendo ter fases agudas, momentos de piora ou melhora sensível. Deveriam ser diagnosticadas por médico ou profissional de saúde que a pessoa consultou, sendo definidas pelo entrevistador no momento da coleta das informações, de modo a facilitar a compreensão do entrevistado.

Na abordagem estatística dos dados, foi feita: a) descrição da amostra, utilizando-se procedimentos usuais da estatística descritiva, tais como cálculo de frequências, de medidas de tendência central e de dispersão; b) comparação das características gerais e ocupacionais de mulheres e homens, utilizando-se o método da aproximação quadrática de Fleiss para o cálculo de intervalo de 95% de confiança para uma proporção, sendo a inferência estatística realizada verificando-se a superposição ou não desses intervalos (FLEISS, 1981); c) comparação da situação de saúde de mulheres e homens calculando-se razões de prevalências e seus respectivos intervalos de 95% de confiança através das séries de Taylor. Os indivíduos para os quais não tinham sido obtidos dados de uma variável foram excluídos apenas da comparação estatística específica para aquela variável. Para o processamento dos dados, foram utilizados os programas estatísticos “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) versão 13.0 e o EpiInfo versão 6.04d.

Resultados

A porcentagem mais alta de valores perdidos (1,36%) foi obtida para a variável “rendimento de todas as fontes”. Foram analisadas 173.094 pessoas, sendo 71.891 (41,5%) do sexo feminino e 101.203 (58,5%) do sexo masculino. A distribuição dos indivíduos estudados, em ordem decrescente, por região onde moravam, foi de 31,2% para o nordeste, 29,8% para o sudeste, 17,5% para o sul, 11,1% para o centro-oeste e 10,4% para o norte. Cerca de 50% nasceram no município de residência. Aproximadamente 90% sabiam ler e escrever e 84,4% não frequentavam a escola. Mais de 93,5% já haviam frequentado a escola anteriormente. Cerca de 45% contribuíam para o instituto de previdência. Quanto ao número de trabalhos, aproximadamente 95% tinham apenas um, 4% tinham dois e apenas 0,3% tinha três ou mais empregos.

A média de idade foi de $36,21 \pm 13,29$ anos, mínimo de 10 e máximo de 98 para mulheres, e de $35,96 \pm 14,25$ anos para homens, variando de 10 a 99 anos. A diferença entre essas médias foi altamente significativa.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas na amostra, segundo a variável “sexo”. Quanto à distribuição por região do país, houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres em todas as regiões. Quanto à variável “nascimento no município de residência”, apesar da diferença es-

tatisticamente significativa, os valores se aproximaram muito. Na variável “cor ou raça”, houve diferença estatisticamente significativa na proporção de brancos e pardos. Quanto à condição na unidade domiciliar, apenas 21,4% das mulheres foram classificadas como pessoas de referência contra 63,9% dos homens, com diferença estatisticamente significativa. Cerca de metade das mulheres tiveram sua condição dada como cônjuge.

Com referência ao perfil educacional, foi encontrada diferença estatisticamente significativa em todas as variáveis estudadas, com exceção da categoria “alfabetização para adultos” da variável “curso mais elevado que frequentou anteriormente”, em que ocorreu discreta superposição de intervalos. As mulheres encontraram-se em faixas de melhor instrução. Sabiam ler e escrever: 92,2% das mulheres e 89,0% dos homens. Não cursavam escola 82,9% das mulheres e 85,5% dos homens. Somando-se as frequências do curso universitário de graduação, mestrado ou doutorado, encontraram-se 5,7% das mulheres contra 3,1% dos homens. Com relação ao curso mais elevado frequentado anteriormente, estando excluídos os que ainda frequentavam algum curso, somando-se curso superior, mestrado ou doutorado enquadraram-se 14,1% das mulheres contra 9,2% dos homens. Referiram 15 anos ou mais de estudo 9,8% das mulheres contra 6,1% dos homens, e as proporções dos enquadrados em “sem instrução e menos de 1 ano” foram, respectivamente, de 8,6% e 11,6% (Tabela 1).

Na PNAD, as informações sobre fecundidade foram dirigidas apenas aos moradores do sexo feminino, sendo encontrado que 69,4% das mulheres ocupadas tinham filhos.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos indivíduos estudados conforme variáveis socioeconômicas de trabalho e sexo. Houve superposição de intervalos apenas para a variável “contribuição para instituto previdenciário” e para as categorias “dois” e “três ou mais” da variável “número de trabalhos na semana de referência”. A maior parte dos entrevistados estava exercendo algum trabalho na semana de referência, com valores de 93,4% para as mulheres e 97,1% para os homens, com afastamento temporário de 1,8% e 1,5% para mulheres e homens, respectivamente. Contribuíam para instituto previdenciário, 45,1% das mulheres e 45,6% dos homens. Eram aposentados por instituto de previdência ou diretamente pelo governo federal, 5% das mulheres e 6,1% dos homens. Tinham apenas um trabalho, 95,4% das mulheres e 95,2% dos homens. Os resultados encontrados mostram jornadas de trabalho semanais maiores para os homens. Somando-se as horas habitualmente trabalhadas por semana em todos os trabalhos da semana de referência, foi relatada jornada de até 44 horas por 72,2% das mulheres, sendo que 11,3% referiram jornadas de até 14 horas. Apenas 52,4% dos homens tinham jornada de até 44 horas semanais e 27,5% tinham jornadas maiores ou iguais a 49 horas, contra 15% das mulheres.

Tabela 1 Distribuição dos indivíduos estudados, segundo variáveis sociodemográficas e sexo, Brasil, 2003

Variável	Mulheres			Homens		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Região onde mora*						
Nordeste	21.922	30,5	(30,16-30,83)	32.012	31,6	(31,34-31,92)
Sudeste	21.746	30,2	(29,91-30,59)	29.817	29,5	(29,18-29,74)
Sul	13.224	18,4	(18,11-18,68)	17.095	16,9	(16,66-17,12)
Centro-Oeste	7.684	10,7	(10,46-10,91)	11.517	11,4	(11,18-11,58)
Norte	7.315	10,2	(9,95-10,40)	10.762	10,6	(10,44-10,83)
Nasceu no município de residência*	35.292	49,1	(48,73-49,46)	50.691	50,1	(49,78-50,40)
Condição na unidade domiciliar*						
Pessoa de referência	15.405	21,4	(21,13-21,73)	64.646	63,9	(63,58-64,17)
Cônjuge	35.201	49,0	(48,59-49,33)	3.099	3,1	(2,95-3,17)
Outros	21.285	29,6	(29,27-29,94)	33.458	33,1	(32,77-33,35)
Cor ou raça						
Indígena	174	0,2	(0,21-0,28)	206	0,2	(0,18-0,23)
Branca*	36.636	51,0	(50,60-51,33)	48.308	47,7	(47,43-48,04)
Preta	4.608	6,4	(6,23-6,59)	6.814	6,7	(6,58-6,89)
Amarela	291	0,4	(0,36-0,45)	356	0,4	(0,32-0,39)
Parda*	30.180	42,0	(41,62-42,34)	45.514	45,0	(44,67-45,28)
Sabe ler e escrever*	66.303	92,2	(92,02-92,42)	90.034	89,0	(88,77-89,16)
Curso que frequenta*						
Alfabetização de adultos	614	0,9	(0,79-0,92)	506	0,5	(0,46-0,55)
Rede de ensino fundamental ou 1º grau	2.885	4,0	(3,87-4,15)	5.548	5,5	(5,34-5,62)
Regular de ensino fundamental ou 2º grau	3.049	4,2	(4,09-4,39)	3.823	3,8	(3,66-3,90)
Supletivo de ensino fundamental ou 1º grau	709	1,0	(0,92-1,06)	733	0,7	(0,67-0,78)
Supletivo de ensino médio ou 2º grau	571	0,8	(0,73-0,86)	594	0,6	(0,54-0,64)
Pré-vestibular	356	0,5	(0,45-0,55)	295	0,3	(0,26-0,33)
Superior	3.757	5,2	(5,06-5,39)	2.882	2,8	(2,75-2,95)
Mestrado ou doutorado	327	0,5	(0,41-0,51)	265	0,3	(0,23-0,30)
Não frequenta	59.622	82,9	(82,66-83,21)	86.555	85,5	(85,31-85,74)
Anteriormente frequentou escola *	56.439	94,7	(94,48-94,84)	80.216	92,7	(92,51-92,86)
Curso mais elevado que frequentou anteriormente*						
Creche/pré-escolar	93	0,2	(0,13-0,20)	193	0,2	(0,21-0,28)
Alfabetização para adultos	540	1,0	(0,88-1,04)	873	1,1	(1,02-1,16)
Ensino primário, médio, 1º ciclo ou 1º grau	29.444	52,2	(51,84-52,67)	49.762	62,0	(61,70-62,37)
Ensino médio, 2º ciclo ou 2º grau	18.414	32,6	(32,29-33,07)	22.003	27,4	(27,12-27,74)
Superior, mestrado ou doutorado	7.948	14,1	(13,82-14,40)	7.384	9,2	(9,01-9,41)
Anos de instrução*						
Sem instrução e menos de 1 ano	6.128	8,6	(8,39-8,81)	11.622	11,5	(11,36-11,76)
1 a 3 anos	7.549	10,6	(10,37-10,82)	13.573	13,5	(13,29-13,71)
4 a 7 anos	18.273	25,5	(25,32-25,96)	30.151	29,9	(29,51-30,08)
8 a 10 anos	11.488	16,0	(15,85-16,39)	17.132	17,0	(16,70-17,16)
11 a 14 anos	21.167	29,6	(29,36-30,04)	22.211	22,0	(21,69-22,20)
15 anos ou mais	6.957	9,7	(9,55-9,98)	6.171	6,1	(5,95-6,25)

*Diferenças estatisticamente significantes entre mulheres e homens

Tabela 2 Distribuição dos indivíduos estudados, conforme variáveis socioeconômicas de trabalho, dedicação aos afazeres domésticos e sexo, Brasil, 2003

Variável	Mulheres		IC 95%	Homens		IC 95%
	n	%		n	%	
Exerceu algum trabalho na semana de referência*	67.139	93,4	(93,20-3,57)	98.289	97,1	(97,01-97,22)
Esteve afastado temporariamente do trabalho remunerado*	1.301	1,8	(1,71-1,91)	1.471	1,5	(1,38-1,53)
Contribuição para instituto previdenciário	32.391	45,1	(44,69-42)	4.6126	45,6	(45,27-45,89)
Aposentado por instituto de previdência ou diretamente pelo governo federal*	3.567	5,0	(4,80-5,12)	6.201	6,1	(5,98-6,23)
Número de trabalhos na semana de referência						
Um	68.587	95,4	(95,25-5,55)	9.6361	95,2	(95,08-95,34)
Dois	3.037	4,2	(4,07-4,37)	4.491	4,4	(4,31-4,57)
Três ou mais	267	0,4	(0,32-0,42)	351	0,3	(0,31-0,38)
Horas habitualmente trabalhadas por semana em todos os trabalhos da semana de referência*						
Até 14	8.129	11,3	(11,08-11,54)	3.277	3,2	(3,13-3,35)
15 a 39	22.380	31,1	(30,80-31,48)	15.665	15,5	(15,27-15,72)
40 a 44	21.451	29,8	(29,51-30,18)	34.046	33,7	(33,38-33,96)
45 a 48	9.108	12,7	(12,43-12,91)	20.306	20,1	(19,83-20,33)
49 ou mais	10.796	15,0	(14,76-15,29)	27.829	27,5	(27,24-27,80)
Cuidava dos afazeres domésticos*	65.283	90,8	(90,59-91,02)	47.730	47,2	(46,85-47,47)
Classe rendimentos mensal (todos os trabalhos)*						
Até ½ salário	20.787	29,2	(28,87-29,54)	16.044	16,1	(15,86-16,32)
Mais de ½ salário até 1 salário	15.259	21,4	(21,14-21,74)	17.863	17,9	(17,68-18,16)
Mais de 1 até 5 salários	29.932	42,1	(41,69-42,41)	53.815	54,0	(53,67-54,29)
Mais de 5 até 20 salários	5.203	7,3	(7,12-7,50)	11.976	12,0	(11,81-12,22)
Classe rendimentos todas as fontes*						
Até ½ salário	16.801	23,6	(23,31-23,93)	13.595	13,6	(13,43-13,86)
Mais de ½ salário até 1 salário	15.334	21,6	(21,26-21,86)	17.403	17,5	(17,24-17,71)
Mais de 1 até 5 salários	32.936	46,3	(45,94-46,67)	55.375	55,6	(55,23-55,71)
Mais de 5 até 20 salários	6.056	8,5	(8,31-8,72)	13.241	13,3	(13,08-13,50)

*Diferenças estatisticamente significantes entre mulheres e homens

Cerca de 91% das mulheres dedicavam-se aos afazeres domésticos, com uma média de $22,52 \pm 13,99$ horas semanais nessas atividades, variando entre 1 e 98 horas. Aproximadamente 47% dos homens dedicavam-se aos afazeres domésticos, com média de $9,94 \pm 7,73$ horas semanais, variando também entre 1 e 98 horas. Foi encontrada diferença altamente significativa entre as médias, quando mulheres e homens foram comparados.

Cerca de 30% das mulheres tinham renda mensal de até meio salário mínimo contra apenas 16,6% dos

homens. Considerando todas as fontes, esses valores caem para 23,6% e 13,6%, respectivamente. Na classe de rendimentos acima de 5 salários, encontram-se 11,5% dos homens e apenas 6,6% das mulheres. Considerando-se todas as fontes, os valores chegam a 13,3% e 8,5%, respectivamente (Tabela 2).

A média da renda mensal do trabalho principal para as mulheres foi de R\$ $432,77 \pm 736,09$, variando de R\$ 0,00 a R\$ 20.000,00 e, para os homens, de R\$ $671,97 \pm 1.198,63$, com valores de R\$ 0,00 a R\$ 50.000,00.

Para os rendimentos de todos os trabalhos, os valores foram de R\$ 453,93 ± 790,48 para o sexo feminino e R\$ 698,93 ± 1.273,92 para o sexo masculino. Considerando o rendimento de todas as fontes, a média chegou a R\$ 510,71 ± 861,42 para as mulheres e a R\$ 754,02 ± 1.386,85 para os homens. As diferenças entre essas médias foram altamente significantes quando as mulheres foram comparadas aos homens.

Como as jornadas de homens e mulheres são bem distintas, foi criada uma nova variável dividindo-se o rendimento mensal pelo total de horas trabalhadas em quatro semanas, tendo-se obtido uma média de rendimento mensal por hora de R\$ 3,89 ± 11,52 nas mulheres e R\$ 4,63 ± 12,86 nos homens. Essa diferença foi estatisticamente significativa.

A distribuição dos indivíduos estudados conforme agrupamentos ocupacionais e sexo encontra-se na Tabela 3, com diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres em todas as variáveis, permitindo-nos observar que: 4,0% da amostra de trabalhadoras ocupam cargos de dirigentes, em geral, contra 5,6% dos homens; a porcentagem de mulheres atuando como profissionais das ciências e das artes é de 8,6%, sendo observada uma porcentagem que correspondia à metade desta (4,3%) para os homens; o trabalho em serviços administrativos agrupou 11,4% da amostra feminina, com cerca de metade (5,9%) para os homens; o maior agrupamento ocupacional de mulheres era o de trabalhadoras do setor de serviços, atingindo 31,6%, sendo que para os homens esse percentual no agrupamento era de 11,9%; trabalhavam como vendedores e prestadores de serviço do comércio 12,4% das mulheres e 9,3% dos homens; cerca de 14,6% das mulheres contra 22,3% dos homens se enquadravam no agrupamento de trabalhadores agrícolas; uma diferença de cerca de três vezes foi encontrada no agrupamento ocupacional de “trabalhadores da produção de bens e serviços e de reparação e manutenção”, com 8,9% de mulheres e 32,5% dos homens; a diferença percentual entre membros das forças armadas e auxiliares entre trabalhadores é marcante, sendo maior que dez vezes, correspondendo, nas mulheres, a um valor de 0,1% enquanto nos homens corresponde a 1,5%.

As mulheres se concentram principalmente nos agrupamentos: “serviços domésticos” (17,7%), “educação, saúde e serviços sociais” (16,9%), “comércio e reparação” (16,3%), “agrícola” (14,7%) e “indústria de transformação” (11,7%). Os agrupamentos de menores concentrações de mulheres são: “outras atividades industriais” (0,3%), “construção” (0,4%), “transporte, armazenagem e comunicação” (1,3%). Os homens tiveram sua concentração principalmente nos agrupamentos: “agrícola” (22,5%), “comércio e reparação” (19,6%), “indústria de transformação” (13,7%), “construção” (11,1%). As menores concentrações foram em: “atividades mal definidas ou não declaradas” (0,5%), “serviços domésticos” (0,9%), “outras atividades industriais” (1,2%).

Quanto à posição de ocupação no trabalho principal, também apresentada na Tabela 3, observou-se que: as mulheres tinham menor porcentagem como empregados com carteira assinada (24,8%) do que os homens (32,1%); declararam-se como funcionários públicos estatutários 9,4% das mulheres e 4,9% dos homens; para a posição de outros empregados sem carteira, as mulheres concentraram 13,3% e os homens 21,9%; uma porcentagem menor de trabalhadores por conta própria foi encontrada entre as mulheres, atingindo 17,0% contra 26,7% dos homens; apenas 2,5% das mulheres estavam na posição de empregadoras, com uma porcentagem duas vezes maior para os homens (5,2%); entre as mulheres, 17,7% eram trabalhadoras domésticas contra apenas 0,9% dos homens, sendo 4,4% com carteira e 13,3% sem carteira para elas, e 0,4% com carteira e 0,6% sem carteira para eles; cerca de 6,6% das mulheres declararam trabalhar na produção para o próprio consumo, cerca de três vezes mais que os homens cuja porcentagem foi de 2,2%; quanto ao trabalho na construção para o próprio consumo, foram encontrados os valores de 0,1% para as mulheres e o dobro, 0,2%, para os homens.

O informante das questões de saúde foi a própria pessoa em 60,1% dos entrevistados no grupo das mulheres e de 35,6% no caso dos homens.

A Tabela 4 apresenta dados sobre o estado de saúde e o acesso aos serviços de saúde. Pode-se observar que cerca de 75% das mulheres e 80% dos homens referiram seu estado de saúde como bom ou muito bom, sendo a razão de prevalências estatisticamente significantes. Apenas 2,9% das mulheres e 2,3% dos homens consideravam ruim ou muito ruim seu estado de saúde. O percentual de pessoas com plano de saúde foi maior nas mulheres, com razão de proporções de 1,251 (IC 95% = 1,231-1,271), quando comparadas aos homens. Das mulheres, 73,6% realizaram alguma consulta médica no ano referido, enquanto apenas 49,3% dos homens, com uma RP de 2,875 (IC 95% = 2,816-2,935). Quanto ao questionamento sobre o tempo da última consulta ao dentista, cerca de metade das mulheres e 1/3 dos homens havia ido à consulta no último ano. Aproximadamente o dobro de homens (6,7%) nunca tinha ido ao dentista comparativamente às mulheres (3,1%). Quase todos os resultados apresentados foram estatisticamente significantes.

Quanto à comparação entre doenças crônicas referidas conforme o sexo, apresentada na Tabela 5, foi observada prevalência maior nos homens apenas de cirrose e tuberculose. Todas as outras patologias avaliadas tiveram maior prevalência entre as mulheres, sendo que as maiores razões de prevalências encontradas foram para depressão (RP = 3,356; IC 95% = 3,188-3,533), tendinite ou tenossinovite (RP = 2,513; IC 95% = 2,371-2,663) e artrite ou reumatismo (RP = 2,017; IC 95% = 1,938-2,099). Todas essas diferenças foram estatisticamente significantes.

Tabela 3 Distribuição dos indivíduos estudados, conforme grupamentos ocupacionais e atividades segundo o sexo, Brasil, 2003

Variável	Mulheres		IC 95%	Homens		IC 95%
	n	%		n	%	
Grupamentos ocupacionais do trabalho principal						
Dirigentes em geral*	2.900	4,0	(3,89-4,18)	5.629	5,6	(5,42-5,70)
Profissionais das ciências e das artes*	6.168	8,6	(8,38-8,79)	4.359	4,3	(4,18-4,43)
Técnicos de nível médio*	5.976	8,3	(8,11-8,52)	6.634	6,6	(6,40-6,71)
Trabalhadores de serviços administrativos*	8.195	11,4	(11,17-11,63)	5.952	5,9	(5,74-6,03)
Trabalhadores dos serviços*	22.699	31,6	(31,23-31,92)	12.089	11,9	(11,75-12,15)
Vendedores e prestadores de serviço do comércio*	8.906	12,4	(12,15-12,63)	9.439	9,3	(9,15-9,51)
Trabalhadores agrícolas*	10.529	14,6	(14,39-14,91)	22.604	22,3	(22,08-22,59)
Trabalhadores da produção de bens e serviços e de reparação e manutenção*	6.414	8,9	(8,71-9,13)	32.887	32,5	(32,21-32,79)
Membros das forças armadas e auxiliares*	63	0,1	(0,07-0,11)	1.565	1,5	(1,47-1,62)
Ocupações mal definidas ou não declaradas	41	0,1	(0,04-0,08)	45	0,0	(0,03-0,06)
Grupamentos de atividade principal do empreendimento*						
Agrícola	10.564	14,7	(14,44-14,95)	22.821	22,5	(22,29-22,81)
Outras atividades industriais	197	0,3	(0,24-0,31)	1.222	1,2	(1,14-1,28)
Indústria de transformação	8.436	11,7	(11,50-11,97)	13.854	13,7	(13,48-13,90)
Construção	273	0,4	(0,34-0,43)	11.249	11,1	(10,92-11,31)
Comércio e reparação	11.684	16,3	(15,98-16,52)	19.855	19,6	(19,37-19,86)
Alojamento e alimentação	3.305	4,6	(4,45-4,75)	3.281	3,2	(3,13-3,35)
Transporte, armazenagem e comunicação	928	1,3	(1,21-1,38)	7.172	7,1	(6,93-7,25)
Administração pública	3.564	5,0	(4,80-5,12)	5.981	5,9	(5,76-6,05)
Educação, saúde e serviços sociais	12.129	16,9	(16,60-17,15)	3.655	3,6	(3,50-3,73)
Serviços domésticos	12.726	17,7	(17,42-17,98)	959	0,9	(0,89-1,01)
Outros serviços coletivos, sociais e pessoais	3.749	5,2	(5,05-5,38)	2.893	2,9	(2,76-2,96)
Outras atividades	4.285	6,0	(5,79-6,14)	7.784	7,7	(7,53-7,86)
Atividades mal definidas ou não declaradas	51	0,1	(0,05-0,09)	477	0,5	(0,43-0,52)
Posição de ocupação no trabalho principal*						
Empregado com carteira assinada	17.820	24,8	(24,47-25,11)	32.500	32,1	(31,83-32,40)
Militar	9	0,0	(0,01-0,02)	623	0,6	(0,57-0,67)
Funcionário público estatutário	6.743	9,4	(9,17-9,59)	4.948	4,9	(4,76-5,02)
Outros empregados sem carteira	9.583	13,3	(13,08-13,58)	22.163	21,9	(21,64-22,16)
Trabalhador doméstico com carteira	3.176	4,4	(4,27-4,57)	378	0,4	(0,34-0,41)
Trabalhador doméstico sem carteira	9.549	13,3	(13,04-13,53)	581	0,6	(0,53-0,62)
Conta própria	12.217	17,0	(16,72-17,27)	27.044	26,7	(26,45-27,00)
Empregador	1.765	2,5	(2,34-2,57)	5.291	5,2	(5,09-5,37)
Trabalhador na produção para próprio consumo	4.713	6,6	(6,38-6,74)	2.217	2,2	(2,10-2,28)
Trabalhador construção para próprio consumo	43	0,1	(0,04-0,08)	218	0,2	(0,19-0,25)
Não remunerado	6.267	8,7	(8,51-8,93)	5.237	5,2	(5,04-5,32)

*Diferenças estatisticamente significantes entre mulheres e homens

Tabela 4 Autoavaliação do estado de saúde e acesso a serviços de saúde, segundo sexo, Brasil, 2003

Variável	Mulheres		Homens		Razão de proporções	IC 95%
	n	%	n	%		
Estado de saúde*						
Bom/muito bom	53.957	75,1	80.874	79,9	0,939	(0,934-0,944)
Regular	15.831	22,0	17.966	17,8	1,240	(1,217-1,264)
Ruim/muito ruim	2.095	2,9	2.347	2,3	1,257	(1,186-1,332)
Tem plano de saúde*						
Consultou médico nos últimos 12 meses*	52.925	73,6	49.854	49,3	2,875	(2,816-2,935)
Consultou dentista pela última vez						
Há menos de 1 ano*	33.247	46,2	36.827	36,4	1,271	(1,257-1,285)
De 1 a 2 anos atrás	16.409	22,8	22.760	22,5	1,015	(0,997-1,033)
Há 3 anos ou mais*	19.981	27,8	34.791	34,4	0,808	(0,797-0,820)
Nunca foi ao dentista*	2.246	3,1	6.812	6,7	0,464	(0,443-0,486)

*Diferenças estatisticamente significantes entre mulheres e homens

Tabela 5 Prevalências e razões de prevalências de algumas patologias, segundo o sexo, Brasil, 2003

Variáveis	Mulheres		Homens		Razão de prevalências	IC 95%
	n	%	n	%		
Frequência maior para homens						
Cirrose*	37	0,1	154	0,2	0,338	(0,236-0,484)
Tuberculose*	98	0,1	187	0,2	0,737	(0,577-0,942)
Frequência maior para mulheres						
Insuficiência renal crônica*	1.518	2,1	1.984	2,0	1,079	(1,008-1,154)
Diabetes*	1.803	2,5	2.010	2,0	1,270	(1,190-1,354)
Doença coluna*	13.685	19,0	14.705	14,5	1,383	(1,348-1,419)
Cardiopatía*	2.674	3,7	2.715	2,7	1,401	(1,327-1,170)
Bronquite ou asma*	3.073	4,3	3.047	3,0	1,438	(1,367-1,514)
Hipertensão*	10.936	15,2	10.758	10,6	1,508	(1,466-1,552)
Câncer*	320	0,4	245	0,2	1,842	(1,560-2,177)
Artrite ou reumatismo*	6.042	8,4	4.404	4,4	2,017	(1,938-2,099)
Tendinite ou tenossinovite*	3.205	4,5	1.845	1,8	2,513	(2,371-2,663)
Depressão*	4.929	6,9	2.172	2,1	3,356	(3,188-3,533)

*Diferenças estatisticamente significantes entre mulheres e homens

Discussão

Quanto ao perfil educacional, embora uma parte significativa dos trabalhadores de ambos os sexos tenha baixo nível de escolaridade, pois mais da metade, nos dois grupos, está abaixo do 2º grau, as mulheres tinham um perfil educacional mais elevado do que os homens e a proporção daquelas que concluíram o 2º grau ou alcançaram o ensino superior é maior que a verificada entre os homens. Apesar dos maiores níveis de

escolaridade observados, isso não se refletia na renda. Havia diferença importante das classes de rendimento, médias das rendas mensais de todos os rendimentos de trabalho e dos rendimentos de todas as fontes entre mulheres e homens. A comparação das médias do rendimento mensal por hora de trabalho manteve a diferença encontrada. Esses dados podem resultar das diferenças nas características dos postos de trabalho ocupados por cada sexo e de possíveis discriminações de gênero na hora da fixação dos rendimentos.

Dados estatísticos e estudos de caso têm revelado uma tendência ao aprofundamento da trincheira que separa trabalhadores não qualificados/não valorizados – majoritariamente mulheres – dos trabalhadores qualificados/valorizados – predominantemente homens. Observamos no estudo a manifestação das diferenças entre mulheres e homens quando são levados em consideração os diversos subgrupos de ocupações. Essas diferenças evidenciam que, apesar das mulheres estarem tendo acesso a postos de trabalho mais qualificados, ainda têm menor oportunidade de ocupar posições hierarquicamente superiores, situação também observada pela pouca expressão como empregadora. As trabalhadoras concentram-se em verdadeiros *guetos ocupacionais*, em especial no setor terciário da economia e, dentro deste, no ramo do trabalho doméstico, que reúne atividades de pouco prestígio social (ABREU, 1993 apud HOLZMANN, 2000).

Os empregos na indústria e na construção civil são essencialmente masculinos, sendo insignificante o percentual das vagas ocupadas pelas mulheres, em particular neste último setor. Cerca de um terço das mulheres encontrava-se no grupamento de trabalhadores de serviços, sendo o percentual para os homens, aproximadamente, três vezes menor.

Um indicador importante do grau de informalidade em que se encontram os trabalhadores foi o achado de que menos da metade destes, tanto para as mulheres, como para os homens, contribuíam para o instituto previdenciário. A relação entre o trabalho feminino e a informalidade é reconhecida no Brasil (WANJAMAN; QUEIROZ; LIBERATO, 1998). Encontrou-se um número importante de mulheres que trabalhavam sem remuneração, quantidade bem superior ao observado nos homens. Myoung-hee et al. (2008) encontraram estado de saúde pior e baixo nível socioeconômico nos trabalhadores precários (definidos no estudo como trabalhadores contratados de forma temporária ou por diária, em tempo parcial, ou em tempo fixo e curto de trabalho). O encontro de jornadas menores para as mulheres pode ser justificado tanto pelo trabalho não remunerado, como pela necessidade de suporte à família. A forte presença da informalidade e a menor duração da jornada do trabalho feminino podem sugerir a tentativa de conciliação entre a atividade remunerada e as tarefas domésticas.

A interação entre os trabalhos doméstico e remunerado pode ser um aspecto-chave na compreensão do impacto diferenciado das condições de trabalho sobre a saúde de homens e mulheres, como comenta Vogel (1999) apud Marcondes et al. (2003). Ao analisar historicamente a inserção das mulheres no trabalho assalariado, este autor ressalta quão pouco se conhece sobre os impactos da divisão desigual do trabalho, enfatizando a “invisibilidade” do trabalho doméstico em seus efeitos à saúde (MARCONDES et al., 2003).

As mulheres são submetidas a uma superposição de responsabilidades, permanecendo sob o encargo do cuidado com a casa e a família em paralelo à participação

no mercado de trabalho. Observamos no estudo que a dedicação aos afazeres domésticos é muito maior nas mulheres, pois quase a totalidade das mesmas dedicava horas semanais a isso, com uma média de horas cerca de duas vezes maior que a dos homens. Menos da metade dos homens dedicava horas semanais aos cuidados domésticos. A quantidade de horas dedicadas e a diferença entre mulheres e homens evidenciam a desigualdade, fator que tem sido observado também em outros estudos (ROCHA; DEBERT-RIBEIRO, 2001). Tal situação pode gerar níveis variados de fadiga física e psíquica. Estudo de Campo, Eaton e Muntaner (2004) encontrou que, nas ocupações em que as mulheres, comparadas aos homens, tinham níveis inferiores de emprego (empregadas domésticas, operadores de máquina e transporte), houve aumento no risco de ansiedade ou do estado de saúde ruim nas mesmas.

As condições de trabalho, saúde e vida dos trabalhadores vêm sendo afetadas pela exigência crescente da produtividade, pelo aumento da competitividade gerada por um mundo cada vez mais globalizado. Este processo afeta homens e mulheres de forma desigual. A iniquidade social entre os gêneros se reflete no quadro de saúde de homens e mulheres.

Em consonância com a literatura, que tem mostrado diferenças no padrão de morbidade e mortalidade entre homens e mulheres, em que as mulheres têm apresentado maiores taxas de morbidade que os homens e estes, maiores taxas de mortalidade, o presente estudo encontrou maiores prevalências de patologias crônicas referidas entre as mulheres (GOMES; TANAKA, 2003; MACRAN; CLARK; JOSHI, 1996; NIEDHAMMER et al., 2008; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). Uma proporção maior de mulheres referiu pior estado de saúde. Quanto à comparação entre as doenças crônicas referidas conforme sexo, foi observada frequência maior nos homens apenas de cirrose e tuberculose. Todas as outras patologias avaliadas tiveram maior prevalência entre as mulheres. Estudos sobre diferenças de morbidade segundo o gênero têm consistentemente indicado maior frequência de morbidade referida entre mulheres, padrão que se mantém mesmo na atualidade (ROCHA; DEBERT-RIBEIRO, 2001; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). Taxas de morbidade têm sido consideradas indicadores confiáveis das condições de saúde populacional e reveladoras das desigualdades entre os grupos, sejam relativas ao sexo, sejam a outras características desses indivíduos. São escassos os estudos de morbidade e gênero que incorporam, na análise, o papel do trabalho.

O estudo indica a necessidade de investigações mais apuradas e específicas para a compreensão dos fatores que podem levar ao encontro das maiores prevalências de depressão, tendinite ou tenossinovite e artrite ou reumatismo nas mulheres. Um dos fatores pode ser um maior diagnóstico dos casos das mulheres para as diversas patologias pela maior procura a serviços de saúde, também observada no estudo. Outro fator corresponde à sobrecarga feminina pelo maior número de

horas dedicadas aos afazeres domésticos. A exposição maior das mulheres a trabalhos em condições mais precárias, a cargos de baixa qualificação, de baixo controle, pouca autonomia pode estar associada à maior prevalência das patologias acima mencionadas.

A prevalência maior de cirrose nos homens pode ser justificada pelo maior uso de bebida alcoólica. Conforme os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID/UNIFESP, 2006), observa-se que os homens apresentam maior consumo de bebida alcoólica na vida em todas as faixas etárias comparativamente às mulheres. Cerca de 9,1% dos homens e 1,7% das mulheres fazem uso regular de álcool (mínimo de 3 a 4 vezes por semana, incluindo aqueles que bebem diariamente). A prevalência de entrevistados classificados como dependentes de álcool alcançou 19,5% para o sexo masculino contra 6,9% para o sexo feminino.

A depressão foi relatada com diferença três vezes maior comparando mulheres e homens. Rocha e Debert-Ribeiro (2001), em estudo comparativo sobre analistas de sistemas quanto ao trabalho, à saúde e ao gênero, apesar de terem encontrado importância nos distúrbios psicológicos no conjunto de analistas de sistemas, observaram que as maiores prevalências de fadiga e dos sintomas de depressão, irritabilidade e ansiedade nas mulheres poderiam estar relacionadas à diferença nas respostas biológicas nas situações de trabalho e na percepção subjetiva do trabalho em termos de gênero e também na interseção entre os papéis exercidos pelas mulheres no trabalho e no lar. Brito e Oliveira (1997), em pesquisa recente sobre a divisão sexual, mostraram que a discriminação e a exclusão das profissionais do gênero feminino se mantêm nos dias atuais, além da introdução de novas tecnologias e da intensa reestruturação produtiva em curso, o que traz sofrimentos físicos e psíquicos para as trabalhadoras.

Brito (2000) traz uma reflexão sobre o trabalho das mulheres considerado leve e aponta que, para analisar os aspectos físicos do trabalho feminino, é necessário tomar em conta o somatório de esforços realizados durante uma jornada, a qual, em muitos casos, é superior a um único esforço não repetitivo referente a uma atividade masculina. O trabalho das mulheres, tido como leve, gera exposição a posturas forçadas, não havendo critérios para estabelecer limites. Associa-se também a funções repetitivas e que exigem cadência elevada e posturas estáticas, sendo desempenhadas majoritariamente por mulheres na indústria. Observa-se que a incidência das lesões musculoesqueléticas está relacionada a fatores etiológicos (exigências físicas e mentais do trabalho), a fatores agravantes, como a forma de organização do trabalho (número excessivo de horas trabalhadas, ritmo de trabalho), à insuficiência de repouso e relaxamento (relevante no caso das mulheres, considerando a alternância trabalho assalariado e doméstico) e às predisposições individuais (idade, estado geral de saúde, força muscular, habilidade profissional etc.). O mesmo estudo traz também a importância de ressaltar

que as predisposições individuais não devem ser enfatizadas em detrimento dos outros fatores.

Algumas considerações de ordem metodológica devem ser feitas na interpretação destes resultados. Trata-se de um estudo transversal e a relação temporal entre as condições de saúde, as condições físicas e a situação no mercado de trabalho não pode ser captada. Outra limitação deste tipo de estudo é o viés de prevalência, pois os participantes são os mais saudáveis, sendo que aqueles com piores condições de vida, trabalho e saúde tendem a se afastarem ou serem afastados do trabalho mais cedo. Assim, os casos mais graves podem não ter sido contemplados no estudo. A avaliação feita apenas com base nos trabalhadores em atividade torna questionável a generalização dos resultados para o conjunto dos trabalhadores (PEREIRA, 1995).

O presente estudo não esteve vulnerável ao efeito do trabalhador sadio, já que não teve o objetivo de generalizar seus resultados para a população geral, mas de investigar a situação apenas de indivíduos inseridos no mercado de trabalho.

Na PNAD, as informações são obtidas por meio de entrevista domiciliar, havendo a possibilidade de uso de informante próximo ou equivalente. Dessa forma, as respostas podem conter informações de fontes variadas, portanto, com níveis de confiabilidade distintos, além de poderem não ser totalmente fidedignas.

Outro aspecto a ser considerado é que na PNAD a pergunta relativa às doenças crônicas específica que as mesmas deveriam ter sido diagnosticadas por um médico ou profissional de saúde. Dessa forma, espera-se das respostas um bom nível de confiabilidade quanto a essas variáveis.

Embora os achados do presente estudo sugiram diferenças importantes entre homens e mulheres, não é possível afirmar que as diferenças encontradas resultam da diferença de sexo ou gênero, porque não foi feita a neutralização de potenciais variáveis confundidoras. Contudo, deve ser considerado que o objetivo do presente estudo foi comparar os perfis de homens e mulheres de acordo com uma série de variáveis relativas ao trabalho e à saúde.

Conclusões

Comparativamente aos homens, foi observado que as mulheres tinham: perfil educacional mais elevado; número similar de trabalhos; jornadas de trabalho remunerado menores; maior proporção de pessoas dedicadas aos afazeres domésticos; maior tempo dedicado aos afazeres domésticos; renda mensal menor; distribuição diferente nos grupamentos ocupacionais e de atividade; maior proporção de relato de pior estado de saúde; maior acesso a planos de saúde; maior acesso aos serviços de saúde (consulta médica e odontológica); prevalências maiores de patologias crônicas, com exceção de cirrose e tuberculose.

Procurou-se identificar neste estudo elementos que possam contribuir para a reflexão acerca das possíveis relações entre gênero, trabalho e saúde.

Este estudo trouxe dados gerais sobre a diferença entre mulheres e homens. Foram traçados perfis socio-demográfico, socioeconômico, de trabalho e de saúde das mulheres, comparando-os àqueles dos homens, levantando, entre outras discussões, que as exigências do trabalho, integradas às responsabilidades atribuídas à mulher no âmbito doméstico, podem gerar importantes repercussões sobre a saúde.

Referências

- AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 281-290, abr./jun. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2008.
- BLANE, D.; BERNEY, L.; MONTGOMERY, S. M. Domestic labour, paid employment and women's health: analysis of life course data. *Social Science & Medicine*, England, v. 52, n. 6, p. 959-965, Mar. 2001. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-42347H1-D&_user=10&_coverDate=03%2F31%2F2001&_alid=831931817&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_cdi=5925&_sort=d&_docanchor=&view=c&_ct=1&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=a136297c127b9a03713258327f1d08bc> doi:10.1016/S0277-9536(00)00188-X>. Acesso em: 23 out. 2008.
- BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de re-estruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 195-204, jan./mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2008.
- BRITO, J. C.; D'ACRI, V. Referencial de análise para estudo da relação trabalho, mulher e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 201-214, abr./jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X199100200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2008.
- BRITO, J.; OLIVEIRA, S. Divisão sexual do trabalho e desigualdade nos espaços de trabalho. In: SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. R. (Org.). *A danação do trabalho: relações de trabalho e o sofrimento*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997. p. 245-246.
- CAMPO, P.; EATON, W.; MUNTANERD, C. Labor market experience, work organization, gender inequalities and health status: results from a prospective analysis of US employed women. *Social Science & Medicine*, England, v. 58, n. 3, p. 585-594, 2004. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=GatewayURL&_method=citationSearch&_uokey=B6VBF-48XD2W7-5&_origin=SDEMFRHTML&_version=1&md5=a9676451cabb6334b7ea6a3647d92b65>. Acesso em: 23 out. 2008.
- CEBRID/UNIFESP. *Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006. Disponível em: <<http://200.144.91.102/cebridweb/download.aspx?cd=54>>. Acesso em: 17 nov. 2008.
- FLEISS, J. L. *Statistical methods for rates and proportions*. 2. ed. New York: John Wiley, 1981.
- FONSECA, R. M. G. S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, jan. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2008.
- GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Trabalho feminino e saúde na terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 825-839, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2008.
- GOMES, K. R. O.; TANAKA, A. C. d'A. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 75-82, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2008.
- HOLZMANN, L. Notas sobre as condições da mão-de-obra feminina frente às inovações tecnológicas. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 4, p. 258-273, jul./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

- php?script=sci_arttext&pid=S1517-4522200000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2008.
- IBGE. *Censos demográficos*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 08 jun. 2008.
- _____. *Pesquisa nacional por amostra a domicílios 2003: microdados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Suplemento. 1 CD-ROM.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2008.
- MACRAN, S.; CLARK, L.; JOSHI, H. Women's health: dimensions and differentials. *Social Science & Medicine*, England, v. 42, n. 9, p. 1.203-1.216, May 1996. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-3VW1BH8-1&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=c&_version=1&_urlVersion=0&_userId=10&md5=0a3db49947d50c62a4f15a69e277c6e9>. Acesso em: 17 set. 2008.
- MARCONDES, W. B. et al. O peso do trabalho "leve" feminino à saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 91-101, abr./jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2008.
- MYOUNG-HEE, K. et al. Is precarious employment damaging to self-rated health? Results of propensity score matching methods, using longitudinal data in South Korea. *Social Science & Medicine*, England, v. 67, n. 12, p. 1.982-1.994, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=GatewayURL&_method=citationSearch&_uokey=B6VBF-4TRXDNR-2&_origin=SDEMFRHTML&_version=1&md5=00fef82a066d29da6600142b011b2ca>. Acesso em: 23 out. 2008.
- NIEDHAMMER, I. et al. The contribution of occupational factors to social inequalities in health: Findings from the national French SUMER survey. *Social Science & Medicine*, England, v. 67, n. 11, p. 1.870-1.881, Dec. 2008. Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4TN8D83-1&_user=10&_coverDate=12%2F31%2F2008&_rdoc=27&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-info\(%23toc%235925%232008%23999329988%23701108%23FLA%23display%23Volume\)&_cdi=5925&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_ct=34&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userId=10&md5=0d2b7817ecaf2467afd9deaafdf240b](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4TN8D83-1&_user=10&_coverDate=12%2F31%2F2008&_rdoc=27&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-info(%23toc%235925%232008%23999329988%23701108%23FLA%23display%23Volume)&_cdi=5925&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_ct=34&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userId=10&md5=0d2b7817ecaf2467afd9deaafdf240b)>. Acesso em: 23 out. 2008.
- PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- ROCHA, L. E.; DEBERT-RIBEIRO, M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 539-547, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2008.
- SANTANA, V. S.; LOOMIS, D. P.; NEWMAN, B. Housework, paid work and psychiatric symptoms. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 16-22, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200100100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2008.
- SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Woman and work: the history of life of nursing professionals who are also mothers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 593-600, set./out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2008.
- STRAZDINS, L.; BAMMER, G. Women, work and musculoskeletal health. *Social Science & Medicine*, England, v. 58, n. 6, p. 997-1.005, Mar. 2004. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=GatewayURL&_method=citationSearch&_uokey=B6VBF-49BS7HD-S&_origin=SDEMFRHTML&_version=1&md5=99b14c504efa6ab817018ae9a2a46a2f>. Acesso em: 23 out. 2008.
- WAJNMAN, S.; QUEIROZ, B. I.; LIBERATO, V. C. O crescimento da atividade feminina nos anos noventa no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 1998, Belo Horizonte. *Anais eletrônicos...* Belo Horizonte: ABEP, 1998. Disponível em: <http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=130&nivel=2>. Acesso em: 23 out. 2008.

Claudia Roberta de Castro Moreno¹
Lúcia Rotenberg²

Fatores determinantes da atividade dos motoristas de caminhão e repercussões à saúde: um olhar a partir da análise coletiva do trabalho*

Determinant factors of truck drivers' work and repercussions on their health from the collective analysis of work perspective

¹ Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

² Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Departamento de Biologia, Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz.

Financiamento: Fapesp (processo 98/13053-3)

*Este estudo está incluído na Tese de Livre-docência de Claudia Roberta de Castro Moreno, intitulada *Organização do trabalho e suas repercussões na saúde e bem-estar de motoristas de caminhão*, defendida em dezembro de 2008.

Contato:

Departamento de Saúde Ambiental – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo
Avenida Doutor Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo – SP
CEP: 01246-904

E-mail:

crmoreno@usp.br

Recebido: 18/05/2009

Revisado: 09/11/2009

Aprovado: 13/11/2009

Resumo

Este estudo tem o intuito de caracterizar a atividade do motorista de caminhão quanto à demanda do trabalho e aos desafios impostos pela sua organização do trabalho. Foi utilizado o método da Análise Coletiva do Trabalho, que descreve a atividade a partir dos depoimentos dos trabalhadores durante reuniões com pesquisadores, com foco nos fatores que poderiam atuar como determinantes de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Um total de 100 motoristas de duas empresas, submetidos a jornadas distintas de trabalho, participaram das reuniões. Os resultados revelaram que a falta de autonomia é uma das maiores queixas dos motoristas que trabalham no perímetro urbano durante o dia. Já o motorista que trabalha em horários irregulares e faz longas viagens trabalha sob tensão para cumprir os horários de entrega das mercadorias. O consumo de estimulantes constitui uma prática comum entre os motoristas decorrente das condições de trabalho, em especial a dificuldade de cumprir os horários e as longas jornadas, sendo parcialmente reconhecida por eles como um risco à saúde. Acrescem-se problemas relacionados à falta de segurança que atingem tanto os que atuam no perímetro urbano, como os que trabalham nas estradas. A análise da atividade destes motoristas revela uma realidade que merece intervenções voltadas para a melhoria de suas condições de trabalho, em especial no que se refere à regulamentação da jornada e à fiscalização de seu cumprimento, além de ações de promoção da saúde.

Palavras-chave: motoristas de caminhão, atividade, horários de trabalho.

Abstract

The objective of this study was to characterize truck drivers' activity concerning their work demands and challenges resulting from their work organization. The method applied was Collective Analysis of Work, which describes the activity based on the workers' statements during their meetings with the researchers, focusing on factors that could be determinant for accidents and work-related diseases. A total of 100 drivers from two companies, working in different work schedules, were interviewed. The results showed that the lack of autonomy was one of the most frequent complaints for urban short-haul drivers who worked at daytime. Long-haul drivers worked irregular hours and were under pressure due to tight delivery schedules. Truck drivers took stimulant drugs regularly as consequence of their work conditions, particularly difficulties to be on schedule and endure long working hours. This aspect was only partially recognized as a risk to their health. In addition, there were problems related to lack of safety not only for the drivers working within urban areas, but also those on the road. The analysis of drivers' work showed it is necessary to improve their work conditions, especially regulating and inspecting their work schedules, as well as developing programs to promote their health.

Keywords: truck drivers, activity, working hours, work analysis.

Introdução

As demandas da sociedade em relação à saúde ambiental vêm aumentando consideravelmente nas últimas décadas, evidenciando a necessidade de se desenvolver e aplicar políticas ambientais que garantam o desenvolvimento sustentável do país. A avaliação de risco ambiental é um processo fundamental para a elaboração de critérios que norteiem tais políticas. Em especial, citam-se as questões relacionadas aos transportes públicos, que constituem, nas últimas décadas, um dos problemas de saúde pública mais significativos do mundo. A promoção de um ambiente ecologicamente equilibrado demanda a realização de estudos de impacto ambiental na área de transportes, dada a magnitude dos efeitos adversos à saúde provocados por ações em desacordo com uma política ambiental efetiva.

A qualidade e a segurança nas estradas, sua construção e os impactos desses empreendimentos constituem objeto de avaliação ambiental. Para a promoção da qualidade de vida da sociedade, em geral, faz-se necessário que as rodovias estejam adequadamente inseridas nos meios urbanos, de modo organizado e integrado ao espaço coletivo. Há, além disso, a constatação de que, na área de Saúde do Trabalhador, o quadro dos acidentes de trabalho relacionados aos meios de transporte é bastante preocupante.

Nos Estados Unidos, por exemplo, há mais de 5.000 mortes e 133 mil vítimas não fatais, por ano, em acidentes rodoviários e, em grande parte dos acidentes rodoviários, estão envolvidos os motoristas profissionais, especialmente motoristas de caminhão, ou seja, muitos acidentes rodoviários tratam-se de acidentes de trabalho (FEDERAL HIGHWAY ADMINISTRATION, 1998). Embora não haja, no Brasil, o cruzamento dos dados sobre acidentes rodoviários com registros de acidentes de trabalho, a tese de doutorado de Waldvogel (1999) sobre os acidentes de trabalho fatais ocorridos em 1991 e 1992 revela que os acidentes com veículos a motor estiveram associados ao tipo de morte mais frequente para o sexo masculino no Estado de São Paulo. Informações do Ministério dos Transportes referentes ao ano de 2006 revelam que as Regiões Sudeste e Sul têm maior índice de acidentes em relação às outras regiões do país, com 39% e 25% dos acidentes registrados, respectivamente (MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES, 2007).

A sonolência do motorista é um dos grandes fatores de risco de acidentes com veículos a motor (MAYCOCK, 1996). Para evitar a sonolência, muitos motoristas de caminhão consomem estimulantes sob a forma de anfetaminas (PASQUA; MORENO, 2003). A Administração Nacional de Segurança do Tráfego Rodoviário e o Centro Nacional de Pesquisa sobre Distúrbios de Sono americanos (NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION; NATIONAL CENTER ON SLEEP DISORDERS RESEARCH, 1999)

consideram o consumo dessas substâncias um dos fatores de risco para acidentes rodoviários relacionados à sonolência. Outros aspectos que também são considerados fatores de risco por estes órgãos americanos são: motoristas que sofrem de distúrbios do sono não tratados ou não diagnosticados; perda de sono; horários e pausas inapropriadas; e consumo de álcool.

Um dos principais distúrbios de sono associados a acidentes rodoviários é a síndrome de apneia obstrutiva do sono (CASSEL et al., 1996; BARBÉ et al., 1998; CONNOR et al., 2001). Para portadores desta síndrome, o grau de sonolência é proporcional à frequência de despertares durante o sono devido à apneia (HANNING; WELSH, 1996). Outros distúrbios de sono, como insônia, por exemplo, também têm sido relacionados à incidência de sonolência durante o trabalho. Entre motoristas profissionais, pode-se dizer que a sonolência e os baixos níveis de alerta estão entre as principais causas de acidentes no trabalho.

Em geral, a organização do trabalho desta categoria profissional impõe jornadas impraticáveis aos trabalhadores, sendo o principal fator causal desta situação. No Brasil, muitos motoristas de caminhão dependem da demanda da carga que transportam para poderem trabalhar e, assim, a irregularidade de seus horários os leva ao acúmulo de débitos de sono. Para atender às exigências dos horários de trabalho, os trabalhadores têm que inverter seu ciclo de vigília e sono, dormindo de dia e ficando acordados à noite (MORENO; LOUZADA, 2000). Aqueles que não conseguem, ao menos satisfatoriamente, sofrer de privação de sono, ainda que parcial. Estratégias que permitam aos trabalhadores uma convivência melhor com esses horários de trabalho são, portanto, essenciais tanto para permitir a execução da tarefa, quanto para minimizar o risco de acidentes no trabalho.

É de conhecimento geral que a organização inadequada do trabalho e os problemas daí decorrentes conferem a estudos com motoristas de caminhão relevância bastante significativa no contexto de saúde pública. A magnitude do transporte rodoviário para o Brasil associada ao risco a que se expõe toda a população nas estradas gera a necessidade de melhorias das condições de trabalho destes motoristas profissionais. Neste panorama, insere-se este estudo, que tem o intuito de caracterizar a atividade do motorista de caminhão quanto à demanda do trabalho, à tarefa exercida, às exigências do cumprimento dessa tarefa e aos desafios impostos pela organização do trabalho a partir da sua descrição pelos próprios trabalhadores. No presente artigo, além de elementos da atividade de trabalho, serão apresentados os principais fatores relativos à organização do trabalho que atuam (ou podem atuar) como determinantes de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho, particularmente as relacionadas à saúde mental.

Metodologia

As empresas transportadoras e a população de trabalhadores

A pesquisa aqui apresentada constitui-se na primeira etapa do projeto “Sonolência no trabalho realizado em horários irregulares”, em que o objetivo geral foi conhecer padrões de sono em motoristas de caminhão submetidos a horários de trabalho não usuais, de forma a contextualizar os hábitos de vigília e sono dos motoristas em função de suas condições de vida e trabalho. Na presente etapa, foi realizado um estudo das condições de trabalho dos motoristas a partir de seus relatos. As etapas que se seguiram foram relativas à estimativa da prevalência de distúrbios do sono e a outras doenças, assim como ao estudo dos padrões de sono e vigília dos motoristas, em geral, alterados em função da irregularidade dos horários de trabalho (MORENO; LOUZADA, 2000). Além disso, foi feito um estudo sobre a alimentação dos motoristas, com a aplicação de questionários diários de consumo e de frequência alimentares (PASQUA; MORENO, 2003).

A princípio, foram contatadas diversas empresas de transportes para a realização desta pesquisa. Duas empresas de médio porte se interessaram pelo projeto, uma localizada na região de Campinas e a outra no município de São Paulo, próximo à divisa com Guarulhos. Esta última possui cerca de 1.000 motoristas agregados e 50 contratados. Os motoristas contratados pelas empresas constituem a minoria, sendo a força de trabalho do setor de transporte rodoviário de carga caracterizada pelos chamados “motoristas agregados”, ou seja, motoristas que prestam serviços às empresas transportadoras. Em geral, o contrato de prestação de serviço é exclusivo, seja o motorista proprietário do veículo ou funcionário de uma pequena empresa prestadora de serviço.

Com a empresa de Campinas foi estabelecido um acordo de que apenas os motoristas de uma das filiais participariam da pesquisa. Nesta filial há 110 motoristas, sendo 49 contratados e 61 agregados. Ambas as empresas operam apenas com transporte de carga seca e não perigosa, como peças de veículos automotores, medicamentos, cosméticos e eletrodomésticos.

Todos os motoristas contratados de ambas as empresas foram convidados a participar da pesquisa, que se baseia em reuniões com os trabalhadores. Estas foram realizadas com aqueles que compareceram. Também, todos os agregados à empresa de Campinas foram convidados para as reuniões através de carta. No caso da empresa de São Paulo, os agregados convidados eram aqueles que estavam presentes nos dias de reuniões. Um total de 100 motoristas participou das reuniões, sendo que alguns compareceram mais de uma vez.

Uma vez que duas empresas concordaram com a realização do estudo, a equipe de pesquisa decidiu realizar o estudo em ambas. É importante ressaltar, no entanto, que os estudos foram realizados separadamente,

tanto no que se refere à coleta de dados, quanto à análise dos mesmos. A similaridade entre os depoimentos e os relatos dos motoristas nos levou à elaboração de uma análise conjunta dos dados obtidos, a qual é apresentada no presente artigo.

Aplicação da Análise Coletiva do Trabalho

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determinado por este comitê. A participação dos motoristas foi voluntária.

Foi utilizado o método da Análise Coletiva do Trabalho (FERREIRA, 1993) para descrever as atividades dos motoristas em seu trabalho, com foco nos fatores que poderiam atuar como determinantes de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. A escolha deste método se deve à ênfase que é dada ao que o trabalhador faz para responder às exigências de sua tarefa, sendo tal atividade considerada “um elo entre o trabalhador, com todas as suas especificidades, e a situação de trabalho” (FERREIRA, 1993, p. 8). A linha mestra do método é a possibilidade de conhecer e avaliar a demanda do trabalho, exclusivamente, a partir do material trazido pelos próprios trabalhadores em suas falas durante reuniões com pesquisadores. Dessa forma, os trabalhadores passam a ser o foco principal do método (SAMPAIO, 2000). As informações, obtidas a partir do saber dos trabalhadores, levam ao conhecimento do trabalho, construído coletivamente por trabalhadores e pesquisadores (FERREIRA; IGUTI, 1996; FERREIRA; DONATELLI, REIS JUNIOR, 2003).

A Análise Coletiva do Trabalho já foi utilizada em diversos estudos (FERREIRA, 1992; FERREIRA; IGUTI, 1995; FERREIRA et al., 1998; SANTOS, 2003; SAMPAIO, 2000). O resultado desta análise possibilita a compreensão mais aprofundada sobre o trabalho desses profissionais.

O método pressupõe que o trabalhador responda à pergunta: “O que você faz?” (FERREIRA, 1993; FERREIRA; IGUTI, 1996) em reuniões com os pesquisadores. No presente estudo, grupos de trabalhadores participaram de reuniões de cerca de 90 minutos, em que relataram suas atividades aos pesquisadores.

Foram realizadas 14 reuniões com os motoristas das duas empresas. O número de participantes em cada encontro foi bastante variável, o que se deve à própria irregularidade dos horários de trabalho dos motoristas, que nem sempre estão disponíveis para comparecerem às entrevistas. Como já mencionado, 100 motoristas participaram das reuniões, que sempre contou com a participação de, no mínimo, duas pesquisadoras.

Todas as reuniões foram gravadas com o consentimento dos participantes e o sigilo das mesmas lhes foi garantido. As fitas foram transcritas de forma integral e literal. Os textos derivados das entrevistas foram minuciosamente lidos, buscando identificar trechos que

apresentassem elementos, tanto objetivos, como subjetivos, que permitissem caracterizar o conteúdo do trabalho, aspectos organizacionais e relacionais, assim como os pontos de valorização e as situações adversas relacionadas à atividade laboral. Esses trechos foram agrupados em categorias, de acordo com o tema abordado, de forma a compor um quadro ilustrativo do processo de trabalho desses profissionais. É importante ressaltar que as categorias de agrupamento foram determinadas *a posteriori*, ou seja, a partir da leitura das transcrições. Após a realização da análise, alguns aspectos relacionados à organização do trabalho destacaram-se por serem potencialmente determinantes de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, como a duração da jornada de trabalho e o horário em que ela é cumprida. No presente artigo, serão enfatizados esses aspectos associados à descrição de elementos da atividade dos motoristas de caminhão.

Resultados

Dois perfis de motoristas

Há dois perfis de motoristas: o que é responsável pela entrega e coleta de mercadorias na própria região e o motorista que realiza longas viagens, indo até outras regiões do país. Assim, os primeiros fazem pequenas viagens até os municípios vizinhos ou ficam no próprio município, o que os leva a trabalharem preferencialmente durante o dia. Já no segundo caso, o motorista dirige muitas horas à noite, sem uma escala pré-estabelecida, porém com grande pressão de horários, como descrito nos itens que se seguem. Em ambos os casos, há motoristas contratados e agregados, mas a maior parte dos motoristas que fazem longas viagens é constituída de agregados. Esses dois perfis são observados em ambas as empresas, independentemente de diferenças entre elas.

O tipo de vínculo com o empregado e os horários de trabalho

Os horários de trabalho de motoristas de caminhão no Brasil têm, em geral, relação com o vínculo empregatício do motorista com a transportadora responsável pelo transporte da carga. Há motoristas que são autônomos e proprietários dos caminhões e os que prestam serviços para proprietários de caminhão. Alguns proprietários de caminhão possuem contratos de prestação de serviço com grandes transportadoras e eles próprios ou os motoristas que trabalham para eles são considerados “agregados” a estas transportadoras. Estes agregados trabalham, em geral, somente para o transporte de carga destas grandes empresas, o que significa um tipo de exclusividade de prestação de serviço. É claro que as grandes empresas têm funcionários contratados, os chamados “da casa”, mas estes constituem a minoria. Na maior parte dos casos, os funcionários trabalham apenas durante o dia e, quando trabalham à noite, têm

horário fixo. Os agregados e/ou autônomos são os mais dependentes da demanda de carga e, por isso, trabalham, em geral, em horários irregulares, isto é, em qualquer período do dia ou da noite, sem escalas pré-estabelecidas. Essas condições podem ser interpretadas como uma relativa autonomia quanto ao horário de trabalho, autonomia esta que tende a ser restrita, tendo em vista as altas demandas de horário. Não se pode dizer, entretanto, que os motoristas que trabalham em horários irregulares não são funcionários de grandes transportadoras, pois, muitas vezes, os funcionários da casa realizam horas extras para atenderem a demanda de carga. Isso ocorre principalmente nos chamados períodos de “pico”, como os meses de novembro e dezembro, assim como a última semana de cada mês, em que sempre há um aumento da carga.

Em um levantamento realizado com dados de quinze países europeus, observou-se que trabalhadores submetidos a serviços precários apresentavam índices maiores de insatisfação no trabalho, fadiga, dores musculares que aqueles com vínculo empregatício formal. Por outro lado, o absenteísmo e os sintomas de estresse são maiores entre trabalhadores com emprego permanente em relação aos com trabalho precário (BENAVIDES et al., 2000). A interpretação desses achados poderia ser a de que, ainda que o vínculo empregatício seja importante na determinação das condições de trabalho e estilos de vida dos trabalhadores, a atividade exercida no trabalho parece ter um impacto maior na saúde dos trabalhadores.

Em estudo recente com motoristas de caminhão, observou-se a associação entre síndrome de apneia obstrutiva do sono e o vínculo empregatício (LEMONS et al., 2009). Porém, ao contrário do esperado, ser agregado (ou terceirizado) é fator de proteção para a doença. Assim como observado no estudo de Benavides et al. (2000), este resultado sugere que o fato de ser contratado pela empresa não seria suficiente para compensar a inadequada organização do trabalho.

A forma de organização do horário de trabalho afeta a saúde do motorista também no que diz respeito à sua alimentação, pois os turnos irregulares podem levar a horários e conteúdos das refeições inadequados (VAN AMELSVOORT; SCHOUTEN; KOK, 1999), o que pode ocasionar aumento do peso (CIZZA; SCARULIS; MIGNOT, 2005; GANGWISH et al., 2005) e, conseqüentemente, aumento da incidência da síndrome da apneia obstrutiva do sono (MORENO et al., 2004).

O motorista que trabalha no perímetro urbano: O que faz o motorista? Qual a dinâmica do trabalho?

A tarefa destes motoristas é basicamente carregar o caminhão na empresa, entregar a mercadoria e coletar nova mercadoria para descarregar na empresa. Os caminhões e as carretas que transportam maior volume de carga saem, em geral, com o motorista e um ajudante. Este último pode ser contratado pela empresa ou receber por dia de trabalho. É ele que descarrega o cami-

nhão ao chegar ao cliente. O itinerário é decidido pelo próprio motorista a partir de uma lista fornecida pela empresa, que indica os locais onde deverá ser entregue ou recebida a mercadoria.

Os depoimentos dos motoristas revelam que há uma sequência clara das atividades, como a realização do carregamento do caminhão na empresa, a entrega de mercadorias e o recarregamento do caminhão para nova entrega. Entretanto, esta sequência pode variar como exemplifica um motorista: “Às vezes tem coleta primeiro, às vezes tem entrega primeiro, depende do melhor caminho...”

Quem decide o itinerário é o próprio motorista, que sempre vai primeiro no local mais próximo. O tempo de permanência em cada cliente é bastante variável e os motoristas sempre dependem da programação da empresa de destino para obterem permissão de carregar e/ou descarregar a mercadoria, como demonstra o relato de um motorista: “Às vezes você chega num lugar e pega uma pilha de quatro, quinze, vinte caminhões na tua frente, aí você tem que ficar lá”. “A gente chega lá de manhã, oito horas, e sai de lá nove horas da noite...”.

Sistema de pagamento: as horas extras e seus problemas

Para o motorista agregado, quanto maior o tempo gasto para entregar ou coletar a mercadoria, pior, pois seu pagamento depende do número de entregas/coletas realizadas: “Aí tem aquela vontade de você trabalhar para levantar um dinheiro e não tem chance. Porque sai com duas entregas e faz uma só e volta com tudo, mas acho que para empresa, nesse ponto, ela está errada, porque ela tem que pegar o pessoal, uma meia dúzia e colocar no supermercado...”. “Colocar você só num lugar, para fazer só supermercado...”.

Levar mercadorias ao supermercado significa um tempo de espera superior ao de uma entrega em uma empresa, pois a carga é diversificada e a conferência das várias notas fiscais leva muito tempo. O tempo gasto para descarregar um único caminhão gera filas longas e demoradas. Os motoristas se queixam quando só fazem entregas em supermercados, uma vez que o tempo de espera aumenta.

Para o motorista contratado, o tempo de espera nos clientes pode significar hora extra, porém a criação de um banco de horas limitando o número de horas extras pagas pela empresa deixou-os insatisfeitos. O excedente das horas trabalhadas é contabilizado para que o motorista as troque por horas de folga. O controle dessas horas excedentes feito pela empresa não coincide com o do motorista, que alega que a empresa subestima as horas trabalhadas a mais:

São eles que escolhem, eles que fazem tudo, eles que cortam nosso salário, eles também dizem o que a gente vai ganhar com as horas extras que fizer. Eu mesmo fazia uma média de 50, 60 horas por mês. Eu tenho o sábado livre, então dá para balancear. Então, eles chamam no sábado para trabalhar, a gente

vem. Então é hora extra. Normalmente, aos sábados você faz 8, 9, 10. Você vem 2, 3 sábados, já dá umas 30 horas. Mais os horários de semana, quer dizer, dá uma média de 50, 60 horas por mês. Agora eles estão pagando só 20, estão dando descanso, só que a gente vai assinar a folha lá, a gente nunca sabe se está correto ou não. Entendeu? Vamos supor que nem agora, eu tenho 11 horas lá para tirar em descanso, 11 quer dizer, dá 1 dia. [...] Também não sei, não tenho nada que prove. Só quando você assinar.

A insatisfação com o banco de horas levou o motorista a evitar a realização de horas extras, principalmente em seus dias de folga.

Um deles narra uma ocasião em que um aviso colocado na empresa convidando-os para trabalhar em um sábado com pagamento de 100% de hora extra o atraiu para realizar o serviço. Tratava-se de fazer uma entrega em uma cidade localizada na Grande São Paulo. Após o término da tarefa, ele recebe uma ligação do encarregado pedindo que ele fizesse outro serviço que constituía em uma viagem de quase 10 horas entre ida e volta. Nesses casos, a empresa coloca o motorista em uma situação em que ele se vê obrigado a aceitar o novo serviço. Porém, o pagamento não será em horas extras e sim em horas de descanso ou o que eles chamam de “pagamento por fora”, que constitui em cerca de menos da metade do valor da hora extra. Assim, a insatisfação é maior quando o motorista se vê compelido a fazer horas extras:

A gente faz porque é forçado a fazer, não tem como não fazer! [...] Você pega a marginal todinha com trânsito, aí vem, primeira, segunda, primeira, segunda, até chegar aqui [o motorista refere-se à troca de marcha do veículo]. Chega aqui, já são 7, 8 horas da noite...

Além do tempo despendido nos clientes, o motorista tem dificuldades para lidar com o trânsito das grandes cidades, o que gera muita tensão: “Para mim... é o trânsito... dá raiva... desespero à toa”. “A gente fica naquela tensão... já para executar o serviço... E aquele movimento todo no trânsito...”. “Veja bem, vem o trânsito, vem o farol, vem trânsito, vem guarda, vem tudo culpa sua, vem nervoso, dor de cabeça, irritação”.

A insatisfação com a falta de autonomia dos motoristas contratados que trabalham no perímetro urbano agravou-se com a criação de restrições para a realização de horas extras, como a criação de bancos de horas. O não pagamento de todas as horas extras realizadas e a troca destas por dias de folga tornou este trabalhador mais insatisfeito ao enfrentar horas de espera nas filas de grandes empresas, principalmente supermercados, para carregar e/ou descarregar seu caminhão. Estes motoristas relataram trabalhar em média 10 horas por dia e, no caso dos motoristas que fazem longas viagens, a média de horas de trabalho parece ser maior, com relatos de até 14 horas por dia. A jornada diária de trabalho destes últimos é bem acima da recomendada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), que desde 1979, através da Convenção Internacional 15, determina o máximo de 9 horas para a jornada diária.

Ainda corroborando a recomendação da OIT, a Comissão de Viação e Transportes da Câmara dos Deputados aprovou o substitutivo do Senado ao projeto de lei 2660/96, que proíbe os motoristas de ônibus e de caminhão de dirigirem por mais de quatro horas sem intervalos. Aprovado pela Câmara, o projeto recebeu no Senado alterações resultantes de inúmeras negociações com entidades representativas do transporte de carga e passageiros, empresas e autônomos. O projeto retornou à Câmara e foi aprovado por unanimidade, com essas emendas, pelas Comissões de Viação e Transportes e de Constituição e Justiça. A versão final do projeto, que limita a quatro horas ininterruptas o tempo de direção do motorista, com descanso de 30 minutos, foi aprovada em plenário na Câmara dos Deputados em junho de 2009. Porém, em julho do mesmo ano, a Presidência da República vetou este projeto de lei. Consequentemente, não há regulamentação no Brasil a respeito da jornada diária de trabalho de motoristas de caminhão.

A segurança (ou a falta dela): muitos dispositivos e pouca autonomia

Outra preocupação dos motoristas é a segurança, pois muitos já foram assaltados e têm medo de serem agredidos por assaltantes:

Eu já tô desanimado com transporte porque não dá para você trabalhar tranquilo, por isso que eu falo para você, eu estava na rua, a empresa não deixa o cara entrar para dentro, então é o carro que tá visado na rua. Aí eles catam a mercadoria da empresa, você é roubado apesar que a empresa, ela paga o seguro. Ela tem o seguro da carga e do cliente...

A empresa faz seguro para a carga, mas se o motorista é o proprietário do veículo e este é roubado, não há reembolso ao motorista. Há também receio de agressões, como conta um deles:

É o seguinte, você vai levar uma bala e aí, você vai fazer o quê, você vai reagir? Tem que pedir a Deus, que nos leve se tiver que levar. Infelizmente é isso. Você sai de manhã cedo para fazer o serviço e você não sabe se volta para sua casa, você é pai de família, você tem sua mulher, tem seus filhos e você não sabe se você retorna da empresa.

Para garantir a segurança, a empresa instrui os motoristas a não reagirem em caso de assalto. Além disso, as empresas de transporte têm mecanismos de segurança para evitar roubos de cargas. Alguns veículos ainda possuem apenas o rádio, mas caminhões e carretas possuem um equipamento de rastreamento por satélite conhecido como *autotrack*. O equipamento é instalado no caminhão e uma equipe de vigilância permanece em salas de controle acompanhando todo o movimento do veículo via satélite. Estas salas situam-se nas empresas de segurança que são responsáveis também pela instalação e manutenção do equipamento. A segurança via satélite é bastante cara e é paga pela empresa transportadora, mesmo se o veículo não é de propriedade da empresa. A sofisticação do equipamento exige do moto-

rista o uso do computador de bordo para avisar à equipe de controle os horários em que vai parar o veículo, seja para entrega e/ou coleta, seja para refeições ou pausas.

Veículos menores, como furgões e pequenas caminhonetes, que são ideais para entregas e coletas nos grandes centros, não possuem este sistema. O contato é mantido exclusivamente pelo rádio. Alguns veículos particulares possuem alarmes e outros equipamentos de segurança contra roubo.

O sistema de rastreamento seria a garantia de segurança dos motoristas, pois, na maioria dos casos, o assaltante manda o motorista levar o caminhão para algum lugar que não estava inicialmente previsto no itinerário deles. Isso os apavora ainda mais, pois eles sabem que a empresa de segurança que acompanha o rastreamento do veículo chamará a polícia e eles sentem-se um escudo dos assaltantes: “Você é o colete, você é o colete a prova de bala do assaltante”.

Outra queixa dos motoristas em relação ao *autotrack* diz respeito às falhas no seu funcionamento: “Eu acho que esse sistema é um sistema muito falho, para falar a verdade... uns 23 quilômetros para frente não pega mais! Se você for assaltado ali na frente, acabou”.

Apesar de significar segurança, muitas vezes o rastreamento gera certo desconforto em alguns motoristas que se sentem como suspeitos de roubos de carga:

Eles suspeitam mais da gente do que do próprio assaltante... Eles rastreiam a gente de 5 em 5 minutos. Se a gente para, avisa que vai almoçar, daqui a pouco você tá lá com o prato na mesa, comendo, começa a tocar a sirene, você tem que ir lá, pedir pro cara, e a comida esfriando, aí você vai lá, pede, tal. Aí o cara faz um sermão: ‘Ah, você tem o direito...’, quando você volta, a comida já tá gelada...

O sistema inclui um rádio para que o motorista informe aos operadores da sala de controle de rastreamento todas as suas paradas. Assim, os operadores sabem que não se trata de um assalto. Antes da instalação deste equipamento, os motoristas informavam aos encarregados os horários de entrada e saída dos clientes. É isso o que fazem os motoristas dos veículos menores, que não possuem este equipamento: “Tranquilo, você fala com o cliente, você vai lá, você avisa a empresa que você falou já com o cliente”.

Por outro lado, os motoristas que não possuem *autotrack* discordam da tranquilidade mencionada acima, pois, com o risco de roubo de cargas aumentando, é cada vez maior o monitoramento das atividades dos motoristas:

Ele pergunta: “Aonde você está?” Aí você fala: “Estou numa ponte, estou na Ponte...”. Às vezes: “Que rua você está?” Se você tem que sair procurando uma rua, uma placa no trânsito de São Paulo..., até achar o nome na placa, vai tudo parar!

Caminhões e carretas com cargas de maior valor são acompanhados por escoltas enviadas pela seguradora da empresa de transportes. Em algumas ocasiões, as es-

coltas são enviadas pelo cliente da transportadora ou por ambas. Mesmo assim, os motoristas não acham que aumenta a segurança em muitos casos:

E eu estava com escolta, então eu pensei em pegar a subidona... que dá aqui, aí eu pensei, se eu subir aqui, o caminhão está muito pesado, se tiver ladrão, ele me pega na subida.

É importante salientar que os motoristas que possuem veículo provido de *autotrack* fazem dois tipos de contatos, um com a empresa responsável pelo rastreamento e outro com o funcionário da empresa transportadora, que pode encaminhar mais uma coleta para o motorista. Muitas vezes, o motorista cumpre todas as tarefas prescritas na lista de locais que deve ir e, ao avisar que terminou o serviço, recebe novas tarefas, o que acaba gerando horas extras:

Você tá no meio da rua, uma hora da tarde, duas horas, você acabou esse serviço, você não vai voltar para empresa. Aí os caras falam: “Então, você anota aí mais... 5 coletas”. Aí você pega um papel e fica anotando.

Existem vários códigos que têm que ser memorizados pelo motorista para possibilitar a comunicação com a empresa de rastreamento: “Agora me dá o auto para destravar o baú: ‘[...] dá um auto que eu quero ir ao banheiro’.”

O motorista explica que, em outras palavras, ele pede que a porta do caminhão seja destravada.

Há uma evidente controvérsia entre os trabalhadores que apontam a falta de segurança como um dos principais problemas da profissão e, ao mesmo tempo, queixam-se do “controle” das empresas sobre seus itinerários como um fator de restrição de sua autonomia. Além disso, apesar de diversos dispositivos de segurança como rádios, equipamentos de rastreamento (*autotrack*) e escoltas, os motoristas sentem-se ameaçados pelo risco de ocorrência de assaltos e roubos de cargas.

O motorista que faz viagens longas: O que faz o motorista? Qual a dinâmica do trabalho?

O papel deste motorista é levar a carga de uma filial à outra, de onde a mercadoria será distribuída por motoristas que trabalham somente no perímetro urbano. A maioria dos motoristas é de agregados às empresas, como já mencionamos. A maior dificuldade desses motoristas é cumprir o horário de chegada da mercadoria em seu destino. As pausas durante as viagens variam em função das rotas. Para garantir a segurança, há postos cadastrados nas empresas onde é permitido parar. Motoristas contratados geralmente cumprem as recomendações de pausas. Já alguns agregados param em postos não autorizados. Os horários de paradas ficam a critério dos motoristas:

E como é que você faz a sua viagem, como é que você se organiza? Você para o caminhão de quanto em quanto tempo? [pergunta o pesquisador].

Depende do horário que a gente sai daqui, tem uns horários que são mais folgados e que cabe uma paradinha pra almoçar, vamos supor, são oito horas da manhã e são oito horas daqui a Curitiba, tem um horário para duas da tarde em Curitiba, aí eu não tenho como parar pra almoçar.

Outro motorista exemplifica uma viagem:

[...] Eu saí daqui para o Ceará no sábado às nove horas da manhã para descarregar terça de manhã, [...] então dá para parar um pouco, mas não descansar.

Grande parte dos motoristas agregados não mora na cidade onde se localiza a transportadora, o que os leva a passar dias em seus caminhões aguardando uma nova viagem: “Mas, às vezes, eu até vou para casa [...] agora eu vou ficar até amanhã à tarde, devo ir para casa, agora se carregar na tarde de hoje até amanhã, aí eu não vou, sou obrigado a ficar”.

Nem sempre este período de permanência na empresa aguardando o carregamento do caminhão pode ser considerado um período de descanso, mas muitos relatam que conseguem dormir bem no caminhão. A espera da carga também os obriga a cozinhar no caminhão, pois almoçar e jantar em bares e restaurantes desequilibra seu orçamento. A oferta de refeições em locais próximos à empresa não é considerada de boa qualidade pelo motorista, que considera a comida feita no caminhão de melhor qualidade. Alguns reúnem os amigos e fazem uma refeição em grupo, outros preferem comer sozinhos, o que é pior, principalmente para aqueles que não sabem cozinhar:

[...] O que arreventa a gente é ficar parado [...] também você não descansa, ah, você dorme mal, você não se alimenta direito, essas comidinhas horríveis que tem por aí, a comida não é... e geralmente nós cozinhamos no caminhão que é para gente comer melhor um bocadinho.

Aí, vai fazendo as comidas também. Às vezes, junta seis, vamos fazer um almoço hoje, aí, faz um almoço melhor. Às vezes, o cara sabe fazer um arroz com ovo, é o almoço dele...

Para alguns, voltar para casa pode ser pior do que ficar na empresa aguardando a carga, dormindo e cozinhando no caminhão. Isso só acontece porque nem sempre é possível ficar em casa tempo suficiente para matar as saudades. Em alguns casos, eles ficam somente algumas horas com a família. Alguns aproveitaram as viagens para levar a família junto e passar mais tempo com ela:

Esse ano, eu já fui dormir na minha cama, seis vezes, durante um ano. Seis vezes, deitado na cama, vou dormir. Seis vezes! Agora, a gente fica muito pouco com a família, às vezes a gente pega a família, vai fazer coisas lá em Aracaju...

Quando a espera ainda é longa, a empresa pode enviar os motoristas para cidades mais próximas. Isso reforça a permanência dos motoristas na empresa. Ao ser perguntado se ele pensa em ir para casa, o motorista responde: “Não, não vou porque amanhã sai mui-

to carro para Campinas (cerca de 100 km de distância) eles pegam, geralmente, um dos últimos, para carregar lá, então...”

Tarefas simples como tomar banho e lavar roupa transformam-se em dificuldades para os caminhoneiros. O vestiário da empresa pode ser usado para tomar banho, mas é preciso estar de calça comprida para entrar, o que significa, muitas vezes, colocar a única calça limpa apenas para entrar na empresa. Não há local para lavagem da roupa pessoal dos motoristas, que a lavam no caminhão, quando possível.

O motorista que faz longas viagens trabalha sob tensão na tentativa de cumprir os horários de entrega das mercadorias. Esta pressão o leva à má organização de seus horários de vigília e sono, colocando-o em risco de sofrer acidentes. Por este motivo, o motorista alega sentir-se “obrigado” a ingerir substâncias estimulantes para manter-se acordado e cumprir os horários de entrega e coleta, comprometendo ainda mais a sua segurança e a de toda a população que se encontra nas rodovias. A distância da família e o desejo de voltar para casa agravam o problema. Nesse sentido, o motorista parece estar sujeito à chamada “violência oculta do trabalho” (RIBEIRO, 1999) em que a situação de trabalho determina o modo de viver do trabalhador, expondo-o a acidentes e doenças.

O sistema de pagamento

Se o motorista cumprir o horário de entrega, recebe um prêmio em dinheiro, caso contrário, recebe só o frete. Há empresas que descontam do motorista a perda do prêmio. O valor do frete é fixo, mas a quantia recebida pelo motorista agregado é variável, pois depende da empresa da qual ele é funcionário. Em alguns casos, a empresa paga todas as despesas de viagem, como refeições, lanches etc. As empresas também podem pagar diárias e, neste caso, o motorista procura gastar o mínimo possível durante a viagem. Há também motoristas que são proprietários do caminhão e parte do pagamento das viagens é utilizada para a manutenção do veículo.

A empresa que contrata o motorista e que cadastra seus funcionários como agregados da transportadora é que recebe o frete pago pelo serviço. Uma porcentagem do frete é paga ao motorista.

Sonolência ao volante e acidentes

Para cumprir os horários, os motoristas praticamente não param para descansar durante as viagens. Mesmo em viagens mais longas, como de São Paulo a Fortaleza, há o relato de motoristas que dizem não dormir por terem que fazer a viagem em 72 horas. Caso fizessem paradas de 30 minutos a cada intervalo de quatro horas e dirigissem por, no máximo, nove horas por dia, a duração da viagem à Fortaleza seria de cerca de 120 horas. Este hábito continuado de evitar o sono

provoca dificuldades para o motorista adormecer ao chegar ao seu destino, ou seja, quando podem dormir, não conseguem. Alguns relatam consumo de medicamentos para induzir o sono. Os motoristas também relatam o uso de drogas para se manterem acordados. Eles queixam-se de que o preço é três vezes maior que o da farmácia, mas os medicamentos são comprados ilegalmente em postos de gasolina. Alguns reconhecem que esta prática faz mal à saúde. Abaixo, a transcrição de um diálogo entre o pesquisador e os motoristas:

- E faz o quê pra ficar acordado?
- Toma estimulante, todo mundo toma estimulante.
- Mas toma o quê?
- É à base do Reativan, mas existe várias. O Reativan não tem mais, né?!
- [...] porque, além de fazer mal para saúde da gente, a gente paga até três vezes o valor do Dualid.
- Além de fazer mal...
- Vocês compram no posto?
- Compra no posto, na farmácia não tem, então tem que comprar nos postos, às vezes nem no posto tem.
- Normalmente, a gente paga duas a três vezes o valor da farmácia.
- Só a gente que usa.

O efeito do medicamento prejudica o sono, levando o motorista a não conseguir dormir quando quer dormir. Nesses casos, eles não fazem uso de medicamentos para dormir, mas tomam leite ou alguma bebida alcoólica com a intenção de adormecer mais facilmente.

O uso de drogas estimulantes é considerado normal entre muitos motoristas, alguns relatam que “controlam” o próprio consumo, como pode ser visto abaixo:

Vou falar por mim, [...], eu não consigo tomar nada pra dormir porque eu sei, [...], a maioria das vezes eu consigo dormir duas horas por noite, [...] três horas por noite, é o máximo! Isso se for bem controlado, você tem que controlar a viagem. Por exemplo, eu não perco tempo pra bater papo com meu amigo, eu chego no posto, eu exijo que me abasteça rapidinho para eu ir embora, para logo à noite eu poder dormir duas ou três horas. Então, por isso, eu tomo menos arrebite do que essas pessoas que são descontroladas.

Alguns efeitos indesejados do medicamento são percebidos pelos motoristas, mas mesmo assim eles acreditam que estes são passageiros.

Sobre os efeitos dos estimulantes: “Você chegou a ter taquicardia?”, “Não, eu não. Tem uns motoristas que tremem... depois voltam ao normal”.

O número de horas de sono é bastante reduzido durante uma viagem longa, principalmente devido ao efeito dos estimulantes consumidos. A seguir, os relatos de alguns motoristas: “Você começa a tirar uns cochilos a partir das 4 horas da manhã, 3, 4 horas da manhã”,

“Das 4 às 6 da manhã”, “Dorme só duas horas, depois levanta com sono e vai dormindo”.

Os depoimentos dos motoristas evidenciam a sonolência ao volante e o aumento do risco de acidentes por esse motivo, principalmente durante a madrugada. Seus relatos corroboram a literatura científica que associa a variação do desempenho ao longo das 24 horas com a ocorrência de acidentes com veículos entre 2 e 6 horas da manhã (HORNE; REYNER, 1995; SUMMALA et al., 1999; REYNER; HORNE, 1998). No Brasil, um estudo com dados referentes a 1.819 quilômetros de rodovias paulistas revelou que, apesar da maioria dos acidentes ocorrerem no período diurno (cerca de 60%), no caso dos acidentes com vítimas fatais ocorre o inverso, cerca de 60% à noite e 40% durante o período diurno (BIGHETTI et al., 2002).

A situação parece ser agravada pelo relativo desconhecimento por parte dos motoristas quanto aos riscos à saúde provocados pelo consumo excessivo de substâncias estimulantes, assim como de indutores de sono. Por “relativo desconhecimento” referimo-nos tanto ao fato de que só alguns dos motoristas se referem aos efeitos negativos, como à noção destes de que se trata de efeitos passageiros. A venda indiscriminada de anfetaminas em postos de gasolina nas rodovias brasileiras é um dos fatores que contribuem para essa situação, uma vez que os motoristas relatam não enfrentar nenhuma dificuldade para a obtenção destas drogas. Carlini e Masur (1995) há muito alertaram para a facilidade de aquisição de medicamentos sem prescrição médica no Brasil. O controle da venda de medicamentos é um passo essencial para a redução do consumo de estimulantes, prática realizada principalmente para aumentar o tempo ao volante. Mais de 80% dos motoristas que trabalhavam em horários irregulares consumiam estimulantes, segundo dados obtidos através de questionários de frequência alimentar aplicados nessa população e publicados em Pasqua e Moreno (2003). Cabe ressaltar, no entanto, que o controle da venda, por si só, não é suficiente para atenuar o problema, tendo em vista as condições de trabalho destes profissionais. A tensão para cumprir os horários de entrega das mercadorias e as longas jornadas constituíram aspectos centrais da organização do trabalho, trazidos pelos trabalhadores a partir da metodologia adotada, revelando a realidade de suas condições de trabalho.

Apesar das queixas, as vantagens do trabalho

Apesar das inúmeras queixas, os motoristas agregados que fazem viagens longas também relatam as vantagens de seu trabalho em termos de autonomia, uma vez que:

Ninguém vai pegar no meu pé, ninguém vai fazer eu fazer isso ou aquilo, eu sei o que, eu estou fazendo, agora se eu ficar aqui, às vezes eu fico no bloco E até determinada hora, exatamente na hora do almoço, eu arrumo as coisas, vou sair agora, e eu lá na estrada, eu já sei o meu serviço que eu tenho que fazer, se eu saio

daqui, por exemplo, Fortaleza, nós estamos falando muito em Fortaleza[...], eu saio daqui pra Fortaleza, eu sei meu horário que eu tenho de chegar lá, então daqui eu já sei que vou passar em casa só mesmo pra deixar o dinheiro pra dona Maria e se quiserem jogar um pouco ali de... e ir embora, dar um beijinho nos meus filhos, tchau, tchau, estou indo embora. Eu já sei aonde vou parar para mim almoçar, eu já sei aonde eu vou para eu ir...

Em suma, os resultados deste estudo revelaram os prós e contras dos dois tipos de função e horários de trabalho observados. De um lado, a tarefa do motorista que trabalha durante o dia parece ser beneficiada pela ausência do horário noturno de trabalho e, de outro, certos fatores, como trânsito, tempo de permanência no cliente e número de coletas/entregas programadas por dia tornam o seu cotidiano, por vezes, mais restrito que o do motorista que faz longas viagens. Contudo, este último salienta como vantagem de seu trabalho a relativa autonomia em relação aos horários de trabalho.

Considerações finais

O consumo de estimulantes, a longa jornada de trabalho e o relativo desconhecimento dos riscos à saúde a que estão expostos revelaram a realidade das condições de trabalho destes profissionais. Tendo em vista as limitações do presente estudo em função do processo de amostragem, em que apenas os motoristas de duas empresas participaram da pesquisa, a generalização dos resultados para outros grupos deve ser feita com cautela. A metodologia adotada, com base na análise coletiva do trabalho, mostrou-se adequada para caracterizar a atividade dos motoristas e os aspectos centrais da organização do trabalho. Este método foi o mesmo utilizado em uma investigação conduzida com petroleiros por Ferreira e Iguti (1996), em que se pode conhecer a realidade do trabalho dos petroleiros. É o conhecimento da realidade destes trabalhadores que permite a elaboração de propostas concretas de mudanças das suas condições de trabalho.

Intervenções no setor privado de transportes, com o objetivo de aumentar os prazos de entrega e coleta de mercadorias, são essenciais para mudar o quadro descrito no presente estudo no sentido da melhoria das condições de trabalho dos motoristas de caminhão. A regulamentação da jornada de trabalho dos motoristas por parte do poder público, entretanto, é a única maneira de reduzir o número de horas desses trabalhadores na direção. Deve-se, além disso, fiscalizar e controlar o cumprimento dessa jornada de trabalho, a qual deve incluir pausas, conforme a recomendação da OIT. Outras ações importantes neste contexto são as de promoção da saúde dos motoristas, que vão desde ações de âmbito educativo (com a criação e a realização de campanhas de esclarecimento sobre fatores de riscos à saúde) à fiscalização e controle da venda ilegal de medicamentos.

Agradecimentos

As autoras agradecem a contribuição da Doutora Leda Leal Ferreira, pesquisadora da Fundacentro, a este trabalho, por sua leitura crítica e, principalmente, por

sugestões de como abordar a população trabalhadora na condução deste estudo.

À Fapesp (processo 98/13053-3) e às pessoas que colaboraram com a coleta de dados, particularmente, Iara Pasqua e Maria Fernanda Cristofolletti.

Referências

- BARBÉ, P. et al. Automobile accidents in patients with sleep apnea syndrome. An epidemiological and mechanistic study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, United States, v. 158, n. 1, p. 18-22, July. 1998.
- BENAVIDES, F. G. et al. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European working conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, n. 54, p. 494-501, July 2000. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/cgi/content/full/54/7/494>>. Acesso em: 17/08/09.
- BIGHETTI, P. et al. Acidentes nas estradas de dia e à noite: um levantamento entre motoristas de caminhão em rodovias paulistas. In: CONGRESSO BRASILEIRO, 5. E CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE ACIDENTES E MEDICINA DE TRÁFEGO, 3., 2002, São Paulo. *Resumo...* São Paulo, Autor, 2002. p. 33.
- CARLINI, E. A.; MASUR, J. Venda de medicamentos sem receita médica nas farmácias da cidade de São Paulo. In: CARLINI, E. A. *Medicamentos, drogas e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 231-236.
- CASSEL, W. et al. Risk of traffic accidents in patients with sleep-disordered breathing: reduction with nasal CPAP. *The European Respiratory Journal*, Switzerland, v. 9, n. 12, Dec. p. 2606-2611, 1996.
- CIZZA, G.; SCARULIS, M.; MIGNOT, E. A link between short sleep and obesity: building the evidence for causation. *Sleep*, United States, v. 28, n. 10, p. 1217-1120, Oct. 2005.
- CONNOR, J. et al. The role of driver sleepiness in car crashes: a systematic review of epidemiological studies. *Accident Analysis & Prevention*, England, v. 33, n. 1, p. 31-41, Jan. 2001.
- FEDERAL HIGHWAY ADMINISTRATION. *Hours of service of drivers; supporting documents: notice of proposed rulemaking*. 63 federal register 19457. Washington: US Department of Transportation, 1998.
- FERREIRA, L. L. *Voando com os pilotos – condições de trabalho dos pilotos de uma empresa de aviação comercial*. São Paulo: APVAR, 1992.
- _____. Análise coletiva do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 21, n. 78, p. 7-19, 1993.
- FERREIRA, L. L. et al. *Análise coletiva do trabalho dos cortadores de cana da região de Araraquara, São Paulo*. São Paulo: Fundacentro, 1998.
- FERREIRA, L. L.; DONATELLI, S.; REIS JUNIOR, F. A. dos. *Análise coletiva do trabalho de pescadores-mergulhadores de lagosta brasileiros*. São Paulo: Fundacentro, 2003.
- FERREIRA, L. L.; IGUTI, A. M. *O trabalho dos petroleiros: perigoso, complexo, contínuo e coletivo*. São Paulo: Scritta, 1995.
- _____. *O trabalho dos petroleiros: perigoso, complexo, contínuo e coletivo*. São Paulo: Scritta, 1996.
- GANGWISCH, J. E. et al. Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of the NHANES I. *Sleep*, United States, v. 28, n. 10, p. 1289-1296, Oct. 2005.
- HANNING, C. D.; WELSH, M. Sleepiness, snoring and driving habits. *Journal of Sleep Research*, England, v. 5, n. 1, p. 51-54, Mar. 1996.
- HORNE, J. A.; REYNER, L. A. Sleep related vehicle accidents. *BMJ (Clinical research ed.)*, England, v. 310, n. 6979, p. 565-567, Mar. 1995.
- LEMOES, L. C. et al. Síndrome da apnéia obstrutiva do sono em motoristas de caminhão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília, v. 35, n. 6, p. 500-506, jun. 2009.
- MAYCOCK, G. Sleepiness and driving: the experience of UK car drivers. *Journal of Sleep Research*, England, v. 5, n. 4, p. 229-237, Dec. 1996.
- MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES. Agência Nacional de Transportes Terrestres. *Anuário Estatístico dos Transportes Terrestres: AETT – 2007*. Brasília (DF); 2007a. Disponível em: <http://www.antt.gov.br/aett/aett_2007/principal.asp>. Acesso em: 17/08/09.
- MORENO, C. R. C. et al. High risk for obstructive sleep apnea in truck drivers estimated by Berlin Questionnaire: prevalence and associated factors. *Chronobiology International*, England, v. 21, n. 6, p. 871-879, 2004.
- MORENO, C. R. C.; LOUZADA, F. M. Sleep duration of Brazilian truck drivers: regular versus irregular working times. *Journal of Traffic Medicine*, Stockholm, v. 28, n. 25, p. 60, 2000.
- NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION (NHTSA); NATIONAL CENTER

- ON SLEEP DISORDERS RESEARCH (NCSDR). *Program to combat drowsy driving*. EUA, 1999. Report.
- PASQUA, I. C.; MORENO, C. R. C. Consumo de substâncias estimulantes e depressoras do sistema nervoso por motoristas de caminhão. *Nutrição Brasil*, v. 2, n. 1, p. 4-11, 2003.
- REYNER, L. A.; HORNE, J. A. Falling asleep whilst driving: are drivers aware of prior sleepiness? *International Journal of Legal Medicine*, Germany, v. 111, n. 3, p. 120-113, 1998.
- RIBEIRO, H. P. *A violência oculta no trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- SAMPAIO, M. R. *O processo de qualificação real e o perfil de acidentabilidade entre trabalhadores efetivos e terceirizados: o caso dos pedreiros refrataristas de uma indústria de aço*. 2000. 212 f. Dissertação (Mestrado)-Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2000.
- SANTOS, D. G. D. Modos de dizer e modos de fazer: reflexões sobre linguagem e trabalho. *Sitientibus*, Feira de Santana, n. 29, p. 9-27, jul./dez. 2003.
- SUMMALA, H. et al. Task effects on fatigue symptoms in overnight driving. *Ergonomics*, England, v. 42, n. 6, p. 798-806, 1999.
- VAN AMELSVOORT LG.; SCHOUTEN, E. G.; KOK, F. J. Duration of shiftwork related to body mass index and waist to hip ratio. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, England, v. 23, n. 9, p. 973-978, Sept. 1999.
- WALDVOGEL, M. S. *Acidentes do trabalho: os casos fatais – a questão da identificação e da mensuração*. 1999. 192 f. Tese (Doutorado)-Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

Daniel Pires Bitencourt¹
Márcia Vetromilla Fuentes²
Rose Aylce Oliveira Leite¹
Marisa Domínguez da Luz Poletto³

Associação de variáveis meteorológicas com os afastamentos do trabalho devido a doenças respiratórias: um estudo entre trabalhadores dos correios de Santa Catarina

Meteorological variables association with sick leave due to respiratory diseases – a study involving post-office workers in the state of Santa Catarina, Brazil

¹ Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – Centro Estadual de Santa Catarina
² Instituto Federal de Santa Catarina
³ Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT)

Contato:

Daniel Pires Bitencourt
Fundacentro – Centro Estadual de Santa Catarina (CESC)
Rua Silva Jardim, 213, Prainha – Florianópolis/SC
CEP: 88.020-200
E-mail:
daniel@fundacentro.sc.gov.br

Resumo

Introdução: As doenças do aparelho respiratório (DAR) em trabalhadores são, com frequência, atribuídas ao ambiente de trabalho ou ao tipo de atividade. Poucos estudos relacionam as DAR com as condições de tempo. **Objetivo:** Este artigo tem como objetivo identificar a existência desta relação através da comparação da taxa de afastamento do trabalho com as médias mensais de variáveis meteorológicas. **Métodos:** Para tanto, calculou-se a correlação dos afastamentos com as médias mensais de temperatura e umidade, com os valores mínimos mensais de temperatura e umidade e com a maior queda de temperatura em 24h ocorrida no mês. A série de dados meteorológicos com melhor correlação foi dividida em quartis (25%) para identificar os valores típicos de afastamento em situações extremas de temperatura ou umidade. Os afastamentos por DAR foram calculados em trabalhadores dos Correios de Santa Catarina e os dados meteorológicos foram obtidos da reanálise de modelos numéricos. O período analisado compreendeu janeiro de 2001 a dezembro de 2007, totalizando 84 meses. **Resultados:** Os afastamentos do trabalho devido às DAR obtiveram melhor associação, em ordem de importância, com a temperatura média do mês, a temperatura mínima do mês e o maior declínio de temperatura do mês. Todas essas correlações obtiveram significância estatística de 0,1%. A umidade do ar não demonstrou associação com a taxa de afastamento. **Conclusão:** Conclui-se que as maiores taxas de afastamento do trabalho devido às DAR ocorrem nos meses mais frios e secos.

Palavras-chave: afastamento do trabalho, doenças respiratórias, saúde, temperatura, umidade.

Abstract

Introduction: Workers' respiratory diseases are frequently accounted for either their labor environment or sort of activity. Few studies relate them to weather conditions. **Objectives:** This article aims at identifying this relation by comparing sick leave rates with meteorological variables monthly averages. **Methods:** Calculating statistically the correlation between sick leave and the following factors: monthly average temperatures and humidity; monthly minimum temperatures and humidity; the highest temperature drop in 24 hours in a month. A series of the best correlated meteorological data was divided into quartiles (25 %) to identify typical sick leave values in extreme temperature and humidity situations. Rates of sick leave due to respiratory diseases were determined in post-office workers in the state of Santa Catarina, Brazil, and meteorological data were obtained from reanalysis of numeric models. The investigated period lasted from January 2001 to December 2007, amounting to 84 months. **Results:** As far as importance is concerned, sick leave due to respiratory diseases was mostly related to the monthly average temperature, the lowest monthly temperature and the highest monthly temperature drop. All these correlations obtained 0.1% statistical significance. Humidity has not been related to sick leave rates. **Conclusion:** The highest sick leave rates due to respiratory diseases occur mostly in the coldest and driest months of the year.

Keywords: sick leave, respiratory diseases, health, temperature, humidity.

Recebido: 22/05/2009
Revisado: 01/09/2009
Aprovado: 24/09/2009

Introdução

As doenças respiratórias ocupacionais são conceitualmente aceitas e apresentadas na literatura como doenças causadas por motivos inerentes ao ambiente de trabalho e às atividades dos trabalhadores. Beckett (2000) faz uma revisão das principais doenças respiratórias ocupacionais e as associa aos ambientes de trabalho com presença evidente de poeira, fumaça, vapor ou aqueles ambientes em que há pulverização ou pintura. Outros autores identificam a ocorrência de asma como a doença respiratória mais comum e destacam a atividade industrial como a causa frequente (MEREDITH; TAYLOR; McDONALD, 1991; KOGEVINAS et al., 1999). Mendonça et al. (2003) estudaram a asma ocupacional na cidade de São Paulo e constataram que o serviço de limpeza é a ocupação mais afetada. Há também estudos sobre doenças ocupacionais que atribuem a ocorrência de problemas respiratórios à exposição de poeiras do tabaco (VIEGI et al., 1986) e do trigo (COSENZA et al., 2002).

Nenhum desses artigos faz referência às condições de tempo e clima como parte das causas dos problemas respiratórios nos trabalhadores. De fato, se tratarmos as doenças do aparelho respiratório (DAR) como consequência exclusivamente das condições atmosféricas, não poderemos considerá-las como doenças ocupacionais, principalmente para determinadas atividades laborais específicas. Contudo, mesmo que o trabalhador tenha adquirido ou iniciado um processo de enfermidade fora do ambiente de trabalho, as DAR aparecem como uma das principais causas de afastamento do trabalho. Costa e Germano (2007) estudaram dados de afastamento dos professores do município de Ipatinga-MG e encontraram que 15,98% dos casos são devido às DAR. Em estudo similar, Gasparini, Barreto e Assunção (2005) constataram que as DAR são a segunda maior causa de afastamento de professores de Belo Horizonte-MG, contabilizando 12% dos casos. Além disso, é senso comum e também indicado através dos resultados de várias pesquisas (DERRICK, 1965; BART; BOURQUE, 1995; GONÇALVES et al., 2005) que reações adversas sobre a saúde são provocadas pelas condições de tempo e clima.

Segundo Tromp (1980), os parâmetros meteorológicos que mais afetam as pessoas são a temperatura do ar, a umidade do ar, a velocidade do vento e a radiação solar, porém, as condições extremas de calor e frio têm se mostrado de maior significância em termos de morbidade e mortalidade humana (McMICHAEL et al., 2003). Braga, Zanobetti e Schwartz (2002) constataram que as grandes variações de temperatura, tanto no verão, como no inverno, são causadoras de mortes devido a problemas respiratórios. Donaldson e Keatinge (1997) avaliaram a taxa de mortalidade da população do sudeste da Inglaterra como uma resposta da ocorrência de frio em dias anteriores ao óbito. Os autores ressaltaram que as mortes causadas por problemas respiratórios devido à queda de temperatura ocorrem com uma defasagem de tempo muito maior que as mortes causadas por isquemias cardíacas.

Por um lado, há estudos na literatura que, quando analisam as DAR para um determinado grupo de traba-

lhadores, atribuem essas doenças somente ao tipo de atividade laboral ou ao ambiente de trabalho (VIEGI et al., 1986; MEREDITH; TAYLOR; McDONALD, 1991; KOGEVINAS et al., 1999; BECKETT, 2000; COSENZA et al., 2002; MENDONÇA et al., 2003). Por outro lado, quando as DAR são avaliadas, em geral através de estudos estatísticos, como uma função das condições atmosféricas, são utilizados dados de morbidade, mortalidade ou internações hospitalares (DERRICK, 1965; BART; BOURQUE, 1995; DONALDSON; KEATINGE, 1997; BRAGA; ZANOBETTI; SCHWARTZ, 2002; McMICHAEL et al., 2003; GONÇALVES et al., 2005). Por vezes, esses estudos epidemiológicos focalizam uma população específica, que quase sempre é mais atingida por problemas respiratórios. Esse é o caso das crianças que apresentam maior risco de complicações graves de infecções por gripe (IZURIETA et al., 2000). Mas, em geral, percebe-se que pouco se tem estudado sobre os efeitos atmosféricos na ocorrência de DAR tendo como objeto de avaliação um grupo específico de trabalhadores.

O objetivo deste artigo é identificar quais as variáveis meteorológicas que mais influenciam na taxa de afastamento do trabalho. Para tanto, analisam-se as médias mensais de temperatura e umidade, os valores mínimos mensais dessas variáveis meteorológicas e a maior queda de temperatura em 24 horas ocorrida no mês. Este estudo limita-se a buscar sinais de associação entre estes parâmetros atmosféricos e as ocorrências de afastamentos devido às DAR na hipótese de que a causa destas doenças é expressivamente influenciada, pelo menos na maioria dos casos, pelas condições atmosféricas.

Metodologia

Dados de afastamento

Foram utilizados, no estudo, os dados de afastamento temporário das atividades laborais dos funcionários da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT). Este grupo de trabalhadores atua em todos os municípios do Estado de Santa Catarina (SC). As informações originais incluem o número de afastamentos ocorridos por mês e, para cada caso, a patologia pela qual o trabalhador foi afastado e o número de dias que permaneceu afastado do trabalho. A série de dados abrange o período de janeiro de 2001 até dezembro de 2007. Neste período, foram registrados 2.709 casos de afastamento devido às DAR, os quais correspondem ao total de registros analisados ao longo da série de dados. No grupo das DAR, os dados são ainda divididos em cinco subgrupos (SG): infecções agudas das vias aéreas superiores (SG1), influenza (gripe) e pneumonia (SG2), outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (SG3), outras doenças das vias aéreas superiores (SG4) e doenças crônicas das vias aéreas inferiores (SG5). As patologias relacionadas a cada subgrupo são: SG1: nasofaringite aguda, sinusite aguda, faringite aguda, amigdalite aguda, laringite e traqueíte aguda, infecções agudas das vias aéreas superiores não especificadas; SG2: influenza devido a vírus

identificado, influenza devido a vírus não identificado, pneumonia; SG3: bronquite, bronquite aguda, infecção aguda não identificada das vias aéreas inferiores, SG4: rinite alérgica e vasomotora, rinite, nasofaringite e faringite crônicas; e SG5: bronquite não especificada como aguda ou crônica, asma, estado de mal asmático.

Para essas patologias, considerou-se apenas os afastamentos com duração igual ou inferior a 5 dias, o que representa cerca de 97% dos casos de toda a série. Optou-se por excluir os afastamentos com duração superior a 5 dias, considerando-se a hipótese destes casos serem decorrentes do agravamento da patologia como consequência de outros fatores diferentes do fator atmosférico.

O número de funcionários (NF) da ECT foi diferente para cada ano do período analisado. Entre os anos de 2001 e 2007, o NF foi, respectivamente, de 2.623, 2.991, 3.414, 3.619, 3.597, 3.796 e 3.834. Por isso, utilizou-se, no lugar do número de afastamento (NA) por mês, a taxa de afastamento por mês [$T_{af} = (NA \times 1000)/NF$]. Assim, a T_{af} (‰) representa o número de afastamentos a cada 1.000 funcionários.

Dados meteorológicos

Os dados meteorológicos foram obtidos da reanálise do *National Center for Environmental Prediction / National Center for Atmospheric Research* (NCEP/NCAR) (KALNAY et al., 1996). O termo “reanálise” refere-se a um tipo de processamento que aplica o estado atual da arte em análise e previsão (simulação numérica dos processos físicos atmosféricos) dentro de um rígido controle de qualidade para assimilação de dados atmosféricos observados, ou seja, para complementar e reinterpretar

a análise do modelo numérico NCEP/NCAR com dados medidos no globo todo. Essas medições são realizadas por estações meteorológicas de superfície, por equipamentos instalados em navios e aeronaves, por radiossondas, por satélites e outros meios. Em outras palavras, a reanálise é uma matriz de dados bem organizada espacialmente que reproduz o estado real da atmosfera através de variáveis meteorológicas, tais como temperatura, umidade, vento etc. A reanálise do NCEP/NCAR é organizada em pontos de grade uniformemente espaçados a cada 2,5° de latitude e longitude, cobrindo toda a área da Terra. Pontos de grade são posições georreferenciadas nos mapas meteorológicos para os quais são atribuídos valores de variáveis atmosféricas. Para a resolução espacial de 2,5° de latitude e longitude, cada valor atribuído a um ponto de grade é representativo de uma área de aproximadamente 277,5 km² (Figura 1). Os dados do NCEP/NCAR são disponibilizados em quatro horários diários, às 00, 06, 12 e 18 UTC, para vários níveis isobáricos (níveis com o mesmo valor de pressão atmosférica) na vertical. A sigla UTC significa “*Universal Time Coordinated*” e é referente a um horário padrão internacional, adiantado em 3 horas em relação ao horário oficial de Brasília. Segundo Kalnay et al., 1996, o método para construção da reanálise do NCEP/NCAR é o mesmo desde 1957. Portanto, durante o período considerado para este estudo, este conjunto de informações meteorológicas foi construído com padrão único de coleta e assimilação de dados.

Neste estudo, utilizaram-se a temperatura média do mês (T), a umidade relativa média do mês (UR) e a umidade relativa mínima do mês ($UR_{(min)}$) do nível isobárico de 1.000 hPa. Além disso, avalia-se a T_{af} em função da temperatura do ar mais baixa do mês ($T_{2m(min)}$)

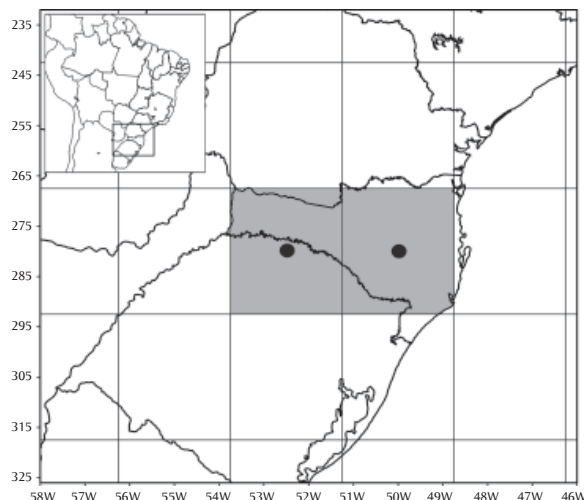


Figura 1 Mapa da região Sul do Brasil dividido em grades*, conforme resolução espacial da reanálise** do *National Center for Environmental Prediction / National Center for Atmospheric Research* - NCEP/NCAR.

*grade: área de aproximadamente 277,5 km² à qual é atribuído um valor para cada variável meteorológica, obtido do ponto de grade central da área. O símbolo ● mostra a localização geográfica dos dois pontos de grade utilizados no cálculo da média para obtenção das variáveis meteorológicas representativas do estado de Santa Catarina.

**reanálise: Tipo de processamento que aplica o estado atual da arte em análise e previsão (simulação numérica dos processos físicos atmosféricos), dentro de um rígido controle de qualidade, para assimilação de dados atmosféricos observados.

e da maior queda de temperatura do mês ($difT_{2m}$) ocorrida num período de 24 horas. Para estes dois últimos parâmetros, considera-se a temperatura do ar na altura de 2 metros. Os valores foram obtidos a partir da média dos dois pontos de grade (círculos pretos na Figura 1), representantes da área de SC. O ponto de grade a oeste localiza-se em 27,5°S de latitude e 52,5°W de longitude e o ponto de grade a leste localiza-se em 27,5°S de latitude e 50,0°W de longitude. Portanto, os parâmetros atmosféricos utilizados neste estudo são representativos de todas as localidades em que atuam os trabalhadores. Em termos meteorológicos, a variação desses parâmetros atmosféricos ao longo do tempo seria provocada pelos chamados sistemas atmosféricos de escala sinótica, os quais são capazes de causar mudanças na temperatura e na umidade de um dia para outro, de forma generalizada, em todo o estado. Dessa forma, desconsideram-se as condições de tempo provocadas por efeitos locais, como relevo acentuado ou proximidade de superfícies alagadas, os quais podem favorecer, respectivamente, baixas temperaturas ou altos índices de umidade. A consideração apenas dos parâmetros atmosféricos de maior escala (sinótica) é importante para que possam ser utilizados na comparação com os dados do afastamento de trabalhadores que atuam em todo o estado de Santa Catarina.

Análise estatística

A metodologia adotada consiste em comparar a T_{af} com os dados meteorológicos utilizando técnicas estatísticas. Primeiramente, calcula-se a correlação de Pearson (r) entre a T_{af} total (soma das patologias de todos os subgrupos) e cada um dos cinco parâmetros meteorológicos T , UR , $UR_{(min)}$, $T_{2m(min)}$ e $difT_{2m}$. O cálculo de r também é feito para a T_{af} separadamente por subgrupos (SG1, SG2, SG3, SG4 e SG5). A correlação de Pearson é dada pela expressão:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (T_{af\ i} - \overline{T_{af}}) (v_i - \bar{v})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (T_{af\ i} - \overline{T_{af}})^2} \sqrt{\sum_{i=1}^n (v_i - \bar{v})^2}}$$

onde $n = 84$ (número de meses) é o tamanho da série, $T_{af\ i}$ é a taxa de afastamento mensal ($i = 1, 2, 3, \dots, n$), $\overline{T_{af}}$ é a taxa de afastamento média da série, v_i é a variável meteorológica e \bar{v} é a variável meteorológica média da série. Neste artigo, considera-se a classificação das correlações de Pearson como fraca ($0 \leq r < 0,3$), moderada ($0,3 \leq r < 0,7$) e forte ($0,7 \leq r < 1$) (MAXWELL; SATAKE, 1997). Utilizando o nível de significância máximo de 0,5% ($P \leq 0,005$), aplicou-se aos resultados de correlação o teste t de Student (SPIEGEL; SCHILLER; SRINIVASAN, 2000).

Para cada associação entre a variável meteorológica e a taxa de afastamento que apresentou correlação satisfatória e nível de significância apropriado, construí-

ram-se gráficos para demonstrar a ocorrência típica da taxa de afastamento em função dos extremos apresentados na série pelas variáveis meteorológicas. Para tanto, dividiu-se a série de dados meteorológicos em quartis (25%) e, para cada um dos quatro intervalos, calcularam-se a mediana, a média, o desvio padrão e os valores mínimo e máximo da taxa de afastamento. Para todos os cálculos, utilizou-se a versão 6,0 do *software* Origin.

Resultados

Entre o número total de afastamentos (21.475) por motivo de doença registrado na ECT, no período de 2001 e 2007, 12,6% foram devido às DAR. Entre esses afastamentos, a maioria (60,1%) foi devido às infecções agudas das vias aéreas superiores (SG1). A ocorrência de influenza (gripe) e pneumonia (SG2) aparece em segundo lugar, com 33,1% dos casos. As patologias dos subgrupos 3, 4 e 5 são bem menos frequentes. Apenas 2,8% dos afastamentos ocorrem devido a outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (SG3), 1,1% dos afastamentos devido a outras doenças das vias aéreas superiores (SG4) e 2,9% dos afastamentos devido a doenças crônicas das vias aéreas inferiores (SG5). Entre 2001 e 2007, a porcentagem de funcionários que exerceu atividades a céu aberto variou de 35% a 56%. Esses funcionários realizam os serviços de distribuição e coleta (carteiros) em um dos turnos de trabalho, geralmente à tarde. Pela manhã, são executados os trabalhos de triagem das correspondências nas agências de correios.

A matriz de correlação entre a taxa de afastamento e as variáveis meteorológicas é apresentada na Tabela 1. Com base na aplicação do teste t de Student, as correlações que apresentam significância estatística estão destacadas nesta tabela e apenas estes resultados são analisados. A T_{af} total (devida ao conjunto dos 5 subgrupos das DAR) apresenta melhor correlação com os parâmetros meteorológicos que envolvem a variável temperatura. Há forte correlação entre a T_{af} total e as variáveis meteorológicas T e $T_{2m(min)}$ e correlação moderada entre a T_{af} total e as variáveis meteorológicas UR e $difT_{2m}$, com pior resultado para a umidade relativa média mensal. As comparações considerando separadamente os subgrupos SG1 e SG2 mostram correlação moderada com as variáveis T , UR , $T_{2m(min)}$ e $difT_{2m}$, novamente com pior resultado para a umidade relativa média do mês. Os resultados de correlação também apresentam alta significância estatística ($P \leq 0,001$) na comparação da taxa de afastamento devido às patologias do subgrupo SG5 com as variáveis meteorológicas T , $T_{2m(min)}$ e $difT_{2m}$, com $r \approx 0,4$. Com significância estatística $P \leq 0,005$, a correlação entre a taxa de afastamento devido às patologias do subgrupo SG3 e as variáveis T e $T_{2m(min)}$ foram moderadas, com valor de r um pouco abaixo de 0,4. As correlações de todas as variáveis meteorológicas com a T_{af} devido às patologias SG4 não apresentam significância estatística. Da mesma forma, a umidade relativa mínima do mês ($UR_{(min)}$) apresentou

resultados de correlação sem significância estatística com as taxas de afastamento total e devido aos cinco subgrupos (SG1, SG2, SG3, SG4 e SG5).

Com base nos resultados de correlação que apresentaram significância estatística, podemos apresentar alguns parâmetros estatísticos da taxa de afastamento mensal de funcionários da ECT em função do comportamento mensal das variáveis meteorológicas. Com intuito de identificar a influência dos extremos dessas variáveis, dividiu-se a série de T , UR , $T_{2m(\min)}$ e $diffT_{2m}$ em quatro percentis. As Figuras 2, 3 e 4 mostram esses resultados, respectivamente, para a T_{af} total (devido às patologias de todos os subgrupos), para a T_{af} devido às patologias do subgrupo SG1 (infecções agudas das vias aéreas superiores) e para a T_{af} devido às patologias do subgrupo SG2 (gripe e pneumonia).

A média e a mediana da T_{af} total diminuem conforme aumentam os valores de T (Figura 2a), de UR (Figura 2b), de $T_{2m(\min)}$ (Figura 2c) e de $diffT_{2m}$ (Figura 2d). O desvio padrão também apresenta o mesmo comportamento em quase todos os gráficos, excetuando-se apenas o gráfico de umidade (Figura 2b). A análise da umidade mostrou-se bastante diferente em relação às demais variáveis meteorológicas, concordando com os resultados de correlação mostrados na Tabela 1. O valor da T_{af} total máxima observada em cada quartil apresenta um resultado coerente, ou seja, diminuindo conforme aumenta o valor da variável meteorológica, somente quando a análise é realizada com a temperatura média mensal (Figura 2a). A T_{af} total apresenta-se com uma distribuição mais próxima da normal, com os valores de média e mediana semelhantes, no quarto quartil de T (Figura 2a), no

primeiro e no quarto quartil de $T_{2m(\min)}$ (Figura 2c) e no terceiro e no quarto quartil de $diffT_{2m}$ (Figura 2d).

Em geral, as Figuras 3 e 4 mostram evoluções semelhantes da T_{af} devido aos subgrupos SG1 e SG2. Analisando os gráficos de T , $T_{2m(\min)}$ e $diffT_{2m}$ nas Figuras 3 e 4, percebe-se que a principal diferença é o fato dos valores da T_{af} devido às patologias do SG1 serem maiores que os valores da T_{af} devido às patologias do SG2. Nas duas análises (SG1 e SG2), a tendência da média, da mediana e do desvio padrão da T_{af} é de diminuir conforme aumentam os valores de T , $T_{2m(\min)}$ e $diffT_{2m}$. Novamente, a conduta da T_{af} que ficou mais fora do padrão foi a encontrada na análise da umidade média mensal. No caso desta variável, percebe-se que o comportamento da T_{af} devido às patologias do subgrupo SG1 (Figura 3b) é semelhante ao comportamento da T_{af} total devido à soma dos cinco subgrupos (Figura 2b). Entretanto, a evolução da T_{af} devido às patologias do SG2, entre o primeiro e o quarto quartil da umidade (Figura 4b), não apresenta o mesmo padrão.

Embora com o valor médio da T_{af} sendo muito baixo, a tendência verificada nas análises que consideram os afastamentos devido às patologias dos subgrupos SG3 e SG5 é de diminuição conforme aumenta o valor da variável meteorológica. O valor máximo da T_{af} ocorre no primeiro quartil somente nas análises dos afastamentos do trabalho devido às patologias do subgrupo SG5. Lembramos que a significância estatística das relações entre a T_{af} devido a SG3 e as variáveis meteorológicas é de $P \leq 0,005$ e, entre a T_{af} devido a SG5 e as variáveis meteorológicas, é de $P \leq 0,001$.

Tabela 1 Matriz Correlação de Pearson (r) entre a taxa de afastamento (T_{af}) por Doença do Aparelho Respiratório (DAR) e variáveis meteorológicas*, para todas as patologias (T_{af} total) e separadamente para subgrupos (SG)** de patologias, referente a trabalhadores da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), em Santa Catarina, Brasil, no período de janeiro de 2001 e dezembro de 2007

	T	UR	$T_{2m(\min)}$	$diffT_{2m}$	$UR_{(\min)}$
T_{af} total	-0,73154	-0,48100	-0,70451	-0,59461	-0,26352
T_{af} SG1	-0,65165	-0,43003	-0,62393	-0,51657	-0,24265
T_{af} SG2	-0,64903	-0,42703	-0,61735	-0,53149	-0,21285
T_{af} SG3	-0,37772	-0,25861	-0,38382	-0,28455	-0,13437
T_{af} SG4	+0,01208	-0,09029	-0,01001	+0,02636	-0,21965
T_{af} SG5	-0,40940	-0,18552	-0,45239	-0,45352	-0,10470

 $P \leq 0,001$
 $P \leq 0,005$

* variáveis meteorológicas: T - Temperatura do ar média do mês; UR - Umidade relativa do ar média do mês; $T_{2m(\min)}$ - Temperatura do ar mais baixa ocorrida no mês; $diffT_{2m}$ - Maior queda em 24 horas de temperatura do ar ocorrida no mês; e $UR_{(\min)}$ - Umidade relativa do ar mais baixa ocorrida no mês.

** subgrupos (SG): SG1 - Infecções agudas das vias aéreas superiores; SG2 - Influenza (gripe) e pneumonia; SG3 - Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores; SG4 - Outras doenças das vias aéreas superiores; SG5 - Doenças crônicas das vias aéreas inferiores.

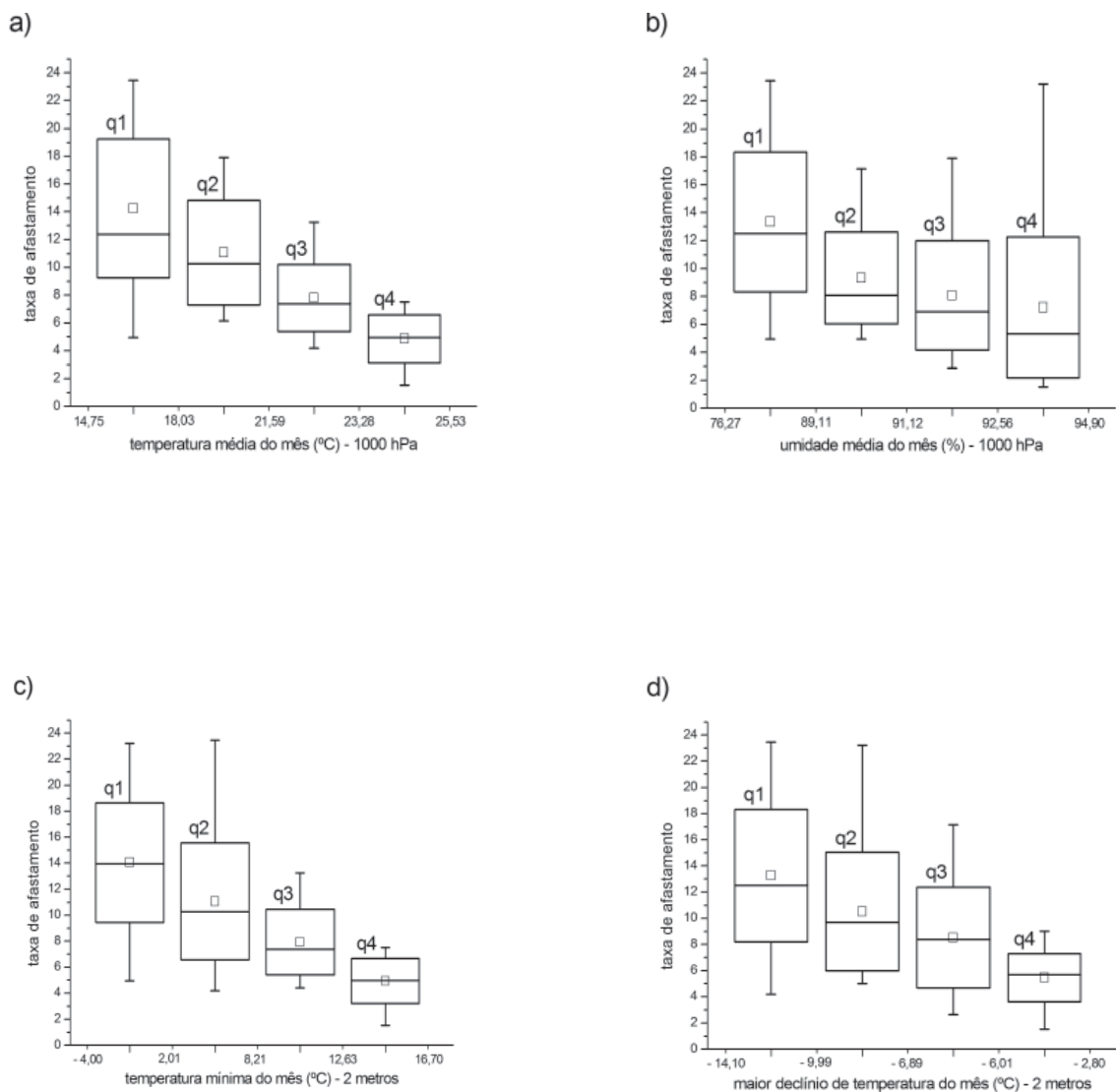


Figura 2 Parâmetros estatísticos* da taxa de afastamento [T_{af} (%)] mensal, por motivo de Doença do Aparelho Respiratório (DAR) (todas as patologias**), dos trabalhadores da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) de Santa Catarina, Brasil, durante o período de janeiro de 2001 a dezembro de 2007, como uma função das variáveis meteorológicas*** dividida em quartis.****

* **Parâmetros estatísticos:** Média (\square), mediana (linha horizontal no interior da caixa), desvio padrão (linhas horizontais nos extremos da caixa) e valores mínimo (\perp) e máximo (\top);

** **Patologias:** Infecções agudas das vias aéreas superiores, influenza (gripe) e pneumonia, outras infecções agudas das vias aéreas inferiores, outras doenças das vias aéreas superiores e doenças crônicas das vias aéreas inferiores.

*** **Variáveis meteorológicas:** Painel a) temperatura média do mês (°C); Painel b) umidade média do mês (%); Painel c) temperatura mínima do mês (°C); e Painel d) maior declínio de temperatura do mês (°C).

**** **Quartis:** q1, q2, q3 e q4: 1º, 2º, 3º e 4º quartis, respectivamente.

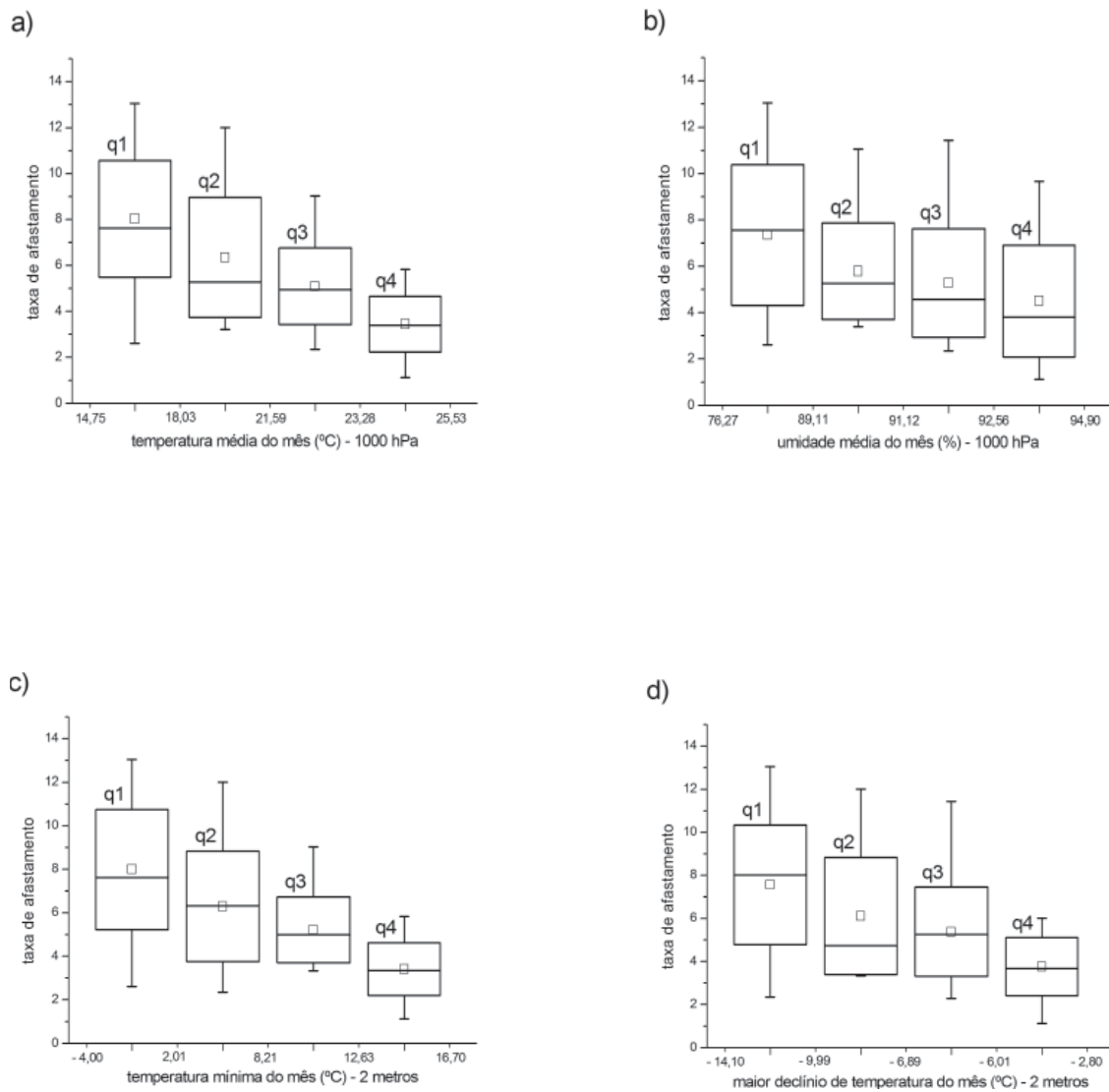


Figura 3 Parâmetros estatísticos* da taxa de afastamento [T_{af} (%)] mensal, por motivo de Doença do Aparelho Respiratório (DAR) (infecções agudas das vias aéreas superiores), dos trabalhadores da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) de Santa Catarina, Brasil, durante o período de janeiro de 2001 a dezembro de 2007, como uma função das variáveis meteorológicas** dividida em quartis.***

* **Parâmetros estatísticos:** Média (\square), mediana (linha horizontal no interior da caixa), desvio padrão (linhas horizontais nos extremos da caixa) e valores mínimo (\perp) e máximo (\top);

** **Variáveis meteorológicas:** Painel a) temperatura média do mês ($^{\circ}\text{C}$); Painel b) umidade média do mês (%); Painel c) temperatura mínima do mês ($^{\circ}\text{C}$); e Painel d) maior declínio de temperatura do mês ($^{\circ}\text{C}$).

*** **Quartis:** q1, q2, q3 e q4: 1 $^{\circ}$, 2 $^{\circ}$, 3 $^{\circ}$ e 4 $^{\circ}$ quartis, respectivamente.

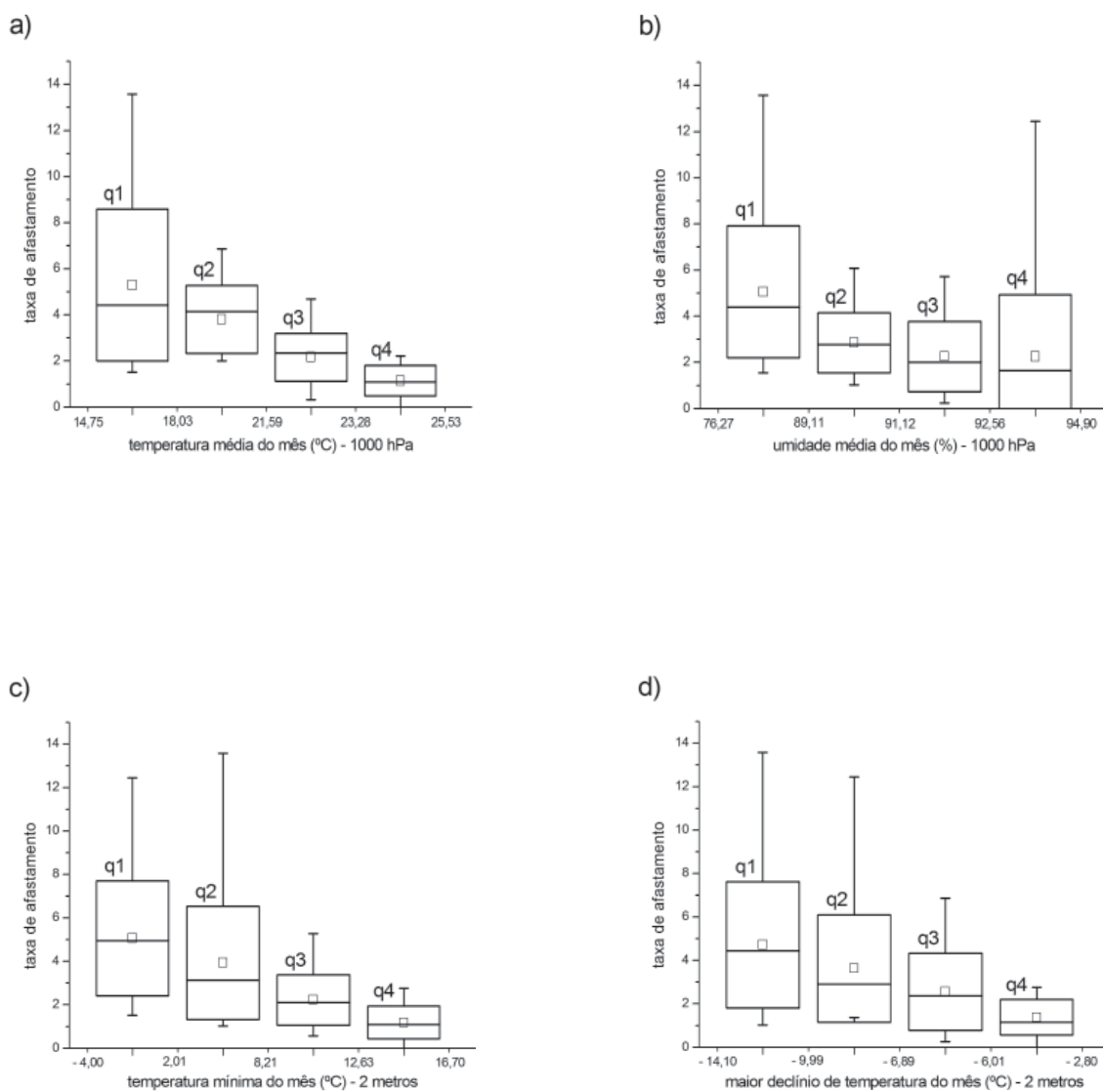


Figura 4 Parâmetros estatísticos* da taxa de afastamento [T_{af} (%)] mensal, por motivo de Doença do Aparelho Respiratório (DAR) (influenza e pneumonia), dos trabalhadores da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) de Santa Catarina, Brasil, durante o período de janeiro de 2001 a dezembro de 2007, como uma função das variáveis meteorológicas** dividida em quartis.***

* **Parâmetros estatísticos:** Média (\square), mediana (linha horizontal no interior da caixa), desvio padrão (linhas horizontais nos extremos da caixa) e valores mínimo (\perp) e máximo (\top);

** **Variáveis meteorológicas:** Painel a) temperatura média do mês (°C); Painel b) umidade média do mês (%); Painel c) temperatura mínima do mês (°C); e Painel d) maior declínio de temperatura do mês (°C).

*** **Quartis:** q1, q2, q3 e q4: 1º, 2º, 3º e 4º quartis, respectivamente.

Discussão

Alguns aspectos importantes devem ser considerados com respeito à equipe disponível, à estrutura ambulatorial e à forma de gerenciamento da ECT para as situações de afastamento do trabalho dos funcionários. A ECT de Santa Catarina conta com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), com uma equipe formada por um médico do trabalho, um engenheiro do trabalho, cinco técnicos de segurança do trabalho, um enfermeiro do trabalho e um auxiliar de enfermagem do trabalho. As cinco regiões do estado onde se concentram o maior número de funcionários possuem ambulatórios de atendimento assistencial com médicos clínicos, muitos com especialização em medicina do trabalho, enfermeiros e atendentes de saúde. Entre estes profissionais, uma grande parte é contratada por empresa terceirizada. Há também uma rede credenciada para atendimento médico aos funcionários da ECT. Portanto, os atestados para os afastamentos do trabalho podem ser emitidos pelos médicos dos ambulatórios, da medicina do trabalho ou da rede credenciada. No entanto, a ECT estipula critérios para homologação dos atestados médicos apresentados pelos colaboradores.

Os afastamentos do trabalho devido às DAR representam 12,6% do total de afastamentos solicitados na ECT de Santa Catarina. Este índice é muito próximo da taxa de professores que solicitaram afastamento devido a doenças respiratórias em municípios de Minas Gerais, 12% encontrados por Gasparini, Barreto e Assunção (2005) e 15,98% encontrados por Costa e Germano (2007). Apesar da proximidade destes índices, alguns aspectos mostram que essas populações podem ser bastante diferentes. O primeiro aspecto diz respeito às diferentes atividades exercidas pelos professores e pelos funcionários da ECT. No caso do grupo de trabalhadores analisados neste estudo (ECT), as atividades dos trabalhadores diferem bastante, podendo haver subgrupos nesta população com maior ou menor vulnerabilidade em adquirir algum tipo de DAR. Citamos como exemplo as diferenças de ambiente e atividade entre os funcionários da administração e os funcionários da coleta/distribuição (carteiros). O primeiro subgrupo, em geral, desenvolve suas atividades em ambiente fechado e em contato com outras pessoas, o que pode facilitar o contágio de vírus. O segundo subgrupo desenvolve suas atividades, em um turno, na triagem das correspondências, onde pode haver maior contato com poeira. No outro turno, os carteiros trabalham em ambiente externo, com menor possibilidade de contágio de vírus, mas mais vulneráveis às mudanças de temperatura. Por outro lado, conforme identificado por Gasparini, Barreto e Assunção (2005) e Costa e Germano (2007), os professores podem apresentar maiores problemas de saúde devido às DAR por estarem expostos à poeira do giz e em contato com muitas outras pessoas em ambientes fechados. Mas o segundo aspecto que chama atenção aqui está relacionado com as condições climáticas, foco

deste estudo. Ao contrário de Santa Catarina, onde a distribuição da chuva ocorre o ano todo, o estado de Minas Gerais possui uma condição climática que se caracteriza pela existência de estações “chuvosa” e “seca” bem definidas. Por isso, no inverno (estação “seca”), o Sudeste do Brasil, incluindo Minas Gerais, apresenta índices de umidade do ar muito baixos e este fator pode ter influência sobre a ocorrência de DAR.

A associação da T_{af} total com as variáveis meteorológicas que envolvem a temperatura do ar foi mais evidente que a associação da T_{af} total com as variáveis que envolvem a umidade do ar. O mesmo foi verificado quando a análise é feita considerando, exclusivamente, os afastamentos devido às patologias dos subgrupos SG1 e SG2. Estes resultados, juntamente com o fato de a maioria (93,2%) dos afastamentos serem devido a esses dois primeiros subgrupos, mostram que os meses com menor temperatura estão mais associados com os afastamentos do trabalho devido às infecções agudas das vias aéreas superiores e à ocorrência de gripe e pneumonia. Os afastamentos que foram solicitados devido às patologias relacionadas ao subgrupo SG3, como a bronquite, apresentaram associação apenas com as temperaturas média e mínima do mês. Ressalta-se, entretanto, que estes resultados obtiveram significância estatística $P \leq 0,005$. No caso dos afastamentos devido à rinite alérgica e vasomotora e rinite, nasofaringite e faringite crônicas (subgrupo SG4), não foi encontrada associação com as variáveis meteorológicas. E, por fim, os afastamentos que ocorreram devido às patologias do subgrupo SG5 também apresentam alta significância estatística ($P \leq 0,001$), mas as associações são menores ($r \approx 0,4$) e ocorrem somente para as variáveis meteorológicas que envolvem a temperatura do ar. Portanto, nos casos de bronquite não especificada como aguda ou crônica, asma e estado de mal asmático, os afastamentos do trabalho apresentam associação moderada com as temperaturas média e mínima do mês e com a maior queda de temperatura do mês ocorrida em 24 horas. A melhor associação da T_{af} com as variáveis meteorológicas que envolvem a temperatura em relação às variáveis meteorológicas que envolvem a umidade relativa do ar é concordante com o que foi encontrado por Braga, Zanobetti e Schwartz (2002). Esses autores não identificaram sinal claro para o efeito da umidade do ar sobre os registros de morte devido a problemas respiratórios.

Os resultados apresentados nas Figuras 2, 3 e 4, que analisam os extremos da série (1º quartil: 25%) dos dados meteorológicos, mostram uma conduta esperada para os afastamentos por motivo de DAR. Ou seja, os meses que em média foram mais frios e os meses que apresentaram a temperatura mínima ou queda de temperatura em 24 horas mais intensas estão associados com as maiores taxas de afastamento. Em geral, isto é verificado para quase todos os parâmetros estatísticos (média, mediana e valor máximo) nas análises das T_{af} total e separadamente para os subgrupos SG1 e SG2. Entretanto, para os casos de frio mais rigoroso

(1º quartil), o desvio padrão em torno da média é maior em relação aos demais quartis. Este resultado indica que outros fatores têm influência na determinação do número mensal de pedidos de afastamento do trabalho por motivo de DAR. A análise da umidade média mensal também aponta para alguns aspectos importantes, embora esta variável meteorológica tenha apresentado menor associação com a taxa de afastamento. O principal aspecto é o fato da média e da mediana da taxa de afastamento ser maior no 1º quartil, representando dos 25% dos meses mais secos. Também chama atenção o fato dos resultados apresentados na análise feita para a T_{af} devido ao subgrupo SG2 (Figura 4b) terem padrão diferente dos resultados apresentados nas análises da T_{af} total (Figuras 2b) e da T_{af} devido às patologias do subgrupo SG1 (Figuras 3b). Isto mostra que, além da umidade relativa média do mês possuir menor associação com os afastamentos do trabalho devido às DAR, essa associação é ainda mais fraca para os casos de afastamento devido à gripe e à pneumonia.

Embora com uma taxa muito menor de afastamento, algumas análises estatísticas mostraram-se significantes para os casos de afastamento devido às patologias dos subgrupos SG3 e SG5. Há tendência de aumento da taxa de afastamento média conforme o mês apresentasse com frio mais rigoroso. A umidade do ar não tem associação com os afastamentos devido à bronquite, à bronquite aguda, à infecção aguda não identificada das vias aéreas inferiores, à bronquite não especificada como aguda ou crônica, à asma e ao estado de mal asmático.

Por fim, considerando todos esses aspectos e os principais resultados derivados das análises estatísticas, podemos obter como principais conclusões:

- As variáveis meteorológicas que apresentam associação mais significativa com a taxa de afastamento do trabalho devido às DAR são, em ordem de importância, a temperatura média do mês, a temperatura mínima do mês e o maior declínio de temperatura do mês. Portanto, as variáveis meteorológicas intramês ($T_{2m(\min)}$ e $difT_{2m}$) possuem associação com a taxa de afastamento, mas a média mensal de temperatura (T) apresenta correlações melhores;

- A umidade relativa média do mês apresentou significância estatística, mas as associações com a taxa de afastamento média mensal foram inferiores a 50%. A umidade relativa mínima do mês não tem associação com os afastamentos do trabalho devido às DAR;

- As análises individuais da taxa de afastamento do trabalho devido às patologias dos subgrupos SG1 e SG2 apresentam resultados semelhantes à análise realizada quando se consideram os afastamentos devido a todos os subgrupos. Os afastamentos devido às patologias dos subgrupos SG3 e SG5 mostram correlação com significância estatística com as variáveis meteorológicas que envolvem temperatura, mas as associações são baixas. Os afastamentos devido às patologias do subgrupo SG4 não apresentam associação com as variáveis meteorológicas;

- Os extremos inferiores da série dos dados meteorológicos, meses mais frios e secos, apresentam as maiores taxas de afastamento de trabalho devido às DAR. Em geral, há tendência de diminuição da taxa mensal de afastamento conforme os meses apresentam-se mais quentes e úmidos.

Cabe ressaltar que as conclusões apresentadas aqui se baseiam em dados de afastamento do trabalho que, além de não permitirem identificar a localidade exata de atuação do trabalhador afastado, registram apenas o número total de afastamentos no mês. Por isso, a comparação da T_{af} foi realizada com variáveis meteorológicas médias ou extremas ocorridas no mês. Diante desta importante limitação, imposta pela forma com que os dados de afastamento são disponibilizados, considera-se fundamental a busca de dados de afastamento do trabalho que identifiquem a localidade ou a mesorregião onde o trabalhador atua, assim como a data exata (dia, mês e ano) em que o afastamento foi solicitado. Dados de afastamento com este refinamento poderão ser comparados com dados meteorológicos observados nas mesmas localidades e datas, podendo fornecer resultados mais robustos em relação à ocorrência de afastamentos devido às DAR como uma resposta das condições de tempo.

Referências

BART, J. L.; BOURQUE, D. A. Acknowledging the weather-health link. *Canada's Leading Medical Journal*, v. 153, n. 7, p. 941-944, 1995.

BECKETT, W. S. Occupational respiratory diseases. *The New England Journal of Medicine*, United States, v. 342, n. 6, p. 406-413, Feb. 2000.

BRAGA, A. L. ; ZANOBETTI, A.; SCHWARTZ, J. The effect of weather on respiratory and cardiovascular deaths in 12 U. S. cities. *Environmental Health*

Perspectives, United States, v. 110, n. 9, p. 859-863, Sept. 2002.

COSENZA, G. W. et al. Afecções respiratórias em trabalhadores em moinhos de trigo no município de Santos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 27, n. 101/102, p. 27-43, set. 2002.

COSTA, P. G.; GERMANO, A. Afastamento dos professores de 5ª à 8ª séries da rede municipal de Ipatinga da sala de aula: principais causadores.

- In: CONGRESSO DE LETRAS, 6., 2007, Argentina. *Anais eletrônicos...* Brasil: UNEC, 2007. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.unec.edu.br/ojs/index.php/unec03/article/viewFile/289/365>>. Acesso em: 07 ago. 2008.
- DERRICK, E. H. The seasonal variation of asthma in Brisbane: its relation to temperature and humidity. *International Journal of Biometeorology*, United States, v. 9, n. 3, p. 239-251, Dec. 1965.
- DONALDSON, G. C.; KEATINGE, W. R. Early increases in ischaemic heart disease mortality dissociated from and later changes associated with respiratory mortality after cold weather in south east England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, England, v. 51, n. 6, p. 643-648, Dec. 1997.
- GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, maio/ago. 2005.
- GONÇALVES, F. L. T. et al. The effects of air pollution and meteorological parameters on respiratory morbidity during the summer in São Paulo city. *Environment International*, Netherlands, v. 31, n. 3, p. 343-349, Apr. 2005.
- IZURIETA, H. S. et al. Influenza and the rates of hospitalization for respiratory disease among infants and young children. *The New England Journal of Medicine*, United States, v. 342, n. 4, p. 232-239, Jan. 2000.
- KALNAY, E. et al. The NCEP/NCAR 40-year reanalysis project. *Bulletin of the American Meteorological Society*, Boston, v. 77, n. 3, p. 437-471, 1996.
- KOGEVINAS, M. et al. Occupational asthma in Europe and other industrialized areas: a population-based study. *Lancet*, England, v. 353, n. 9166, p. 1750-1754, May 1999.
- MAXWELL, D. L.; SATAKE, E. *Research and statistical methods in communication disorders*. USA: William & Wilkins, 1997.
- McMICHAEL, A. J. et al. Climate change and human health: risks and responses. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/globalchange/publications/climchange.pdf>>. Acesso em: 07 ago 2008.
- MENDONÇA, E. M. C. et al. Occupational asthma in the city of São Paulo, 1995-2000, with special reference to gender analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, United States, v. 43, n. 6, p. 611-617, June 2003.
- MEREDITH, S. K.; TAYLOR, V. M.; McDONALD, J. C. Occupational respiratory disease in the United Kingdom 1989: a report to the British Thoracic Society and the Society of Occupational Medicine by the SWORD project group. *British Journal of Industrial Medicine*, England, v. 48, n. 5, p. 292-298, May 1991.
- SPIEGEL, M. R.; SCHILLER, J. J.; SRINIVASAN, A. L. *Schaum's outline of probability and statistics*. New York: McGraw-Hill, 2000.
- TROMP, S. W. *Biometeorology*. Holanda: Heyden, 1980.
- VIEGI, G. et al. Respiratory effects of occupational exposure to tobacco dust. *British Journal of Industrial Medicine*, England, v. 43, n. 12, p. 802-808, Dec. 1986.

O nexu causal entre transtorno de estresse pós-traumático e trabalho: controvérsias acerca do laudo de uma perícia judicial*

Carlos Eduardo Carrusca Vieira¹

Causal link between posttraumatic stress disorder and work – controversies about a judicial expert's appraisal

¹ Professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais em Arcos; Coordenador adjunto do Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho (PUC Minas/São Gabriel); Coordenador da Pesquisa *Análise ergonômica e psicossocial do trabalho dos vigilantes*.

* Artigo baseado na dissertação de mestrado de Carlos Eduardo Carrusca Vieira intitulada *Desautorização, paradoxo e conflito: a saúde mental dos vigilantes bancários*, apresentada em 2006 ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Contato:

Rua Ituverava, 268, apto. 201. Renascença. Belo Horizonte, MG.
CEP: 31130-590

E-mail:

carloveduardo_carrusca@yahoo.com.br

Resumo

O estabelecimento do nexu causal entre trabalho e distúrbio mental tem ocupado um lugar central nos debates teóricos e se configura como uma questão bastante polêmica, centro de controvérsias no campo de estudos da Saúde Mental e Trabalho. Neste artigo, analisamos o laudo emitido por uma perita judicial e o parecer dos peritos assistentes acerca das condições de saúde de um trabalhador da vigilância bancária no âmbito de uma ação indenizatória por danos morais movida por ele, que tramitou na Justiça do Trabalho de Minas Gerais. Os peritos concluíram não haver um nexu causal entre os distúrbios mentais apresentados pelo vigilante e a sua ex-atividade, fato que embasou a sentença proferida pelo magistrado, desfavorável ao trabalhador. Entretanto, apresentamos, em relação a este caso, evidências de que as experiências de trabalho deveriam ter sido consideradas como um fator determinante no surgimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) do qual o vigilante foi vítima. Ao final deste artigo, refletimos sobre a importância de se ampliar a análise diagnóstica no caso de trabalhadores acometidos por transtornos mentais.

Palavras-chave: transtornos de estresse pós-traumáticos, trabalho, vigilante, prova pericial.

Abstract

Establishing a casual relationship between work and mental illnesses has been at the center of theoretical debates and considered a rather polemic issue, being one of the controversies in the field of mental health and work. In this article, we analyzed an appraisal written by a judicial expert and the opinion of the assistant experts, concerning the health conditions of a bank security worker who brought a compensation suit for moral damages at a Labor Court in the state of Minas Gerais, Brazil. The experts concluded that there was no causal link between the mental disorders manifested by the worker and his work, which led the sentence to be against the worker. However, we presented evidences that his work experience should have been considered as a determinant factor for the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) he suffered from. At the end, we discussed the importance of improving the diagnostic analysis of workers affected by mental disorders.

Keywords: *posttraumatic stress disorder, work, security worker, judicial investigation.*

Recebido: 09/06/2009

Revisado: 09/11/2009

Aprovado: 11/11/2009

Introdução

O estabelecimento do nexos causal entre trabalho e distúrbio mental tem ocupado um lugar central nos debates teóricos e se configura como uma questão bastante polêmica, centro de controvérsias no campo de estudos da Saúde Mental e Trabalho (LIMA, 2005).

O presente artigo analisa a relação entre as experiências de trabalho vividas por um vigilante bancário e seu processo de adoecimento. O vigilante foi afastado de sua função por ter sido acometido por um transtorno mental logo após um assalto ao banco onde trabalhava. Entretanto, mais do que do assalto, o vigilante queixava-se de ter sido vítima de *assédio moral*, o que, segundo ele, teria contribuído para o seu adoecimento.

Três anos após o seu afastamento, Ricardo (nome fictício) ajuizou uma ação indenizatória em face da empresa de segurança prestadora de serviços de vigilância e da instituição bancária para as quais trabalhava, na qual pedia a reparação pelos danos decorrentes do assédio moral e do assalto, este último considerado por ele como a “gota d’água”, evento que culminou no surgimento do transtorno mental.

No curso da ação, que tramitou perante a Justiça do Trabalho de Minas Gerais, o Exmo. Juiz de Direito requisiou uma perícia judicial para que se investigasse a existência de distúrbios mentais e a suposta relação com a ex-atividade exercida pelo vigilante. A perícia judicial concluiu *não haver um nexos causal entre o distúrbio mental apresentado pelo vigilante e sua ex-atividade*, fato que embasou a sentença proferida pelo magistrado, desfavorável ao vigilante.

Porém, ao contrário do que foi afirmado pela *expert*, certas evidências nos levam a acreditar na existência do nexos causal entre o distúrbio mental e o trabalho no caso do vigilante Ricardo. Por este motivo, analisamos o laudo emitido pela perícia judicial e pelos peritos assistentes acerca das condições de saúde deste trabalhador.

Nexos causal entre trabalho e distúrbio mental

Tradicionalmente, os diagnósticos de personalidade ocupam um lugar central nas explicações dadas pelos profissionais do campo “psi” (psicólogos, psicanalistas e médicos psiquiatras) às questões de saúde mental. Porém, em certos casos, como é o caso das doenças relacionadas ao trabalho, a investigação da estrutura e dos traços de personalidade, isoladamente, parece não ser suficiente para explicar o surgimento de certas desordens mentais.

Quando o assunto são os distúrbios psíquicos desencadeados e/ou produzidos pelo trabalho, ainda pouco reconhecidos inclusive pelos órgãos previdenciários

(JACQUES, 2007), as dificuldades se ampliam, uma vez que “o efeito do trabalho sobre a saúde é muitas vezes silencioso e não apreendido pelo saber estritamente médico” (ASSUNÇÃO, 2003, p. 1013). Em nossa perspectiva, o mesmo é válido para a psicologia, quando não traz à discussão a experiência dos trabalhadores e uma análise da atividade.

A existência ou não da relação causal entre o trabalho e os distúrbios mentais é o problema “mais espinhoso” a ser tratado pelos pesquisadores da área, sendo que a sua resolução é fundamental e decisiva para a proteção da saúde dos trabalhadores, afirma Lima (2005).

De acordo com a autora, a polêmica em torno do nexos causal é fruto das distintas concepções teóricas sobre a gênese da doença mental. As concepções variam: há autores que acreditam que a doença mental advém de fatores essencialmente orgânicos, outros defendem a tese da psicogênese, enquanto alguns acreditam na multideterminação deste fenômeno e na importância de integrar fatores biopsicossociais (LIMA, 2005).

A propósito dos estudos no campo da Saúde Mental e Trabalho (SM&T), é fundamental resgatar os estudos de Lima (2005). Ela indica que certos autores da SM&T, como é o caso de Christophe Dejours, empregam os pressupostos da psicanálise na análise das questões relativas à saúde/doença mental, motivo pelo qual ele pressupõe que a enfermidade mental provém, apenas, das estruturas de personalidade, como fica nítido em suas explicações:

Contrariamente ao que se poderia imaginar, a exploração do sofrimento pela organização do trabalho não cria doenças mentais específicas. Não existem psicoses do trabalho, nem neuroses do trabalho. Até os maiores e mais ferrenhos críticos da nosologia psiquiátrica não conseguiram provar a existência de uma patologia mental específica do trabalho. (DEJOURS, 1992, p. 122)

Baseado na psicanálise, Dejours (1992) acredita que as desordens mentais se expliquem, em última instância, pela estrutura da personalidade adquirida antes do engajamento na produção. Entretanto, ressalta Lima (2005), o próprio Dejours afirma que as suas considerações são meramente especulativas e que a psicanálise é:

imprópria para dar conta das relações de trabalho, na medida em que estas são regidas por regras que não se deixam reduzir ao jogo das relações chamadas objetais. (DEJOURS, 1992, p. 12)

Mais que isso, Dejours (1992) cai em uma contradição sem saída ao admitir uma exceção ao seu modelo científico e, conseqüentemente, à tese da psicogênese (LIMA, 2007). Esta exceção é justamente o “Transtorno de Estresse Pós-Traumático”.

Trata-se do único distúrbio mental cuja relação direta e causal com o trabalho é admitida por pesquisadores de diferentes filiações teóricas do campo da Saúde Mental e Trabalho (DORIGO; LIMA, 2007, p. 11). É válido ressaltar que a relação causal entre o: “Estado

de Estresse Pós-Traumático” e o trabalho é considerada factível pelo próprio Ministério da Saúde:

Em trabalhadores que sofreram situações descritas no conceito da doença, em circunstâncias de trabalho, o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, excluídas outras causas não-ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL, 2001, p. 182)

A relação entre o transtorno de estresse pós-traumático crônico e o trabalho pode ser atribuída a diversas razões, entre elas: “dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho; reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho; circunstância relativa às condições de trabalho” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL, 2001, p. 181-182).

A despeito dessas colocações, os peritos concluíram não haver nexo causal entre o TEPT do vigilante Ricardo e o seu trabalho. Em nosso entendimento, os peritos descartaram fatores decisivos para a compreensão e a avaliação correta de seu caso. Suas considerações são insuficientes para explicar o caso do vigilante. Portanto, é nossa obrigação indicar onde se equivocaram e apresentar os motivos que fundamentam nossas conclusões.

Percurso metodológico

Este artigo baseia-se em um estudo de caso, um método da pesquisa qualitativa cuja intenção é “[...] criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum” (TURATO, 2005, p. 3).

Para a composição do estudo de caso, foram realizadas oito entrevistas em profundidade com o vigilante Ricardo², com a duração aproximada de duas horas cada uma, em sala reservada do Sindicato dos Vigilantes de Minas Gerais e, em uma oportunidade, na Universidade Federal de Minas Gerais. Todas as entrevistas foram gravadas mediante o consentimento livre e esclarecido do entrevistado e, posteriormente, transcritas para análise.

A primeira entrevista ocorreu em 04.11.2005 e a última,³ em 06.09.2006. O intervalo entre as entrevistas com o trabalhador variou de uma a oito semanas, devido à disponibilidade das partes ou ao tempo utilizado para realizar a transcrição das gravações, organizar e analisar o material empírico coletado. Neste processo,

recorremos também à estratégia de autoconfrontação, que consistiu em reapresentar ao vigilante certos fragmentos de seus relatos a fim de elucidar certas verbalizações. As questões selecionadas para aprofundamento foram definidas durante as leituras e a análise do material obtido, o que nos permitiu encontrar os assuntos mais recorrentes sobre os quais o entrevistado discorreu e categorizá-los.

O aprofundamento da análise das entrevistas foi feito mediante este processo de categorização, pelo qual definimos as categorias analíticas que utilizaríamos para compreender o processo de adoecimento de Ricardo, bem como sua articulação com a história de vida pessoal e ocupacional. Sobretudo, foi no processo de imersão no material disponível que, indutivamente, chegamos à organização de quatro categorias importantes para a análise do caso: (1) as contradições das condições e da organização do trabalho, (2) o assédio psicossocial, (3) o vínculo com o trabalho e (4) a identidade.

Neste estudo, consideramos também, para fins de nossa análise, os documentos e os registros feitos pelo vigilante (uma carta ao sindicato dos vigilantes, relatório técnico de trabalho e a ocorrência do assalto, entregues à empresa de segurança) e os documentos que constam nos autos do processo julgado pela Justiça do Trabalho de Minas Gerais.

Resultados

Adiante, apresentaremos os dados mais relevantes para a compreensão deste caso, o laudo elaborado pela perícia judicial e pelos assistentes e, por último, as nossas considerações a propósito.

O caso do vigilante Ricardo

Na ocasião desta pesquisa, analisamos a trajetória ocupacional do vigilante bancário Ricardo, de 40 anos, com o objetivo de identificar os fatores que determinaram o seu adoecimento. Apesar de ter sido afastado após um assalto ao banco, onde trabalhou por mais de 10 anos, com o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), o trabalhador atribuiu à degradação das relações interpessoais com os funcionários da agência bancária a condição de fator fundamental para o seu adoecimento:

Eu, exclusivamente, é... creio que eu esteja estressado mesmo, essa doença minha causada foi pelo relacionamento dos funcionários, não pelo assalto. O assalto acabou de... foi a gota d'água, entendeu?

² O contato com o vigilante Ricardo foi estabelecido por intermédio do Sindicato dos Vigilantes de Minas Gerais. O trabalhador havia respondido a uma “pesquisa de opinião” da entidade sindical, na qual o entrevistado é convidado a responder à pergunta: “Já teve problemas de saúde relacionados à função?”.

³ Posteriormente, o contato com o trabalhador, mais esporádico, se deu na intenção de acompanhar a evolução de seu caso e de sua condição de saúde.

Mas o que tornou a minha vida um inferno naquele setor (não só eu, mas também meus familiares e amigos). Foi quando implantou normas de segurança em agosto de 2002. Onde praticamente 90% dos funcionários não aceitou ou seja eles criaram uma forte resistência. Como eu estava lá para cumprir normas e ao mesmo tempo fazer cumprir, ou seja, colocar ordem na casa só que até hoje pago um preço muito alto, pois fui demasiadamente humilhado, isolado, ameaçado, ouvindo deboche de um e outro, sabotagem psicológica, ironia e sem levar em conta a discriminação que rola solta. (Carta ao sindicato)

No decorrer deste estudo, identificamos por que razões a conduta de Ricardo no trabalho passou a ser vista como problemática pelos colegas de trabalho. Na visão deles, o vigilante comportava-se de maneira inflexível ao exigir obediência e respeito às normas de segurança, implantadas em 2002. Ricardo deveria impedir a entrada de funcionários sem o crachá funcional, o acesso de vendedores autônomos (de flores, queijos, lingerie, gravatas), dentre outros. Embora pareçam tarefas simples, elas se tornaram fonte de conflito com os colegas de trabalho, que o criticavam pela “demasiada importância” atribuída a essas normas, conforme relato do vigilante:

Outro dia eu estava dentro do quartinho lá embaixo, coincidência eu cheguei lá embaixo pra pegar um negócio no quartinho que fica com a porta fechada próximo da garagem do banco. Nós não tinha nem um lugar adequado pra trocar de roupa. Nem uma sala adequada nós tinha para os vigilantes. Aí, de repente, chega um gerente lá: “Vou pôr esse crachá aqui, porque senão vai chegar lá em cima o Ricardo vai cobrar esse crachá. Aquele chato daquele Ricardo vai cobrar esse crachá e eu vou ter que mandar ele tomar no cu!” – falou assim. E eu lá dentro. Ele falou do meu lado. Diferença só que eu estava de um lado da porta e ele do outro.

Eu cheguei a discutir com um funcionário. Cheguei até a dar uns empurrão. Teve até troca de empurrão. [...] Porque ele é um dos que entrava sem crachá. Ele chegou sem crachá e eu cobre dele e ele falou que não tinha crachá, que tinha esquecido em casa. Coincidência tava na hora de... abrir o cofre. O cofre lá abre... tem que... as pessoas tem que ter o segredo do cofre. Tinha uma pessoa com o segredo que tava na reunião. Eu subi para chamar. E lá passava na sala... a sala dele era cá na frente. Passa na porta e tinha a sala do chefe lá no meio. Tava os três chefe em reunião. Savassi, Mangabeiras, e o cara lá do Centro. Aí ele falou assim: “Uai... você veio falar com Rafael. Pode ir lá falar. Eu não to nem aí não. Pode ir lá falar” – o Felipe falando. Aí na hora eu mandei ele tomar lá naquele lugar assim... rasgado mesmo, veio assim, lá de dentro. Eu desabafei com ele. Eu não sei como que eu não saquei a arma e não dei um tiro nele. Tem hora que é Deus que ilumina a gente. Porque você armado e ser humilhado num lugar daquele, cara. Você com arma na cintura você se torna uma pessoa perigosa dentro do banco.

Frequentemente, quando se associa o comportamento à personalidade, situações como estas passam a ser logo interpretadas sob um viés estritamente “psico-

lógico”, que considera apenas a estrutura de personalidade do indivíduo para explicar os seus atos concretos. Não por acaso, nestes termos, são os indivíduos que se tornam “o problema” a ser resolvido nas organizações. Mas, fortes indícios nos levam a acreditar que, no caso em questão, a “inflexibilidade” de Ricardo não era determinada apenas por “traços de personalidade”. Na análise do caso, identificamos que a conduta do vigilante se explicava por, pelo menos, quatro fatores:

a) pela exigência que lhe fora feita pelos gestores de segurança de implementar as normas de segurança:

[...] Eu sou o Ricardo. Se você é o meu chefe e fala assim “eu quero que fulano de tal chega e apresenta o crachá. Se ele não apresentar o crachá, ele não vai entrar”, o que é que você vai fazer? Você vai deixar entrar? Você vai ser flexível um dia, dois, mas não toda vida, o tempo todo.

b) pelas vulnerabilidades existentes no estabelecimento bancário, que o deixavam com a sensação de ser o único a zelar pela segurança. Do ponto de vista de sua atividade, o banco se encontrava em uma situação vulnerável, uma vez que o mecanismo da porta giratória não havia sido instalado e outras providências não tinham sido tomadas. Para o vigilante, este era um motivo bastante plausível para não ser “flexível” em seu trabalho, nem mesmo com os “detalhes”.

c) devido aos próprios valores cultivados pelo vigilante. Os sentimentos de importância e de valor pessoal se constituíram profundamente vinculados à esfera do trabalho e, particularmente, na possibilidade de objetivar seus valores de: “cumprir com o dever e ser honesto”.

d) por último, o quarto fator nos mostra o quanto é importante entender a natureza do trabalho para analisar o comportamento de Ricardo. No resgate de aspectos de sua história de vida e trajetória ocupacional, chamou-nos a atenção a diferenciação feita por ele entre a atividade de “ordenha” e de “vigilante”. Tendo trabalhado em ambas as atividades, Ricardo encontrava no trabalho de ordenha a possibilidade de apresentar concretamente o resultado de seus esforços: a quantidade de litros de leite que havia extraído. O reconhecimento de seu trabalho era advindo do julgamento e da constatação feitos sobre um objeto *palpável* que fornecia garantias de que houve uma atividade laboriosa. Já no trabalho como vigilante, Ricardo depara-se com o fato de que se trata de um *trabalho imaterial*. Isto significa que o produto de seu trabalho, a segurança, não é dotado de visibilidade; ele é, de certo modo, invisível aos outros:

Eu tive um período que quem mais tirava mais leite na fazenda era eu. Teve até um cara que veio lá de uma outra fazenda, falou que era bom, né [...] aí eu fiz questão ainda, eu lembro disso como hoje, fui, enchi o meu tambor primeiro, que era 50 litros, peguei mais 10 litros e fui e enchi o tambor dele... matei ele de raiva. Então era muito gratificante essa parte aí, era um trabalho sofrido, mas que você não sentia como esse trabalho de vigilante, que o cara chega e fala que você não faz nada: “quero ser vigilante porque fica à toa, não faz nada”.

Embora se trate de um trabalho *imaterial*, o uso da autoridade para cobrar crachás, proibir a entrada de pessoas, entre outros é uma das formas de revestir de visibilidade o trabalho, de fazê-lo aparecer e de mostrar-se “vigilante”. A materialidade do trabalho, pelo que entendemos, funcionava como um suporte para que Ricardo pudesse avaliar, reconhecer e assegurar-se do valor de seu trabalho.

A despeito disto, o comportamento de Ricardo era identificado e reduzido à sua personalidade. Talvez seja esta a razão pela qual a exigência do crachá, progressivamente, tornou-se um conflito entre o vigilante e os funcionários. Os conflitos surgiam principalmente nas circunstâncias nas quais ele exigia dos funcionários a obediência às medidas de segurança. São deboches e outras agressões verbais narradas recorrentemente pelo vigilante:

[...] se tornou muito difícil a partir desse momento que eu fui... que o pessoal me isolou. Aí me isolaram, era piadinha, me chamavam de Evaristo... “O Evaristo”. Por que me chamavam de Evaristo?! Porque as normas vinham do setor de segurança de São Paulo e o supervisor de segurança em São Paulo é o Evaristo. E eles não gostava do Evaristo. Aí os cara falava assim: “Esse Evaristo num manda nada não, esse Evaristo é um bosta!”. Então, eles falava pra mim isso: “Evaristo é um bosta!” e me chamava de Evaristo. Eles tavam me chamando de quê?!

A referência a “Evaristo” é significativa, pois esta nomeação redefine, no âmbito do coletivo das relações de trabalho, qual é o valor do lugar de Ricardo e afeta diretamente a sua autoimagem. Temos assim, diante desta fala, uma reiteração da desautorização “... num manda nada não”, e a produção de uma imagem sentida por ele como degradante: “... é um bosta”. Assim, pode-se dizer que o conflito instaurado passa, sem dúvida, pela tarefa de cobrar obediência às normas, pela natureza da atividade de Ricardo e pela posição do coletivo de trabalho.

O episódio do assalto: o surgimento do transtorno de estresse pós-traumático

Após os longos períodos de tensão vividos no trabalho, devido aos conflitos com os colegas da agência bancária, o episódio do assalto ocorrido em 2004 configurou-se como “a gota d’água”. As sensações de taquicardia, boca seca, palidez e suor narradas por ele indicam que o evento pode ter sido fonte de fortes emoções:

Aconteceu, os cara chega de repente. O bandido é um elemento surpresa, você não tem como... não tá escrito na sua testa que você é bandido. Os cara já chega... a arma dele já tá aqui [aponta para o próprio peito], ele tá aqui, aqui, ele faz isso aqui ó [se levanta e demonstra]: “Quieto que é um assalto! Passa a arma, passa a arma e num inventa e num faz gracinha não que eu estouro você!”

Oh, essa hora eu só pensei nas minhas filhas. Meu valor maior que eu tenho é minhas filhas, cara.

Eu vendo o cara assim... eu poderia morrer a qualquer momento, entendeu. Então essa cena você não esquece. É uma cena que você fala assim: eu poderia não estar vivo. O que que eu ia deixar pra minhas filhas... um segurinho de quarenta e poucos mil e mais nada...

Embora Ricardo tenha conseguido efetuar algumas ações para minimizar a probabilidade de ser agredido pelos indivíduos que praticaram o crime, os seus sentimentos durante o assalto, e logo depois dele, foram de insegurança, temor e vulnerabilidade. Mas, além da abordagem criminosa, as recriminações feitas pelo gerente do banco pesaram de forma incontestável⁴ para o surgimento do transtorno traumático, como relatou Ricardo:

O gerente de segurança de São Paulo falou comigo que foi monitorado o assalto inclusive. Eu perguntei pra ele: tinha outra coisa a fazer? Ele falou: não, você fez o correto. O gerente de segurança falou. Mas o gerente do banco me chamou de tapado. Isso me machucou pra caramba, cara! O gerente da empresa falou que nós era bundão” [...] Isso acabou comigo, cara! Isso me levou... foi uma das coisas que me levou pro fundo do poço também.

Para nós, as críticas dos gestores enquadraram-se dentro da experiência traumática e fazem parte daquilo que denominamos “episódio do assalto”. A situação traumática, aqui, refere-se à vivência de uma condição de desamparo, na qual as estimativas que o sujeito faz de suas forças levam-no a sentir-se incapaz de fazer face à ameaça representada pela situação de perigo (FREUD, 1995a).

Após o incidente, o vigilante foi obrigado a permanecer na agência até o fim de sua jornada de trabalho, não tendo tido qualquer suporte profissional para lidar com as emoções suscitadas pelo evento traumático⁵. Ele interrogou-nos sobre a sua capacidade para prosseguir com o trabalho, após ter vivenciado tal situação: “Você que está fazendo Psicologia, esse vigilante tem condição de trabalhar, depois de um assalto com a arma no pescoço ou na barriga ou onde é que seja?”.

⁴ No caso de outro trabalhador da vigilância, também acometido pelo TEPT, estudado por Dorigo e Lima (2007), as autoras indicaram a pertinência de se pensar a ausência de um apoio psicossocial adequado, após um evento potencialmente traumático, como fator relacionado ao transtorno: “Parece-nos inegável o papel das acusações sofridas por João para a instalação do seu quadro. Vimos que ele se refere, com muito pesar, a toda experiência que viveu, mas lamenta, de forma ainda mais enfática, o fato de ter sido acusado de cumplicidade com os assaltantes” (DORIGO; LIMA, 2007, p. 67).

⁵ É relevante dizer que a Convenção Coletiva de Trabalho da categoria dos vigilantes já previa nesta época o direito ao acompanhamento psicológico para os trabalhadores da vigilância que fossem vítimas de incidentes graves. Entretanto, não houve por parte da empresa respeito à cláusula pactuada.

Em nosso entendimento, o conjunto das situações vividas pelo vigilante foi responsável pela instalação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, perturbação psíquica concebida pelo Ministério da Saúde como:

uma resposta tardia e/ou protraída a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica. E que, reconhecidamente, causaria extrema angústia em qualquer pessoa⁶. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL, 2001, p. 181)

Trata-se, sem dúvida, de um transtorno mental que prejudica a vida afetiva e social do indivíduo, pois implica a redução do seu envolvimento em situações sociais, a esquiva de situações que relembram o episódio traumático, o embotamento da resposta geral, episódios de revivências persistentes do trauma e sintomas de excitação aumentada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994), sendo que podem também estar presentes, no quadro deste transtorno, sintomas ansiosos e depressivos, bem como ideação suicida (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL, 2001). Uma das consequências mais drásticas, acarretadas pela revivência traumática, é a incapacidade do indivíduo:

de retomar o curso de sua vida porquanto o trauma constantemente está a interrompê-la: é como se o tempo parasse no momento do trauma. (HERMAN, 1997, citado por CAMARA FILHO; SOUGEY, 2001, p. 222)

A análise dos depoimentos do vigilante Ricardo, durante nossa pesquisa, permitiu-nos identificar a presença de vários componentes de um quadro clínico compatível com o TEPT⁷. Entre eles, as ideias suicidas e as lembranças intrusivas associadas à experiência traumática, sempre vivida com angústia:

É uma coisa que não sai da sua mente. É um pânico, é uma coisa assim é... às vezes você olhou, você deparou com algo que... se você vê uma pessoa que tem a fisionomia daquele... do bandido, você já quer sempre sair fora dele... ai já vem toda aquela imaginação todinha.

Tem vez que eu durmo mais de dia do que à noite. E você não imagina o tédio que é você ficar uma noite acordado, cara! Você já ficou?! Não queira ficar não. É horrível, cara, você anda pra lá, você vê uma coisa, você faz uma coisa [...]. Igual lá no meu caso, eu moro no terceiro andar. Tem hora que você imagina até pular lá de cima. Numa boa. Você tem vontade até de pular, de tanto tédio que você tem, aquela coisa assim... e você recorda tudo [...] vem aquela lembrança daquele pessoal massacrando você, chamando você de chato, todo dia a mesma coisa. Então é revoltante mesmo!

Os longos períodos de tensão e conflitos vividos, que antecederam o episódio do assalto, criaram as condições propícias para a instalação do transtorno: identidade e autoestima fragilizadas, vulnerabilidade diante da abordagem criminosa e das críticas dos gestores. Nestas circunstâncias, mostra-se particularmente importante revisar a etiologia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, uma vez que o *estresse* pode aí ser entendido não apenas como a consequência do evento traumático, mas como condição, anterior ao surgimento do transtorno e, ao mesmo tempo, estado agravado pelo episódio traumático vivido. Interessante notar que, em vários de seus relatos, Ricardo afirmara: “O estresse eu já tava. O trauma veio depois”. A nosso ver, intuitivamente, o vigilante sabia das razões de seu adoecimento. Assim, para resultar em um “transtorno traumático”, foi necessário que as situações prolongadas de tensão se somassem às situações de baixo suporte social, baixa autoestima e, impreterivelmente, à ocorrência de uma experiência potencialmente traumática para o indivíduo.

A reclamação trabalhista ajuizada pelo vigilante

Inconformado e revoltado por ter se sentido humilhado pelos colegas de trabalho, Ricardo manifestava, recorrentemente, o desejo de “reparar” os danos sofridos por meio de uma ação concreta, efetiva, uma ação judicial. Do nosso ponto de vista, tratava-se da necessidade de ver reconhecido e reparado o dano sofrido e, finalmente, liquidar a “dívida subjetiva” que se originou no conflito entre as escolhas que fez, com base em seus valores, e as acusações dos gerentes que ainda lhe pesam. Em certas ocasiões, o vigilante Ricardo relatou que talvez devesse ter tomado outra atitude durante o assalto e confrontado diretamente os assaltantes. Isso, explica ele, se justificaria não por pensar que essa era a atitude correta, mas porque imagina que poderia, assim, ter evitado as críticas que recebeu. De certa forma, parece que a tentativa de Ricardo é de restaurar a coerência de sua história pessoal e profissional, arruinada pelas experiências de trabalho, como ele verbaliza: “De um cara bonzinho, eu passei a ser o vilão da história”.

A simples menção da possibilidade de “ter de retornar ao trabalho” faz com que Ricardo se desespera e receie ter de enfrentar novamente as situações traumáticas vividas. Com frequência, nessas ocasiões, entra em crises e é internado. Particularmente, na condição de interno de um hospital psiquiátrico, ele diz sentir-se mais protegido e seguro, pois imagina não ser possível ser reencaminhado, pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), ao trabalho, onde relata ter sofrido humilhações e onde teve origem o seu

⁶ De acordo com o Ministério da Saúde, são exemplos de catástrofes: “os desastres naturais ou produzidos pelo homem, acidentes graves, testemunho de morte violenta ou ser vítima de tortura, estupro, terrorismo ou qualquer outro crime” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL, 2001, p. 181). No caso do TEPT, “o paciente experimentou, testemunhou ou foi confrontado com um evento ou eventos que implicaram morte ou ameaça de morte, lesão grave ou ameaça da integridade física a si ou a outros” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL, 2001, p. 181).

⁷ O próprio vigilante apresentou-nos, durante as primeiras entrevistas, atestados médicos emitidos por psiquiatras nos quais constava o diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

sofrimento. Para compreensão deste sentimento de segurança, da busca de proteção, parece pertinente resgatar os estudos de Freud (1995b) acerca das “neuroses traumáticas” e, particularmente, sua explicação acerca do funcionamento do ego em relação a esta doença. Segundo o autor:

Nas neuroses traumáticas, e particularmente naquelas causadas pelos horrores da guerra, inequivocamente deparamo-nos, assim, com um motivo egoísta, por parte do ego, à procura de proteção e vantagem – um motivo que não pode, talvez, produzir por si mesmo a doença, mas que condescende com ela e a mantém, uma vez que ela tenha surgido. *Esse motivo procura preservar o ego dos perigos cuja ameaça foi a causa precipitante da doença, e não permitirá que ocorra a recuperação enquanto a repetição desses perigos ainda parece possível, ou enquanto não tenha recebido a compensação pelo perigo que foi suportado.* (FREUD, 1995b)

Aproximadamente três anos após o acontecimento, o vigilante ajuizou uma ação indenizatória⁸ em face da empresa de segurança e da instituição bancária que tramitou na Justiça do Trabalho, pedindo a reparação dos danos sofridos em razão do “assédio moral” e do “assalto”.

A perícia judicial

No decorrer do processo, Ricardo submeteu-se a uma perícia judicial para que fossem avaliadas suas condições de saúde. Os resultados da perícia foram absolutamente desfavoráveis para o vigilante, uma vez que foi negada qualquer relação entre o trabalho e os seus distúrbios de saúde.

Adiante, citamos os trechos do laudo judicial e do parecer de cada um dos peritos assistentes, que entendemos serem os mais importantes para a compreensão do resultado final do processo.

O parecer da perita oficial, da psiquiatra e dos peritos assistentes

No documento encaminhado ao Exmo. Juiz de Direito, a Perita Oficial afirma conclusivamente ter encontrado os seguintes resultados:

O Reclamante é portador de **PARANÓIA ou TRANSTORNO DELIRANTE PERSISTENTE**, confirmada pelos relatórios médicos (fls. 45 e relatório anexo no final deste Laudo Médico Pericial).

Portanto, **NÃO EXISTE NEXO TÉCNICO**, entre a moléstia do Reclamante e sua ex-atividade na Reclamada. A Perita Oficial, analisando este atual trabalho pericial, entende que, a **MOLÉSTIA DO RECLAMANTE**

NÃO GUARDA RELAÇÃO COM SUA EX-ATIVIDADE NA RECLAMADA.

O laudo emitido pela Perita Oficial fundamenta-se na avaliação complementar solicitada por ela e realizada por uma médica psiquiatra, que emitiu o seguinte parecer:

Relato para os devidos fins que examinei o Sr. [Ricardo], por requisição da Dra. [Perita Oficial], para fins de complementação pericial, quando constatei que o referido examinado apresenta quadro psiquiátrico diagnosticado como Transtorno depressivo recorrente e transtorno de ajustamento, com perturbação mista de emoções e conduta. Pode constatar, ainda, *atitude rígida e idéia fixa persecutória, com relação aos colegas de trabalho e à própria Empresa, indicando a presença de componente psicótico no padrão da enfermidade mental do examinado, compatível com Transtorno delirante persistente ou Paranóia.*

Apesar das inferências de nexos com os incidentes ocorridos, a histórica clínica aponta para *indícios de sintomas previamente aos fatos*. Também, a progressão da moléstia nos últimos tempos, apesar do afastamento do trabalho e dos tratamentos, posta como fator discrepante da expectativa de nexos. Ademais, *tanto queixas referentes a desencontros com colegas de trabalho, como o assalto propriamente dito, são fatores desproporcionais, considerando-se tratar de pessoa treinada para a função*⁹.

Consta também, dos autos do processo, o parecer técnico fornecido pelo médico perito-assistente, contratado pela instituição bancária. Afirma ele:

Ademais, os dois assaltos relatados na agência foram de pouca representatividade. No primeiro, o periciado nem se encontrava no ambiente vindo a saber a posteriori. *No segundo, foi um evento rápido, sem resistência de quem quer que fosse resolvendo-se sem desmembramentos para todos.*

No que tange a constrangimentos em relação a colegas de trabalho, por ter que exigir crachás e outras identificações, igualmente não se justifica *por se tratar de procedimento habitual nas instituições e na profissão a que abraçara.*

VI – Conclusão: os elementos técnicos lançados indicam que a moléstia do periciado é de natureza endógena, portanto sem nexos ocupacionais. Suas atividades eram rotineiras *sem agente estressor especial.*

E, por fim, acrescido aos autos do processo está o parecer do perito contratado pela empresa de segurança privada, onde os problemas comportamentais do vigilante são associados à *tireotoxicose*¹⁰:

Ora, se não todos, quase todos os sintomas acima foram relatados pelo reclamante. Destacamos o nervosismo, irritabilidade, discórdia conjugal (se separou da mulher), etc.

⁸ Trata-se de uma reclamação trabalhista. Ação utilizada pelos trabalhadores para “requerer junto à Justiça do Trabalho o cumprimento das obrigações do empregador sempre que se sentir prejudicado financeiramente (como diferenças salariais, folgas, multas, indenizações por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, entre outras) ou que possa ter trabalhado em ambientes ou desenvolvido atividades e operações enquadradas como insalubres ou perigosas em que poderá existir a concessão do pagamento dos adicionais de insalubridade e/ou periculosidade, respectivamente, e indenização por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho” (PEREIRA, 2009, p. 17).

⁹ O parecer emitido pela perita foi reproduzido em sua totalidade.

Portanto, embora o reclamante tenha o humor deprimido, podemos, após análise do todo, dizer que suas queixas são, em verdade, plenamente compatíveis com sua doença intrínseca (tireotoxicose) não tendo qualquer relação com o assalto presenciado.

A sentença do magistrado considerou improcedentes os pedidos do vigilante, baseando-se fundamentalmente no laudo pericial. Em se tratando de uma doença degenerativa, não se aduz uma relação com o trabalho, é o entendimento da Lei nº 8.213/91, proferiu o Juiz.

No curso da ação, ao analisar as impugnações feitas pelo advogado do vigilante, o Magistrado afirmou:

As impugnações ofertadas pelo reclamante não passam de mero inconformismo com o resultado da perícia, uma vez que restou esgotado o objeto da prova.

Isto porque as declarações da perícia judicial defenderam a “inexistência de um nexó técnico entre a moléstia diagnosticada e sua ex-atividade na empresa”.

Discussão dos argumentos apresentados pelos peritos

Em primeiro lugar, contra o argumento da psiquiatra, de que “tanto queixas referentes a desencontros com colegas de trabalho, como o assalto propriamente dito, são fatores desproporcionais, considerando-se tratar de pessoa treinada para a função”, indagamos:

- a) Acaso, a formação e/ou treinamento profissional em uma dada função confere, a qualquer um de nós, a pretensa “imunidade psicológica”, como parece querer a perita?
- b) Seriam os fatos da vida tão desprovidos de poder e sentido a ponto de se poder considerar que qualquer um, bastando ter sido “treinado para a função”, está livre da ameaça da doença mental?

A perita afirma também que os sintomas apresentados por Ricardo indicam a presença de componente psicótico no padrão de enfermidade apresentada. Mas como se explica o fato de o vigilante ter sido afastado do trabalho pelo INSS, logo após o assalto, com o diagnóstico de Transtorno Depressivo Recorrente, episódio

atual grave, *sem sintomas psicóticos* (F-33.2) e Transtorno de Adaptação (F-43.2)?

Para nós, as afirmações da perita são meramente especulativas¹¹, respeitam mais a sua “suposição teórica” do que as evidências provenientes da realidade. Se ela tivesse razão, não haveria vigilantes, policiais militares, bombeiros, guardas municipais ou médicos, afastados de suas funções por distúrbios mentais relacionados ao trabalho! Além disso, quando afirma que a história clínica de Ricardo aponta para “indícios de sintomas previamente aos fatos”, a psiquiatra sequer explica quais são esses “sintomas” e como fez esta constatação.

Não há, em nosso entendimento, delírio de espécie alguma no caso de Ricardo, como foi caracterizado pela psiquiatra. As ideias persistentes e obsessivas refletem uma característica peculiar ao quadro clínico de TEPT. Referimo-nos precisamente aos episódios de revivências persistentes do trauma, quadro agravado pelo sentimento de culpa que teve como fonte as recriminações feitas pelos gestores sobre suas ações na circunstância do assalto ao banco, como o próprio vigilante verbaliza:

Mas o gerente do banco me chamou de tapado. Isso me machucou pra caramba, cara! O gerente da empresa falou que nós era bundão. [...] Isso acabou comigo, cara! Isso me levou... foi uma das coisas que me levou pro fundo do poço também.

É curioso notar que o caso estudado por Dorigo e Lima (2007) também se refere a um profissional da área da vigilância, vítima de três assaltos e acometido por uma sintomatologia compatível com a do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Devemos interpretar este dado como uma “mera coincidência” ou como indicativo que sinaliza a potencialidade traumática destas situações?

No caso do parecer emitido pelo perito da empresa de segurança privada, no qual os problemas comportamentais são explicados com base na *tireotoxicose*, doença diagnosticada no ano de 2002, é preciso ainda mais cuidado na análise. De fato, seria ingenuidade ignorar que a tireotoxicose é capaz de produzir alterações comportamentais, dentre elas irritabilidade, nervosismo, fadiga fácil, aumento de sudorese, insônia e queda de rendimento profissional (LIMA NETO, 2009, p. 4). Entretanto, acreditamos que as afirmações do perito

¹⁰ A tireotoxicose é definida como “uma síndrome clínica que resulta quando os tecidos são expostos a altas doses de hormônios tireoidianos circulantes. Na maioria dos casos, a tireotoxicose é devida a uma hiperatividade da glândula tireóide, ou seja, hipertireoidismo. No entanto, ocasionalmente, a tireotoxicose pode ser devida a outras causas, como seja a ingestão excessiva de hormônios tireoidianos ou por produção excessiva de hormônios tireoidianos por tecido tireoideano ectópico” (LIMA NETO, 2009, p. 1).

¹¹ Uma prova contundente de que as afirmações da perita se sustentam mais em um “discurso lógico” do que em uma análise das articulações concretas entre os fatos são os dados mais recentes da Previdência Social. No âmbito da pesquisa “Análise Ergonômica e Psicossocial do Trabalho dos Vigilantes”, que estamos realizando na cidade de Belo Horizonte, foram pesquisadas junto ao INSS informações sobre os motivos de afastamento dos vigilantes. Os primeiros resultados obtidos são de grande importância. Entre os motivos de afastamento, as doenças depressivas estão em primeiro lugar e, em segundo, está a hipertensão arterial. Quanto aos afastamentos que ocorreram, a partir do ano de 2006, com benefícios ativos, ou seja, que estão recebendo benefícios, atualmente, identificamos que: 98% são homens, com idade entre 24 e 60 anos, sendo a maioria entre 30 e 45 anos, e 80% são casados. Os diagnósticos mais frequentes encontrados foram: em 1º lugar, as doenças psiquiátricas, em 2º, a hipertensão arterial, em 3º, as cardiopatias e, em 4º lugar, as doenças ortopédicas. Os dados foram fornecidos pela Gerência Executiva – Contagem e extraídos do Sistema Único de Informações de Benefícios da Previdência Social.

também são insuficientes e não se sustentam perante as seguintes colocações:

- a) Se a doença já havia sido diagnosticada em 2002, por que motivo o vigilante foi afastado do trabalho por um psiquiatra, justamente após o assalto vivenciado, com a indicação de TEPT (F-43.1), e pelo INSS, logo depois, com o diagnóstico de um Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual grave, sem sintomas psicóticos (F-33.2) e Transtorno de Adaptação (F-43.2)?
- b) O Transtorno de Estresse Pós-Traumático também possui uma rica sintomatologia, caracterizada pela presença de alguns sintomas comuns à tireotoxicose: fadiga, irritabilidade e insônia (SOUZA; MATTOS, 2000, p. 22). Mas, mais que isso, o quadro típico do TEPT inclui: entorpecimento ou embotamento emocional, surtos dramáticos e agudos de medo, pânico ou agressão desencadeados por estímulos que despertam uma recordação do trauma, hipervigilância, depressão, alterações de personalidade, ansiedade e reviviscências do trauma (em memórias intrusas ou sonhos) (SOUZA; MATTOS, 2000, p. 22). Se não foi realizado um diagnóstico diferencial, como o perito pode discernir quais dos sintomas resultaram da tireotoxicose, quais eram advindos do TEPT e quais eram “mistos”?
- c) Aliás, os outros sintomas apresentados por Ricardo e referidos por psiquiatras sequer são analisados por este perito. Poder-se-ia explicar a depressão, a reviviscência do trauma (nos pesadelos, por exemplo), a esquivia de situações sociais que relembram o trauma, a hostilidade dirigida aos funcionários do banco e aos gestores apenas pela Tireotoxicose?
- d) Perdido na semelhança de alguns sintomas, comuns tanto ao TEPT, quanto à tireotoxicose, o perito concluiu de forma precipitada que toda a história de Ricardo podia ser compreendida sem qualquer referência à sua experiência de trabalho e ao assalto vivenciado.

Quanto ao parecer dado pelo perito assistente do banco, é fundamental fazer certas indagações para demolir seus argumentos, absurdos a nosso ver:

- a) Como teria o perito chegado à conclusão de que o segundo assalto, efetivamente vivido por Ricardo, sequer teria sido representativo para causar impactos à sua saúde?¹² O perito responde em seu parecer: por ter sido um “evento rápido”. Não teria ele conhecimento do fato de que, recentemente, cada vez mais pessoas são vítimas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático após

assaltos e agressões de curta ou longa duração? Sua conclusão sequer vai ao encontro dos relatos efetivos do vigilante, que coletamos durante *um estudo de quase dois anos*, que contabilizou aproximadamente *16 horas de entrevista* com o vigilante Ricardo. Ao contrário do que diz o perito, em todas as entrevistas que fizemos, o que fica mais evidente é justamente o caráter traumático do assalto na vida de Ricardo:

Eu vendo o cara assim... eu poderia morrer a qualquer momento, entendeu. Então essa cena você não esquece. É uma cena que você fala assim: eu poderia não estar vivo. O que que eu ia deixar pra minhas filhas... um segurinho de quarenta e poucos mil e mais nada...

É uma coisa que *não sai da sua mente*. É um *pânico*, é uma coisa assim é... às vezes você olhou, você deparou com algo que... se você vê uma pessoa que tem a fisionomia daquele... do bandido, você já quer sempre sair fora dele... ai *já vem toda aquela imaginação todinha*.

As constatações do perito, que acabam por nos dar a impressão de que o assalto foi um evento *insignificante*, certamente estão na contramão das evidências mais recentes sobre as graves consequências decorrentes de eventos violentos e potencialmente traumáticos, como são os assaltos. Vários casos vêm sendo registrados e publicados pelos meios de comunicação:

A estudante universitária C.V., 22 anos, passou a sofrer de Transtorno do Estresse Pós-Traumático depois que presenciou um assalto em frente à sua residência. “Estava na varanda do meu apartamento quando percebi que um assaltante estava roubando um carro. Logo em seguida, ouvi um disparo de arma, a vítima correu para dentro do prédio. Fiquei muito assustada com a cena que presenciei. A partir desse dia, passei a sentir tonturas, chegava a vomitar toda vez que precisava sair de casa”, relatou a estudante. Em princípio, pensava-se que a estudante sofria da Síndrome do Pânico, no entanto, foi diagnosticado que passou por um estresse pós-traumático.

C.V. contou ainda que também, foi vítima de um assalto, na parada de ônibus, próxima à sua casa. “Estava com minha tia e minha irmã, de repente, eles se aproximaram exigindo que eu entregasse meu celular. Minha reação na hora foi não entregar o aparelho. Depois fui me afastando, porém, um deles veio atrás de mim. Comecei a correr pela rua entre os carros até que um dos motoristas parou e me socorreu. O trauma foi tão grande que passei a pegar ônibus em outra parada mais distante”, frisou ela. [...] Decidi me mudar do local, mas ainda tenho medo de sair à noite, concluiu a universitária. (ASSALTO, 2005)

Mais uma reportagem a respeito do surgimento do TEPT em decorrência de um assalto indica que as pessoas não estão livres de serem vítimas de episódios potencialmente traumáticos no contexto de trabalho:

¹² Aliás, esse parecer contradiz aquele emitido pela psiquiatra. Para o perito, o assalto não foi significativo porque teve uma breve duração. Se então o assalto tivesse tido uma “longa duração” e, assim, fosse “representativo”, teríamos de refutar imediatamente a argumentação da psiquiatra, de que pessoas preparadas para a função não adoecem.

Era uma tarde de segunda-feira. A agência bancária onde J. trabalha como gerente não estava mais aberta ao público, e ele se preparava para fazer o fechamento do dia.

Um homem vestido de carteiro bateu no vidro para chamar a atenção do vigia. Ao invés de cartas, ele tinha uma arma. Após render o funcionário, o assaltante entrou na agência com outros comparsas. “Não consegui demonstrar reação nenhuma, simplesmente congelei, conta J.

Após o ocorrido, ele voltou ao trabalho, mas, dias depois, “quando a ficha caiu”, sentiu que não conseguiria continuar. Afastado de suas funções, J. diz que ainda está abalado: passa por tratamento psicológico e toma remédio para dormir.

De acordo com a literatura médica internacional, o assalto é o evento violento com o maior risco de desencadear o TEPT (transtorno de estresse pós-traumático), afirma a professora de psicopatologia do trabalho Sílvia Jardim, da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Coordenadora do Programa de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores do Instituto de Psiquiatria da instituição, Jardim diz haver entre seus pacientes um aumento de casos do transtorno relacionados a esse tipo de crime. Segundo ela, bancários, entregadores de mercadorias e motoristas e cobradores de ônibus são os mais expostos. “Vemos esses trabalhadores absolutamente desprotegidos nessas situações”, comenta. (GIANASI, 2008)

Em todos os pareceres emitidos pelos peritos, a singularidade do caso de Ricardo é absolutamente negada em prol de causas orgânicas e/ou psicológicas pré-existent¹³. Aliás, quando se diz que o cotidiano dos vigilantes que atuam nas agências bancárias não contém nenhum agente estressor especial, demonstra-se absoluto desconhecimento das situações reais de trabalho vivenciadas pela maioria desses trabalhadores (VIEIRA, 2008).

Assim, face aos dados que apresentamos sobre o caso do vigilante Ricardo e às questões postas, absurdas parecem-nos as conclusões dos peritos. O longo histórico de internações em um hospital psiquiátrico, as sucessivas tentativas de suicídio e a relação entre as “ideias fixas” do vigilante e o transtorno de estresse pós-traumático sequer parecem ter sido considerados ou correlacionados pelos peritos¹⁴ às características próprias do TEPT, agravadas pelo sentimento de culpa. Além disso, nos casos de trabalhadores acometidos pelo TEPT, tem-se considerado que os:

fatores predisponentes, tais como traços de personalidade ou história prévia de doença neurótica, podem baixar o limiar para o desenvolvimento da síndrome ou agravar seu curso, mas não são necessários nem suficientes para explicar sua ocorrência. (BRASIL,

Não por acaso, Souza e Mattos (2000) afirmam que o diagnóstico dos sintomas desenvolvidos pelo estresse pós-traumático representa um desafio aos médicos, uma vez que os sintomas são pouco conhecidos ou desvalorizados em razão de sua etiologia. Na mesma direção, Mello e Fiks (2006) sublinham que o conceito de TEPT tem sido pouco utilizado por profissionais da saúde, o que se explica, segundo os autores, pelo fato de que muitos desconhecem este transtorno, enquanto outros preferem valorizar sintomas e comorbidades desse diagnóstico, como transtornos de ansiedade, depressão, dissociação, pânico, entre outros.

É importante dizer que as sucessivas internações e crises subjetivas do vigilante só surgiram após o episódio do assalto. Não há qualquer notícia de que ele tenha se comportado de forma que nos fizesse suspeitar de uma enfermidade antes do ocorrido. Sequer há casos de indivíduos comprometidos com transtornos mentais na família de Ricardo, o que reduz a possibilidade de se pensar em causas apenas “endógenas”, de substrato orgânico ou psicológico.

A propósito da etiologia das psicoses e da importância do fato de que não há precedentes na família de Ricardo, é relevante resgatar os estudos de Kalina (1998). O autor entende que existem diferentes etiologias no surgimento da psicose. Entretanto, afirma ele, elas podem relacionar-se entre si, potencializando-se, “chegando a configurar uma modalidade de vida psicótica e, em outros termos, uma microcultura psicótica” (KALINA, 1998, p. 27). O mesmo autor indica que há casos nos quais os condicionamentos genéticos e constitucionais são prioritários e, outros, em que as situações traumáticas infantis é que são determinantes. Mas o autor vai além, pois considera também fatores interdinâmicos relativos à constelação familiar e que podem alimentar um clima familiar psicotizante. Segundo ele, o clima familiar *psicotizante* pode ser capaz de produzir alterações patológicas no “equilíbrio bioquímico cerebral” de certo indivíduo, alterando seu modo de interagir e, assim, o de outros indivíduos da família, gerando um “círculo vicioso” (KALINA, 1998, p. 27).

Além disso, se o trabalhador submeteu-se a um exame de sanidade mental para ingresso na área da vigilância, como têm obrigação todos os vigilantes, e se foi aprovado inclusive nos exames periódicos, que ocorrem de dois em dois anos, como se explica que ninguém, nem mesmo os psicólogos da área da avaliação psicológica, tenham notado ou suspeitado de sua

¹³ No caso do parecer do perito da empresa de segurança privada, de fato não parece tratar-se de um diagnóstico sensível à singularidade do caso de Ricardo. Note-se, por exemplo, que uma significativa parte do texto deste perito fundamenta-se em um texto disponível na internet e que foi, aliás, simplesmente transcrito em seu parecer, sem qualquer alusão ao texto original consultado.

¹⁴ A própria sintomatologia do TEPT é capaz de explicar em parte a “persistência” de certas ideias, particularmente aquelas que guardam relação com os “traumas” vividos. O Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL, 2001, p. 182) indicam que as “rememorações ou revivências persistentes e recorrentes do evento estressor em imagens, pensamentos, percepções ou memórias vívidas e/ou pesadelos e/ou agir ou sentir como se o evento traumático estivesse acontecendo de novo”, são aspectos característicos do TEPT.

“enfermidade”? Como poderia esta “patologia mental” se esconder por tanto tempo, ressaltar-se, por mais de dez anos de trabalho na função de vigilante? Deveríamos dizer que os exames psicotécnicos não são válidos sequer para indicar certos problemas? Que não havia enfermidade latente alguma?

O parecer emitido pelos peritos atribui o transtorno mental apenas a fatores endógenos (psicológicos e/ou orgânicos), em nada relacionados ao trabalho, como se pode verificar. Mas nossa hipótese é de que o TEPT é fruto de um processo cumulativo de experiências de trabalho, as quais foram capazes de induzir modificações importantes na vida de Ricardo e resultaram em um modo psicopatológico de vida.

Obviamente, há de se cogitar a recusa de alguns em admitir o valor que atribuímos aos relatos do vigilante para explicação do processo de seu adoecimento. Neste caminho, negar-se-iam que certas situações da vida possam determinar e/ou desencadear distúrbios de saúde. Para esses, “além de destituídas do poder de agir de uma forma profunda e duradoura sobre o organismo, as situações e acontecimentos invocados são incapazes, por sua própria banalidade, de justificar o fato singular que é a doença” (LE GUILLANT, 2006, p. 347).

Mas é preciso indagar, como o fez Le Guillant (2006): não seria precisamente em ideias, sentimentos, emoções, condutas e, enfim, na história particular de um indivíduo que estariam colocadas as possibilidades de compreensão das razões pelas quais esse indivíduo reage de forma diferente de outros, mesmo em circunstâncias aparentemente semelhantes?

De fato, se nos questionamos sobre as razões que levam determinado sujeito – esse indivíduo e não todos os que, aparentemente, se encontram em situações semelhantes – a mostrar-se menos resistente e a apresentar uma afecção que não atinge os outros, será que a resposta não pode ser procurada em sua história pessoal? (LE GUILLANT, 2006, p. 346-347)

Por isso, entendemos que os relatos efetivos do vigilante devem ser considerados como elementos preciosos para a elucidação de seu caso. As condições objetivas e subjetivas de sua vida, a sucessão dos acontecimentos e o sentido com o qual eles se inscrevem em sua história são os elementos fundamentais para explicar seu processo de adoecimento.

De fato, o magistrado não dispunha de outras provas senão aquelas fornecidas pela perícia judicial, uma vez que o advogado do vigilante sequer recorreu da decisão em tempo hábil ou apresentou contraprovas fundamentais para o entendimento e o julgamento do caso. Referimo-nos aos atestados do afastamento do vigilante emitidos pelos psiquiatras que o acompanharam desde a ocasião do assalto e o laudo do INSS com parecer favorável à percepção do “auxílio doença-acidentário”. Trata-se de um benefício concedido exclusivamente “ao segurado incapacitado para o trabalho em decorrência de acidente de trabalho ou de doença profissional” (BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL,

[S.d.]). A apresentação de documentos desta natureza implicaria o reconhecimento de que a doença foi produzida no/pelo trabalho, contrapondo-se à visão de base “psicogênica e/ou organicista” da perícia judicial.

Considerações finais: sobre o estudo da relação entre distúrbio mental e trabalho

Os motivos e as evidências expostas, bem como os estudos científicos já produzidos a respeito do TEPT, nos conduzem ao entendimento de que as experiências de trabalho foram decisivas para o surgimento do transtorno mental do qual Ricardo foi vítima. Mas é preciso ainda perguntar: por que razões os peritos não conseguiram estabelecer onexo causal?

Em nosso entendimento, as conclusões encontradas pelos peritos só foram possíveis porque ignoraram completamente as experiências de trabalho vividas pelo vigilante, ora desqualificando as situações vividas, ora pressupondo que há coincidência entre as situações simuladas na formação profissional e as situações reais com as quais se deparam os vigilantes. O foco de sua análise não corresponde às experiências de trabalho efetivamente vividas pelo vigilante. Ao contrário, ao privilegiarem uma abordagem “diagnóstica”, os peritos negligenciaram os fatores envolvidos na etiologia do TEPT. Baseados em uma concepção bastante restrita do trabalho humano, que ignora a distância inelutável entre o trabalho prescrito e o trabalho real (GUÉRIN et al., 2001), desprezaram-se as reais características e exigências do trabalho dos vigilantes bancários. Evidencia-se, assim, a importância de ampliar a perspectiva de investigação do assédio moral que, comumente, restringe-se às estruturas de personalidade de assediadores e assediados, negligenciando a análise de fatores objetivos ligados à organização do trabalho e à atividade laboral.

Verthein e Gomez (2001), por exemplo, ao investigarem a prática da negação do nexo entre as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e o trabalho, afirmam que as experiências reais de trabalho têm sido sistematicamente desconsideradas nas perícias. De acordo com os autores, os nexos causais com o trabalho são negados com base em argumentos variados, que vão da suposição de uma “simulação da doença” por parte dos trabalhadores aos discursos que atribuem o adoecimento a fatores endógenos, relacionados a doenças crônicas ou a personalidades neuróticas.

O trabalho não é apenas um “contexto” da atividade ou “trabalho psíquico”, ele convoca a totalidade do indivíduo e implica relações efetivas capazes de afetar sensivelmente a saúde física e mental. Mais que isso, em estudos recentes, o trabalho é caracterizado como uma atividade concreta e simbólica que inscreve cada ser humano em um coletivo social e no próprio gênero humano (CLOT, 2006). É também portador de uma função psicológica específica, que reside na ruptura que estabelece entre as pré-ocupações pessoais do su-

jeito e as ocupações sociais das quais ele deve se encarregar (CLOT, 2006). O trabalho é o lugar de “experiência decisiva e dolorosa do real”, onde a capacidade do sujeito é desafiada, uma atividade inseparável do desenvolvimento pessoal, do valor pessoal e do sentimento de utilidade (CLOT, 2006).

Na contramão das afirmações feitas pelos peritos, os depoimentos de trabalhadores, justamente daqueles que atuam na vigilância, evidenciam uma estreita relação entre os seus problemas de saúde e as condições de trabalho às quais estão submetidos. Sem dúvida, há razões para isso, pois, desde 2008, temos identificado, na área da vigilância, condições de trabalho caracterizadas por: postos de trabalho sem abrigos, água potável e local para conservação dos alimentos, dilatação da jornada de trabalho, indisponibilidade de assentos para revezar entre a postura em pé/sentado, inadimplemento das obrigações trabalhistas, supressão dos períodos de férias.

Mas há também fatores psicossociais que se constituem como fonte de sofrimento mental. O depoimento dos vigilantes deixa evidente a importância de se considerar algumas situações, tais como: os conflitos com indivíduos que se recusam a obedecer às normas de segurança, a exposição a situações prolongadas de tensão, as agressões sofridas, os modos de gestão fundados no autoritarismo, que adotam mecanismos predominantemente punitivos (ameaça ao emprego, hostilidade nas relações, recriminações da conduta, perda da cesta básica), fragilizando as relações sindicais e desqualificando as reivindicações e os sofrimentos dos trabalhadores¹⁵.

Não se trata de negar a análise da subjetividade, mas de retomá-la a partir das condições efetivas em que é construída (VIEIRA; BARROS; LIMA, 2007), isto é, a partir do indivíduo e de seus atos concretos (POLITZER, 2004). Por isso, é preciso repensar a forma pela qual são produzidos os diagnósticos a respeito dos distúrbios de saúde em trabalhadores, sobretudo levando em consideração a atividade que eles realizam, seus relatos e vivências, os fatores que agravam as situações vividas, as pesquisas de cunho ergonômico, psicossocial e epidemiológicas.

As contribuições de Louis Le Guillant, psiquiatra francês, um dos principais líderes de um grupo de fundadores da Psicopatologia do Trabalho, representam um avanço na direção de uma nova proposta de abordagem clínica e analítica capaz de considerar os aspectos subjetivos e objetivos como indispensáveis à análise psicopatológica (SOUZA; ATHAYDE, 2006).

Le Guillant indicou a pertinência de se integrar aspectos subjetivos e objetivos através do resgate e da análise da história do indivíduo e do papel das condições de vida e trabalho na gênese dos problemas de saúde. Vale ressaltar que não se tratava de considerar a subjetividade como mero reflexo das condições objetivas. O autor não procurava enfatizar:

a condição social patogênica em si, mas acima de tudo as contradições, incompatibilidades e conflitos que essa condição contém e que ela tenta impor ao sujeito. Ou seja, o humano nunca está apenas passivo, reduzido à condição em que ele se encontra, pois que elas não só suscitam resistências como atividades inesperadas. (SOUZA; ATHAYDE, 2006, p. 10)

Ao investigar as dimensões objetivas e subjetivas da realidade concreta do indivíduo, a pretensão de seu método era revelar o modo pelo qual experiências, progressivamente e de forma cumulativa, transformam-se em patologias (LE GUILLANT, 2006). No caso dos distúrbios psicopatológicos, é a análise da trajetória de vida e trabalho, dos acontecimentos e das articulações entre os fatores psicológicos, orgânicos, materiais e sociais, que torna possível a sua compreensão. A despeito disso, não apenas uma, mas várias dessas dimensões foram negadas pelos peritos na análise das condições de saúde do vigilante Ricardo, o que fica subentendido em um de seus relatos:

Foram uns quinze minutos que ela ficou comigo [...] Ela nem me perguntou nada sobre o assalto [...] me fez pergunta, acho até que me ironizando mesmo, de deboche, entendeu... perguntou se eu estava vendendo título de capitalização quando o assaltante chegou. Perguntou, porque eu falei antes pra ela que eu vendia título de capitalização.

¹⁵ Os dados informados provêm da pesquisa *Análise Ergonômica e Psicossocial do Trabalho dos Vigilantes*. A pesquisa é financiada pelo Sindicato dos Empregados das Empresas de Vigilância do Estado de Minas Gerais e apoiada pelo Ministério Público do Trabalho de Minas Gerais. O seu objetivo é estudar e caracterizar as condições de saúde e trabalho dos vigilantes, analisando as repercussões do trabalho para a saúde destes trabalhadores. A equipe é composta pelos pesquisadores: Carlos Eduardo Carrusca Vieira (coordenador da pesquisa, professor na PUC Minas), Francisco de Paula Antunes Lima (Professor do Departamento de Engenharia da Produção/UFMG), Maria Elizabeth Antunes Lima (Professora do Departamento de Psicologia/UFMG), Caroline Alda Mattos (especialista em Psicologia do Trabalho/UFMG), Cassiana Machado Freitas Oliveira (psicóloga), Maria Andréia Leandro (psicóloga). Colaboraram também para a realização do estudo, os pesquisadores Vanessa Andrade Barros (Professora do Departamento de Psicologia/UFMG), Ingrid Habib (graduanda em Psicologia na UFMG), Gabriel Nogueira (graduando em Psicologia, bolsista de iniciação científica do Fundo de Incentivo à Pesquisa, PUC Minas em Arcos) e Amanda Morais (graduanda em psicologia da PUC Minas em Arcos).

Referências

- ASSALTO deixa trauma em mulher. *Folha de Pernambuco*. 06 mar. 2005. Disponível em: <www.achanoticias.com.br/noticia.kmf?noticia=2891459>. Acesso em: 15 jun. 2009.
- ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Auxílio doença-acidentário. [S.d.] Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=148>>. Acesso em: 06 fev. 2009.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CAMARA FILHO, J. W. S.; SOUGEY, E. B. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 221-228, dez. 2001.
- CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. São Paulo: Vozes, 2006.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1992.
- DORIGO, J. N.; LIMA, M. E. A. O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: reflexões em torno de um caso clínico. *Caderno de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 55-73, jun. 2007.
- FREUD, S. *Inibição, sintomas e ansiedade*. In: Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1995a. 1 CD-ROM.
- _____. *Conferências introdutórias à psicanálise. Conferência XXIV - o estado neurótico comum*. In: Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1995b. 1 CD-ROM.
- GIANASSI, I. Vítimas de assalto têm maior risco de transtorno. *Folha de São Paulo*, 29 jun. 2008, Disponível em: <http://www.nevusp.org/portugues/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1672>. Acesso em: 15 jun. 2009.
- GUÉRIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgar Blücher, 2001.
- JACQUES, M. G. C. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 19, p. 112-119, 2007. Edição especial 1.
- KALINA, E. *Tratamento de adolescentes psicóticos*. São Paulo: Empório do Livro, 1998.
- LE GUILLANT, L. Introdução a uma psicopatologia social. In: LIMA, M. E. A. (Org.). *Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 07-11.
- _____. O caso de Marie L. In: LIMA, M. E. A. (Org.). *Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Vozes, 2006, p. 331-348.
- LIMA, M. E. A. Transtornos mentais e trabalho: o problema do nexos causal. *Revista de Administração da FEAD-Minas*, Minas, v. 2, n. 1, p. 73-80, jun. 2005.
- _____. A polêmica em torno do nexos casual entre distúrbio mental e trabalho. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO, 2., 2007, Goiânia. *Anais...* São Paulo, Cir Gráfica e Editora, 2007, p. 161-169.
- LIMA NETO, N. Hipertireoidismo e tireotoxicose. [S.d.] Disponível em: <http://medicina.fm.usp.br/endoresidentes/roteiro/hipertireoidismo_tireotoxicose_roteiro.pdf>. Acesso em: 25 maio 2009.
- MELLO, M. F.; FIKS, J. P. Aspectos históricos e diretrizes para o diagnóstico. In: MELLO, M. F. et al. *Transtorno de estresse pós-traumático: diagnóstico e tratamento*. Barueri: Manole, 2006, p. 10-18.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10*. São Paulo: Edusp, 1994. Tradução do Centro colaborador da OMS para classificação de doenças, em Português.
- PEREIRA, F. J. *Manual prático: como elaborar uma perícia de insalubridade, de periculosidade, de nexos causal das doenças ocupacionais e das condições geradoras do acidente do trabalho*. São Paulo: LTr, 2009.
- POLITZER, G. *Crítica aos fundamentos da psicologia: a psicanálise e a psicologia*. 2. ed. Piracicaba: Editora Unimep, 2004.
- SOUZA, C. A. C.; MATTOS, P. Síndrome pós-concussional, reação aguda a estresse e transtorno de estresse pós-traumático: diferenciação diagnóstica após acidentes com veículos automotores. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 19-25, 2000.
- SOUZA, P. C. Z.; ATHAYDE, M. A contribuição da abordagem clínica de Louis Le Guillant para o desenvolvimento da psicologia do trabalho. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 06-19, Jun. 2006.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.
- VERTHEIN, M. A. R.; GOMEZ, C. M. As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatria das LER. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 457-470, 2001.
- VIEIRA, C. E. C. *Assédio: do moral ao psicossocial – desvendando os enigmas da organização do trabalho*. Juruá: Curitiba, 2008.
- VIEIRA, C. E. C.; BARROS, V. A.; LIMA, F. P. A. A abordagem da psicologia do trabalho, na presença do trabalho. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 155-168, Jun. 2007.

Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro*

Magali Costa Guimarães¹

Changes at work and psychological violence in the Brazilian public service

¹ Instituto de Ensino Superior Cenecista – Unaí/MG

* Texto elaborado inicialmente para discussão no Grupo de Trabalho: “Trabalho e Saúde” do XII Simpósio de Pós-graduação e Pesquisa em Psicologia da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), ocorrido em maio de 2008.

Contato:

Rua 9, Setor N, Lt. 2 - Residencial Mont Bello – apt. 1004 – Águas Claras
Taguatinga – DF
CEP 71908-540

E-mail:

magalicostaguimaraes@hotmail.com

Resumo

O objetivo central do presente estudo é realizar uma reflexão sobre as mudanças ocorridas no setor público e a violência psicológica no trabalho. Serviram como subsídio teórico para esta reflexão alguns dos estudos desenvolvidos por integrantes do ECoS/UnB (Núcleo de Estudos em Ergonomia da Atividade, Cognição e Saúde), bem como outros estudos realizados em organizações públicas – específicos ou não – de violência no trabalho. Por meio desta reflexão, foi possível constatar a necessidade de ampliação do conceito de violência e de investigação criteriosa quando da adoção de mudanças neste contexto produtivo.

Palavras-chave: violência no trabalho, violência psicológica, serviço público.

Abstract

The main objective of this study is to reflect on psychological violence at work and on the changes that took place in the public sector. This discussion was based on some studies carried out by members of ECoS/UnB (Center for Studies on Activity Ergonomics Cognition and Health from the University of Brasília) as well as studies conducted in public organizations dealing specifically or not with violence in the workplace. This reflection enabled us to evidence the need of expanding the concept of violence, and of investigating carefully when changes are introduced in the public sector.

Keywords: workplace violence, psychological violence, public service.

Recebido: 27/01/2009

Revisado: 21/05/2009

Aprovado: 29/05/2009

Introdução

O objetivo central do presente trabalho é realizar uma reflexão sobre as mudanças ocorridas no setor público e a violência psicológica no trabalho. De acordo com Sá e Trindade (2003), nas últimas décadas, tais mudanças acentuaram-se, repercutindo sobre os trabalhadores (servidores públicos) e levando-os a uma crise de identidade que afeta suas vidas como um todo, tanto na esfera pessoal, quanto na profissional.

Além de afetar a vida do trabalhador em termos de identidade, o certo é que as transformações de diferentes ordens são estendidas para os modos de gestão do trabalho e, muitas vezes, acabam favorecendo situações de violência ou constituem, em si mesmas, violência. Isto ocorre na medida em que podem comprometer a integridade do trabalhador em diferentes aspectos (físico, social, emocional, moral). Pode-se salientar, desse modo, a importância desta temática no contexto atual, bem como do presente trabalho.

Serviram como subsídio teórico para esta reflexão alguns dos estudos desenvolvidos por integrantes do ECoS/UnB (Núcleo de Estudos em Ergonomia da Atividade, Cognição e Saúde), que permitem identificar, também, as contribuições da Ergonomia para o problema que ora se apresenta. Estes estudos são fundamentados pelos pressupostos da Ergonomia de origem franco-belga, que tem como ponto central a análise de situações reais de trabalho e, numa perspectiva antropocêntrica, buscam humanizar e transformar os espaços de trabalho. Não obstante, outros estudos realizados em organizações públicas – específicos ou não de violência no trabalho – serviram de suporte e permitiram fundamentar melhor as discussões realizadas.

Para alcançar o objetivo proposto buscou-se primeiramente responder à seguinte questão: “Que transformações têm ocorrido nas organizações públicas brasileiras e quais as suas repercussões na organização do trabalho?”. É uma tentativa de entender os reflexos das mudanças nos modos de gestão que, por sua vez, refletem nos modos de agir dos trabalhadores. Num segundo momento, buscou-se relacionar as características/especificidades das organizações públicas brasileiras e estas transformações com a violência psicológica. Por fim, são apresentadas possíveis saídas para o problema. O intuito, entretanto, não é “fechar ou concluir”, mas incentivar a reflexão e o debate sobre esta temática.

Organizações públicas: transformações e contradições

De uma maneira mais global, as pressões por mudanças e reestruturações que atingem as organizações privadas também atingem as do setor público. Nem sempre na mesma época e da mesma forma, mas o certo é que a ideologia de feição neoliberal, na qual a acumulação capitalista se faz premente e dominante, também atinge o Estado brasileiro. Isto significa, por sua vez, uma mesma lógica em relação à concepção de mundo

e de trabalho. Equivale dizer que os “modismos” administrativos têm lugar fértil também na administração pública, mesmo que com certo atraso.

A inspiração para estas reformas está nos modelos de gestão adotados no setor privado (BRESSER-PEREIRA, 2002). Por isso, é possível perceber, nos programas e projetos de mudança descritos nos estudos a seguir, a mesma lógica e discurso adotados neste setor. Contudo, nem sempre são adequados quando postos em prática sem compreensão mais ampla e profunda das características e especificidades da organização pública e do serviço público.

Exigências diversas decorrentes destes novos modelos, principalmente em termos de ampliação das competências dos trabalhadores e de desempenho, fizeram modificar o perfil dos “recursos” humanos no setor (MARCONI, 2003). Por meio dos estudos apresentados neste trabalho, é possível compreender como estas exigências se fizeram (e ainda se fazem) presentes.

Prado (2006), por exemplo, investigou um serviço de atendimento ao público do Distrito Federal. Ela ressalta que o mesmo passou por diferentes mudanças desde o início da década de 1990. Mudanças estas, fruto da modernização administrativa iniciada no âmbito da administração pública federal na década de 1980, tendo como pressuposto central a descentralização de poder e recursos (BRESSER-PEREIRA, 2002). Seguem algumas transformações destacadas por Prado (2006):

- Adoção de critérios de qualidade para planejamento e organização do serviço público;
- Padronização dos atendimentos;
- Foco no cidadão-usuário: implica em conhecê-lo em suas necessidades e expectativas, bem como facilitar seu acesso aos serviços públicos;
- Simplificação de obrigações de natureza burocrática;
- Adoção de medidas de desempenho para avaliação contínua dos serviços prestados.

As mudanças, por sua vez, alteram o ritmo de trabalho, a natureza e a divisão de tarefas, as exigências em termos de resultados esperados, alteram-se os procedimentos prescritos, dentre outros aspectos da organização do trabalho. Na verdade, ocorre todo um conjunto de transformações que atinge também as relações socioprofissionais e as condições de trabalho. É este conjunto de transformações que faz ampliar as exigências sobre os trabalhadores em diferentes aspectos quando da realização das atividades de trabalho, como no caso estudado por Prado (2006). Os resultados do seu estudo demonstraram que as exigências impostas aos trabalhadores, em função das mudanças organizacionais, não foram correspondidas em termos de condições de trabalho disponibilizadas e treinamentos oferecidos, repercutindo diretamente sobre a qualidade do serviço de atendimento público prestado aos cidadãos. Por sua vez, as punições relativas ao “mau atendimento” reca-

em, principalmente, sobre o servidor (atendente), sendo a avaliação de desempenho utilizada mais para punir e controlar que para reconhecer o trabalho realizado.

O foco produtivista, normalmente adotado na formulação destas mudanças, atrelado a um modelo ainda burocrático, contribui para criar um espaço de trabalho contraditório e, muitas vezes, nocivo à saúde daqueles que ali trabalham.

No estudo supracitado, por exemplo, esta contradição é identificada na cobrança de atendimento “de excelência” para o usuário-cidadão sem a contrapartida da instituição. Ao mesmo tempo, o peso maior na avaliação de desempenho do servidor é a do usuário, portanto, a culpabilidade acaba caindo, sempre, sobre ele (PRADO, 2006).

Aqui já se poderia pensar em violência ao trabalhador, conforme destacado por Hubault (2008), que assim avalia as consequências da importação do modelo industrial pelo serviço público. O trabalhador permanece em constante pressão, o que gera insegurança e insatisfação.

Em outro estudo, em nível diferenciado da administração pública anteriormente analisada, Aragão (2004) retrata as mudanças que atingiram o contexto institucional de Auditoria Fiscal da Previdência Social:

- Adoção de critérios de desempenho individual e organizacional;
- Reestruturação imposta por lei, agregando mudanças funcionais;
- O uso mais amplo de sistemas de informação, o que confere maior agilidade e auxilia na tomada de decisão.

Tais mudanças ampliaram as exigências funcionais, elevando o Custo Humano do Trabalho². Mais especificamente, fizeram intensificar as exigências cognitivas sobre os auditores fiscais, como, por exemplo, diversificando as fontes de informação. Segundo Aragão (2004), em suas rotinas diárias, os auditores lidam com um elevado número de informações que exigem memória e atenção constantes, fazem isto, ainda, sob pressão temporal. Mais uma vez, aspectos ligados às condições de trabalho apresentaram-se críticas (por exemplo: ambiente precário e ferramentas inadequadas para gerir as informações), contribuindo para a elevação deste custo. O modelo produtivista também prevalece, sendo critério central o número de arrecadações na avaliação de desempenho.

Ambos os estudos citados não tiveram como intuito a investigação da violência no trabalho. São estudos ergonômicos que, ao analisarem situações reais de trabalho, permitiram compreender mais profundamente as repercussões da atividade de trabalho e do contexto produtivo sobre o trabalhador.

As mudanças têm atingido diferentes esferas do poder público. No âmbito da administração municipal, também se presencia a adoção mais sistemática de programas e políticas de pessoal inspiradas nas empresas privadas. A criação de planos de carreira, o esforço para a profissionalização e a qualificação dos servidores públicos por meio de treinamentos e o uso de avaliações de desempenho individual têm sido comuns, conforme destacado por Camargos (2003) ao estudar a cultura organizacional de uma prefeitura municipal em Minas Gerais.

O estudo de Grisci e Bessi (2004) também retrata as pressões e os desgastes vivenciados por trabalhadores de uma instituição pública do setor bancário durante uma década de mudanças. Sob a nova ordem da reestruturação produtiva aliada à adoção de novas tecnologias, foram radicalmente transformados os modos de trabalho e de ser dos trabalhadores. Isto significa dizer que as mudanças afetaram profundamente a identidade destes trabalhadores. Dentre algumas das transformações destacadas pelas autoras, estão:

- *Downsizing*, com a adoção de programas de demissão “voluntária”;
- Implementação do Programa de Qualidade Total;
- Adoção de um Programa de Racionalização e Competitividade, com vistas a tornar a organização mais ágil, funcional e descentralizada;
- Submissão dos gerentes a novos processos seletivos;
- Automação das agências e uso intensivo da tecnologia da informação nos processos de trabalho, visando à maior competitividade;
- Maior direcionamento para o mercado com ofertas de novos produtos e segmentação de clientes;
- Terceirização de algumas áreas;
- Padronização dos serviços e de processos;
- Contratação de trabalhadores temporários;
- Abertura de concurso para técnicos bancários com salários menores que os escriturários;
- Extinção de agências (filiais).

São inúmeras e diversificadas as exigências e as consequências desta reestruturação sobre os trabalhadores. Além das anteriormente mencionadas, acrescentam-se a intensificação do trabalho, as pressões (de diferentes ordens) por resultados e por mudanças comportamentais, o surgimento de competição, a precarização do trabalho, a fragilização, o sofrimento psíquico e o adoecimento dos trabalhadores. Estas são algumas das consequências identificadas por Grisci e Bessi (2004).

² Custo Humano do Trabalho envolve as exigências físicas, cognitivas e afetivas presentes no contexto de produção que obstaculizam e, ao mesmo tempo, instigam a inteligência dos trabalhadores (FERREIRA, 2006).

Tem-se, assim, um cenário de mudanças radicais em todos os sentidos: na organização do trabalho com a imposição de novas regras e procedimentos, nova divisão hierárquica – técnica e social – imposição de prazos e cumprimentos de metas, dentre outras, bem como nas condições de trabalho com a inserção de novos instrumentais tecnológicos. Também as relações socioprofissionais sofrem transformações na medida em que esta nova lógica impõe formas diferenciadas de lidar com clientes e com colegas de trabalho. É óbvio, portanto, que tudo isto acarreta mudanças profundas naqueles submetidos à nova ordem.

Pode-se afirmar, mesmo com base nestes poucos estudos, que práticas de gestão, até então mais frequentes no setor privado, vêm tornando-se cada vez mais presentes no universo da administração e das organizações públicas. Têm como contrapartida, obviamente, modificações não só na organização do trabalho, mas em todas as dimensões do contexto produtivo. Não obstante, chamam a atenção algumas especificidades da administração pública, historicamente herdadas, que revelam algumas mazelas, presentes neste contexto produtivo.

Segundo Martins (1997, p. 172, grifo nosso), o Estado brasileiro e, por conseguinte, a administração pública brasileira “[...] foram fundados sob a influência de um *etos* fortemente *patrimonialista* [...]”, herança cultural lusitana. Isto significa, segundo o autor, uma cultura de apropriar-se do que é público, gerando uma falta de clareza entre o que é público e o que é privado. Mostrando a evolução da administração pública desde o Brasil colônia até o governo Collor, Martins (1997) revela que, mesmo nas tentativas de modernização e de formalização da administração, este *etos* sempre se fez presente, gerando contradições e dissociações. Este patrimonialismo se traduz, muitas vezes, em práticas clientelistas (apadrinhamento e proteções), gestão do tipo paternalista e/ou autoritária e nepotismo, tão comuns às organizações públicas brasileiras.

Rezende (2002, p. 54) corrobora esta afirmação na medida em que ressalta que altos gastos têm sido investidos em novas reformas, entretanto, alguns problemas crônicos perduram. Dentre estes, o autor destaca: o clientelismo, a corrupção, o baixo grau de profissionalismo e de eficiência, “bem como outros males burocráticos”.

Tudo isto remete ao fato de que as disfunções do serviço neste setor, as dificuldades e os problemas enfrentados pelos servidores públicos não são novos, mas, conforme destaca Jackson Filho (2004), representam um desinteresse histórico dos que governam pela prestação de serviços à sociedade. Entretanto, as características/especificidades mencionadas, aliadas

às novas exigências impostas pelos novos modelos de gestão, conferem a este serviço, no contexto atual, um caráter diferenciado, nem sempre positivo.

Ao introduzir mudanças organizacionais, estas, muitas vezes, continuam sendo utilizadas para atender interesses de pessoas e grupos específicos. Estas velhas práticas permanecem contaminando e estigmatizando o serviço público e a administração pública como um todo. Silva e Souza (2004), por exemplo, destacam o uso crescente do mecanismo de *terceirização* pela administração pública, sendo esta uma prática de gestão considerada moderna e bastante utilizada no setor privado. Conforme demonstrou o estudo, tal prática acaba sendo empregada mais para o adiamento de concursos públicos, o que acaba favorecendo práticas clientelistas (contratações de parentes e apadrinhamentos por gestores públicos) e a precarização das relações de trabalho em termos de qualificação e benefícios sociais.

Importante ainda destacar que os aspectos mencionados trazem no seu bojo interações sociais e relações de poder que, de certa forma, permitem retratar alguns traços característicos das relações socioprofissionais presentes, muitas vezes, nas organizações públicas. São formas de relacionamento que podem suscitar a violência psicológica³.

Tem-se, assim, descrito um contexto produtivo propício ao desgaste e ao sofrimento daqueles nele inseridos: um ambiente de mudanças, com processos de avaliação individual, com pressões e exigências de diferentes ordens e origens, com condições de trabalho e treinamento precários, onde ainda práticas clientelistas e relações de poder prevalecem. Uma nova indagação se faz necessária: “Qual a relação destas mudanças e características das organizações públicas, ora apresentadas, com a violência psicológica?”. É esta a questão norteadora das discussões que se apresentam a seguir.

Organizações públicas, serviço público e a violência psicológica

O contexto produtivo, ora apresentado, parece se constituir num cenário propício para a ocorrência de violência psicológica. Possui semelhanças com alguns aspectos organizacionais destacados como contribuintes para a violência no trabalho, tanto física, quanto psicológica (AGÊNCIA EUROPEIA PARA SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO, 2002, 2003; DI-MARTINO; HOEL; COOPER, 2003):

- Tipo de liderança/gestão (principalmente aquelas caracterizadas por exacerbado autoritarismo, conforme destacado também por Corrêa e Carrieri (2004) e Soares (2006);

³ Em relação a este aspecto, é emblemático o estudo de caso realizado por Corrêa e Carrieri (2004) em um órgão do Poder Judiciário, onde o uso de coerção, humilhação, desqualificação, dentre outras perversidades foram rotineiramente cometidas por um de seus membros.

- Baixo nível de satisfação em relação às lideranças;
- Ambiente de mudanças organizacionais profundas e/ou repentinas, onde prevalece o medo destas mudanças;
- Ambiente onde prevalece o estresse;
- Contexto produtivo onde prevalecem conflitos não resolvidos;
- Contexto produtivo onde há falta de clareza no que se refere às responsabilidades e à autoridade;
- Insegurança no trabalho;
- Relações insatisfatórias entre colegas de trabalho;
- Conflitos relacionados à função desempenhada.

Acrescenta-se a estes: a intensidade e a sobrecarga de trabalho, tarefas mal distribuídas, competição por promoções, condições de trabalho inadequadas, pressão temporal, tarefas monótonas, inadequação e/ou falta de treinamentos, excessivo foco na satisfação do cliente, dentre outros (PAOLI, 2000; SOARES, 2006).

Algumas destas disfunções estão presentes em organizações “acometidas” por “patologia organizacional”, conforme destacado por Jackson Filho (2004). Tal expressão foi usada por F. Daniellou para caracterizar organizações onde prevalecem modos de organização do trabalho que favorecem o adoecimento e o sofrimento. Destaca-se que os níveis intermediários e superiores na hierarquia organizacional também sofrem na medida em que, inseridos num contexto contraditório e com poucas margens de manobra, são levados a exercerem diferentes tipos de pressões sobre os demais trabalhadores (JACKSON FILHO, 2004). Conforme o autor, não é incomum nas organizações públicas e pode, parcialmente, explicar a precariedade dos serviços públicos.

Todos estes aspectos demonstram a necessidade de muito cuidado na implantação e na gestão das mudanças – sejam elas tecnológicas, estruturais ou organizacionais – na administração pública. Chamam atenção, principalmente, por serem, tais contribuintes, bastante presentes no contexto destas organizações. Mas é conveniente, antes de aprofundar discussões, conceituar a “violência no trabalho” e caracterizar a violência psicológica.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), são considerados violência no trabalho ações, incidentes e comportamentos, que não podem ser avaliados como condutas razoáveis, dentre as quais estão: atacar, prejudicar, degradar ou ferir a pessoa no seu espaço de trabalho – ou em seu trajeto – (KHALEF, 2003). O parecer da Comissão Europeia define de forma mais ampla e precisa a violência neste contexto:

A violência pode definir-se, nas relações entre duas pessoas ou mais, como uma forma de comportamento negativo ou de ação caracterizada pela agressividade, umas vezes repetida, outras vezes pontual, que produz danos para a segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores no local de trabalho. A agressividade pode manifestar-se quer por simples atitude corporal, como uma atitude de provocação, desprezo ou sarcasmo perante outra pessoa, quer por uma efetiva ação violenta, de tipo físico ou verbal. A violência manifesta-se de múltiplas formas como, por exemplo, agressão física, injúrias verbais, prepotência (bullying), perseguição coletiva (mobbing), assédio sexual, discriminação em razão da religião, raça, deficiência, sexo ou, em todo o caso, da diferença, podendo ser praticada tanto por pessoas estranhas ao ambiente de trabalho como por elementos do próprio ambiente de trabalho (UNIÃO EUROPEIA, 2001).

Como pode ser percebido, nesta definição é dada maior ênfase aos aspectos característicos da violência psicológica. Como destacado por Cavalcanti (2005), esta se caracteriza como uma “agressão emocional”. Segundo ela, muitas vezes tão ou mais prejudicial que a violência física, caracteriza-se por ameaças, rejeição, depreciação, discriminação, humilhação, desrespeito ou mesmo punições exageradas. Mesmo não sendo formas físicas de agressão, “deixam marcas” difíceis de serem apagadas. No mundo atual, de mudanças culturais e de busca pelo respeito à diversidade e à diferença, uma maior importância tem sido dada a este tipo de violência no ambiente organizacional.

Chappell e Di-Martino (2000) ressaltam que, no contexto de trabalho, a violência (neste caso tanto física, como psicológica) se origina de uma combinação de causas, relativas ao indivíduo, ao ambiente de trabalho, às condições do trabalho, bem como ao modo como ocorrem as interações sociais no contexto produtivo: entre colegas de trabalho, entre clientes e trabalhadores e entre estes últimos e os gestores. Incluem como características ou comportamentos que denotam violência psicológica, além dos já citados, o ostracismo, as intimidações por meio de palavras, gritos e gestos, insinuações, ofensas em função do sexo ou da raça.

Retornando às organizações públicas, é necessário acrescentar às considerações já destacadas que estas têm como predominância a relação de serviço com toda sua especificidade e singularidade, o que impõe uma gestão também diferenciada: fortemente baseada em interações, difícil de mensurar e julgar sua qualidade, dependência do outro, produção e consumo simultâneos, extremamente variável, o que dificulta a uniformização, a intensidade de trabalho requerida⁴, dentre outras (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000; GUIMARÃES, 2003; HUBAULT, 2008; KOTLER, 1998).

⁴ Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) afirmam que a intensidade do trabalho se constitui também numa característica diferenciadora das operações de serviços. Tal intensidade refere-se à capacidade e à habilidade requeridas para a execução de uma atividade, na medida em que, em muitas organizações de serviço, o trabalho aparece como o recurso-chave para determinar sua eficiência.

A “dependência do outro” é um aspecto que chama a atenção e acrescenta dificuldades na avaliação da qualidade do serviço prestado. Assim como em outros serviços, o “consumidor” [usuário-cidadão] que participa da operação não julga apenas seu resultado, mas também os aspectos de sua produção. Portanto, o usuário-cidadão irá avaliar não só se resolveu o seu problema, mas também se o servidor-atendente foi educado, atencioso ou o contrário. Ao mesmo tempo, esta percepção de cordialidade será avaliada de diferentes formas pelos diferentes usuários. Aqui também, a qualidade do usuário [background cultural, motivação, experiência etc.] afeta a qualidade do serviço.

Mais uma vez, estas especificidades parecem tornar o “serviço público” e, portanto, o “servidor público”, mais sujeito à violência psicológica no trabalho. Primeiro, em função do caráter predominantemente relacional da atividade de trabalho; em segundo, por sua imaterialidade, o que acaba possibilitando interpretações diversas quanto à sua qualidade; em terceiro, pode-se pensar que, mesmo quando há a prevalência de intensidade de trabalho, os esforços muitas vezes são desprezados e apenas seus efeitos são considerados, como bem ressaltou Hubault (2008). Estas especificidades abrem brechas para, por exemplo, críticas, manipulações e conflitos nas relações socioprofissionais em diferentes níveis.

Esta proposição também é sustentada por Cooper, Hoel e Di-Martino (2003) e Paoli (2000), que afirmam ser os trabalhadores do setor público mais sujeitos a sofrerem violência psicológica (principalmente intimidações e *bullying*⁵) que os do setor privado. Não é à toa, portanto, que denúncias têm sido “pipocadas” aqui e ali, principalmente relativas ao assédio moral no trabalho (CORRÊA; CARRIERI, 2004; MACHADO, 2007; OLIBONI, [200-]; PALMA, 2006; SINDICATO DOS BANCÁRIOS, 2008; SINDICATO DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2008), uma forma específica de violência psicológica.

Apesar da relação de serviço por si só ser carregada de imprevistos e potenciais aberturas para conflitos e atritos com clientes, torna-se importante ressaltar que as denúncias supracitadas, por exemplo, não se relacionam a estes. Isto significa que as ameaças, as agressões, as humilhações, o ostracismo e outros tipos de violência psicológica sofridas por servidores públicos originam-se no interior da própria organização. Tal perspectiva fortalece as considerações feitas anteriormente relativas à influência dos aspectos culturais no setor público.

A ampliação do conceito de violência psicológica também parece fazer-se necessária. As definições de

violência citadas têm servido de suporte para a discussão e a investigação da violência no contexto de trabalho por diferentes autores/pesquisadores (COOPER; SWANSON, 2001; EINARSEN, 2005; GUIMARÃES; RIMOLI, 2006; JACKSON; ASHLEY, 2005; PALACIOS, 2002; ZABALA, 2003), na medida em que respaldam também conceituações e diretrizes de organizações importantes como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Nesta perspectiva, as causas da violência são analisadas, muitas vezes, como originadas de uma combinação de fatores individuais e sociais. Relacionam-se, assim, a comportamentos individuais e às condições do trabalho, bem como ao modo como ocorrem as interações sociais no contexto produtivo: interações entre colegas de trabalho, entre clientes e trabalhadores e entre estes últimos e os gestores (DI-MARTINO, 2000).

As definições propostas, contudo, possuem limitações e impedem que outras formas de violência sejam estudadas e consideradas pelos pesquisadores. Palácios (2002), por exemplo, ao fazer estudo sobre violência no trabalho no setor de saúde do Rio de Janeiro – tanto do setor público quanto do setor privado – percebeu que a definição ou o tipo de violência investigada não abarcava outros aspectos considerados pelos profissionais do setor como violência no trabalho. Estes encontram-se ligados à violência institucional (ou estrutural)⁶. Dentre estes, a autora elenca: o descumprimento de contratos e acordos estabelecidos, a dificuldade de acesso à justiça, o medo de represálias, o excesso de trabalho, o desempenho de tarefas sem a qualificação necessária e a precariedade geral relativa às condições de trabalho.

O estudo realizado por Costa (2005) com enfermeiros em um hospital do setor público, contrariamente ao estudo anterior, percorre este caminho investigando a violência no trabalho num sentido mais amplo. A definição neste caso é tomada de J. Galtung, que analisa a violência sob quatro perspectivas: estrutural, repressiva, alienação e clássica. Para a autora, o estudo demonstrou que havia, no contexto pesquisado:

- A violência estrutural – explicitada na sobrecarga física e mental exigida dos profissionais em função de características organizacionais e do contexto produtivo, como número insuficiente de profissionais e precariedade das condições de trabalho;
- A repressiva – manifestada na negação dos direitos dos trabalhadores a um ambiente de trabalho seguro e adequado à realização das suas atividades;

⁵ Segundo Di-Martino (2000), é uma das formas crescentes de violência no trabalho e envolve um comportamento ofensivo, vingativo e humilhante, em que seu autor busca prejudicar um indivíduo ou grupo de empregados: não repassando tarefas apropriadas às suas competências, retaliando por críticas etc.

⁶ Odália (1986) denomina como violência institucional aquela que está presente, implícita ou explícita nas relações sociais e que naturalizam relações de força e poder. Estas relações se inscrevem na estrutura da sociedade. O cidadão comum pode, desta forma, aceitar ou ser indiferente ao sofrimento, à miséria e/ou à desigualdade existente.

- A alienação – revelada na privação do reconhecimento e dos sentimentos de prazer no trabalho;
- A clássica – expressa na violência física e verbal entre os diferentes atores (usuários, enfermeiros, familiares, médicos), contribuindo para a perpetuação de outros tipos de violência extremamente negativa no contexto de urgência clínica, como era o caso. Dentre estas, a autora destaca a omissão, a negligência e a negação ou a fragmentação de informações aos usuários.

Entende-se, assim, que para a compreensão da violência psicológica no âmbito das organizações públicas torna-se necessário ampliar o próprio conceito de violência. Desta forma, englobaria aspectos importantes presentes neste contexto produtivo que se constituem como violência, mas que muitas vezes são naturalizados pelos diferentes atores sociais envolvidos. Entretanto, como pôde ser identificado nos estudos supracitados, violentam profundamente os trabalhadores: violam seus direitos, constroem, forçam, impõem e impedem que exerçam suas vontades ou exprimam suas opiniões.

Saídas e considerações finais

Algumas propostas de mudanças organizacionais têm sido destacadas como importantes para a redução da violência no trabalho. Dentre estas, Chappel e Di-Martino (2000) destacam:

- Seleção adequada;
- Delegar tarefas em função da experiência e da competência;
- Clareza na definição de tarefas;
- Cumprimento da jornada de trabalho;
- Rapidez e eficiência na prestação dos serviços;
- Práticas de rodízio para trabalhos que exigem contato excessivo com o público;
- Adoção de sistemas de trabalho que reduzam o contato face a face com o público;
- Introdução de sistemas automatizados para realização de determinados procedimentos.

O foco dos autores é na relação do trabalhador com o cliente, na violência dita “externa”. No caso do serviço público, do usuário-cidadão com o servidor. São propostas que devem ser consideradas. Entretanto, quando se pensa nas características/especificidades

destas organizações, na cultura prevalecente e nas mudanças pelas quais algumas destas têm passado e, principalmente, no reflexo sobre os trabalhadores – como destacado neste texto –, este foco deve ser consideravelmente ampliado.

Mais especificamente em relação ao assédio moral, visto como um tipo de violência psicológica, muito comum nos contextos de trabalho atuais, a Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (2002) destaca como formas de prevenção:

- A liberdade, por parte dos trabalhadores, para escolher o modo de realizar seus trabalhos;
- Difundir, de forma mais abrangente, os objetivos organizacionais;
- Desenvolver o estilo de liderança;
- Clareza nas especificações de funções e tarefas;
- Desenvolvimento de políticas organizacionais que favoreçam relações socioprofissionais positivas;
- Desenvolvimento de programas e políticas que esclareçam e combatam mais fortemente este tipo de problema dentro da organização.

Estas formas de prevenção são mais condizentes com os problemas ressaltados ao longo deste trabalho e direcionam para um formato diferenciado da organização do trabalho. No seu conjunto, as recomendações salientam a importância de se mexer em aspectos relativos às condições de trabalho, às relações de trabalho e, principalmente, naqueles relativos à organização do trabalho.

Cabe destacar, neste sentido, a necessidade de investigações mais profundas deste contexto produtivo para que tais procedimentos sejam pertinentes e atuem de forma realmente preventiva. Pensa-se que estudos mais aprofundados que busquem identificar as características, as contradições e as exigências presentes no contexto produtivo em questão e nos modos de gestão podem, em muito, contribuir para colocar à vista muitas perversidades que ocorrem em nome da eficiência e da produtividade organizacional. Acredita-se, ainda, que as diferentes ciências que se dedicam à investigação do trabalho humano têm muito a contribuir, na medida em que podem fornecer informações importantes e precisas sobre o ambiente produtivo e sobre as relações ali estabelecidas. Só por meio de uma investigação criteriosa será possível compreender as disfunções organizacionais que afetam o bem-estar das pessoas, contribuindo, assim, para resgatar o sentido humano do trabalho.

Referências

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SAÚDE E A SEGURANÇA NO TRABALHO. O assédio moral no local de trabalho. *FACTS*, Bélgica, n. 23. 2002. Disponível em: <<http://osha.europa.eu/pt/publications/fatsheet23>>. Acesso em: 03 fev. 2009.

_____. *Prevenção e riscos psicossociais no local de trabalho*. Luxemburgo: Serviço de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2003.

ARAGÃO, J. P. *Exigências cognitivas e estratégias de mediação em auditoria-fiscal da Previdência Social no*

- Distrito Federal*: errar é preocupante, refiscalizar é pior. 2004. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)– Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma da nova gestão pública: agora na agenda da América Latina, no entanto... *Revista do Serviço Público*, Brasília, ano 53, n. 1, p. 5-26, jan./mar. 2002.
- CAMARGOS, R. V. R. *Cultura organizacional em uma Prefeitura Municipal*. 2003. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração)– Instituto de Ensino Superior Cenecista, Unaí, 2003.
- CAVALCANTI, S. V. A violência doméstica como violação dos direitos humanos. *Revista do Ministério Público*, Alagoas, n. 15, jan./jun. 2005.
- CHAPPEL, D.; DI-MARTINO, V. *Violence at work*. 2000. Johannesburg, 8-9 Nov. Paper apresentado na International Conference on Work Trauma. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/violwk/violwk.htm>>. Acesso em: 28 mar. 2008.
- COOPER, C. L.; SWANSON, N. *Workplace violence in the health sector: state of the art*. 2001. Disponível em: <<http://www.icn.ch/state.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2008.
- CORRÊA, A. M. H.; CARRIERI, A. P. Administrar é criar conflitos: o assédio moral degradando as relações de trabalho no Poder Judiciário. In: ENCONTRO ANUAL ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 28., 2004, Curitiba. *Anais...* Curitiba: ANPAD, 2004. 1 CD-ROM.
- COSTA, A. L. R. C. *As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público*. 2005. 268 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- DI-MARTINO, V. *Violence at the workplace: the global challenge*. 2000. Johannesburg, 8-9 Nov. Paper apresentado na International Conference on Work Trauma. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/violwk/violwk.htm>>. Acesso em: 28 mar. 2008.
- DI-MARTINO, V.; HOEL, H.; COOPER, C. L. *Preventing violence and harassment in the workplace*. Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003. Disponível em: <<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/112/en/1/ef02112en.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2008.
- EINARSEN, S. The nature, causes and consequences of bullying at work: the Norwegian experience. *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé (PISTES)*, Paris, v. 7, n. 3, p. 1-14, nov. 2005.
- FERREIRA, M. C. Custo humano do trabalho. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Org.). *Dicionário de trabalho e tecnologia*. Porto Alegre: UFRGS, 2006. p. 84-88.
- FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.
- GRISCI, C. L. I.; BESSI, V. G. Modos de trabalhar e de ser na reestruturação bancária. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 6, n. 12, p. 160-200, jul./dez. 2004.
- GUIMARÃES, L. A. M.; RIMOLI, A. O. “Mobbing” (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 183-192, mai./ago. 2006.
- GUIMARÃES, M. C. O marketing de serviços e suas implicações para uma organização sem fins lucrativos. *Contextus - Revista Contemporânea de Economia e Gestão*, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 36-43, 2003.
- HUBAULT, F. *Lês enjeux écononiques et ergonomiques de la “relation de service” dans les services publics*. 2008. Brasília, 26 mar. 2008. Palestra proferida na Universidade de Brasília.
- JACKSON FILHO, J. M. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. *Revista Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 58-66, set./dez. 2004.
- JACKSON, M.; ASHLEY, D. Physical and psychological violence in Jamaica’s health sector. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 18, n. 2, p. 114-121, Aug. 2005.
- KHALEF, A. Es la violencia en el trabajo una fatalidad? In: *Es la violencia en el trabajo*. Oficina de actividades para los trabajadores – OIT. Educación Obrera, 2003/04, n. 133. p. 13-19.
- KOTLER, P. *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- MACHADO, A. Denúncia de assédio moral. *Associação dos Magistrados do Trabalho da 13ª. Região*, São Paulo, 13 mar. 2007. Disponível em: <http://www.amatra13.org.br/noticia_geral.php?id=754>. Acesso em: 15 abr. 2008.
- MARCONI, N. A evolução do perfil da força de trabalho nos setores público e privado ao longo da década de 1990. *Revista do Serviço Público*, Brasília, ano 54, n. 1, p. 9-45, jan./mar. 2003.
- MARTINS, H. F. A ética do patrimonialismo e a modernização da administração pública brasileira. In: MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. (Org.). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas, 1997. p. 171-183.
- ODÁLIA, N. *O que é violência*. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. (Coleção Primeiros Passos, 85)
- OLIBONI, A. Denúncia de assédio moral na Prefeitura. *Boletim eletrônico do vereador Aldacir Oliboni*, Porto Alegre, [200-]. Disponível em: <<http://www.oliboni.com/noticias.php?id=621>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

- PALMA, S. A violência camuflada. *Instituto Observatório Social*, São Paulo, n. 11, out. 2006. Disponível em: <<http://www.observatoriosocial.org.br/portal/index.php?option=content&task=view&id=1147&Itemid=112>>. Acesso em 18 abr. 2008.
- PALÁCIOS, M. (Coord.). *Relatório preliminar de pesquisa, violência no trabalho no setor saúde – Rio de Janeiro-Brasil*. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.nesc.ufrj.br/assediomoral/teste/documentos/relatorio%20viol%EAncia.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2009.
- PAOLI, P. Violence at work in the European Union: recent finds. *International Labour Organization. Programme on Safety and Health at Work and the Environment (SafeWork)*, Dublin, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/eusurvey/eusurvey.htm>>. Acesso em: 21 abr. 2008.
- PRADO, D. I. *O foco é no cidadão e o atendente como fica?: contexto de atendimento presencial custo humano da atividade e qualidade de vida no trabalho*. 2006. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)– Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- REZENDE, F. C. O dilema do controle e falha sequencial nas reformas gerenciais. *Revista do Serviço Público*, Brasília, ano 53, n. 3, p. 53-77, jul./set. 2002.
- SÁ, M. A. D.; TRINDADE, U. C. M. Mudança organizacional e identidade de pessoas: o caso da Funasa. In: ENCONTRO ANUAL ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 27., 2003, Atibaia. *Anais...* Atibaia: ANPAD, 2003. 1 CD-ROM.
- SILVA, R. A. R.; SOUZA, R. C. Casos e descasos da terceirização na administração pública: apontamentos, percepções e reflexões em órgãos de Minas Gerais. In: ENCONTRO ANUAL ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 28., 2004, Curitiba. *Anais...* Curitiba: ANPAD, 2004. 1 CD-ROM.
- SINDICATO DOS BANCÁRIOS. Bancários: aumenta o número de denúncias de assédio moral e Sindicato exige solução da Nossa Caixa. *Portal do Mundo do Trabalho*, São Paulo, 29 jan. 2008. Disponível em: <<http://www.cut.org.br/site/start.cut?infoid=15982&sid=22>>. Acesso em: 15 abr. 2008.
- SINDICATO DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Sintrasef e Iphan discutem assédio moral. *SINTRASEF*, Rio de Janeiro, 03 mar. 2008. Disponível em: <<http://www.sintrasef.org.br/home/noticia.php?nid=558>>. Acesso em: 16 abr. 2008.
- SOARES, L. Q. *Assédio moral no trabalho e interações socioprofissionais: “ou você interage do jeito deles ou vai ser humilhado até não aguentar mais”*. 2006. 167 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- UNIÃO EUROPEIA. *Doc. 1564/2/01 PT*, parecer aprovado em 11 de novembro de 2001. Disponível em: <<http://www.osha.europa.eu/pt>>. Acesso em: 10 dez. 2008.
- ZABALA, I. P. *Mobbing: como sobreviver ao assédio psicológico no trabalho*. São Paulo: Loyola, 2003.

Patrícia Freitas Martins¹
Carlito Lopes Nascimento Sobrinho²
Marina Vieira Silva³
Nara Bernardes Pereira³
Cicília Marques Gonçalves³
Bárbara Santana Rebouças³
Luana de Assis Cartaxo³

Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia

Sickness absenteeism among health care workers at a public hospital in Bahia, Brazil

¹ Professora da Faculdade Nobre/FAN, Feira de Santana, Bahia, Mestre em Saúde Coletiva.

² Professor Adjunto do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana.

³ Estudantes de Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bolsistas PROBIC.

Contato:

Patrícia Freitas Martins
Rua Belém, 680, casa B02, Conceição I
– Feira de Santana, Bahia
CEP: 44040-000

E-mail:

ticamartinspf@yahoo.com.br

Resumo

Este trabalho descreveu as características sociodemográficas de trabalhadores de saúde, seu trabalho e a incidência de afastamento por doença de um hospital público do Estado da Bahia no período de 1º de julho de 2005 a 30 de junho de 2006. Os dados foram coletados nas pastas cadastrais do setor de pessoal, nos atestados médicos de até 15 dias de afastamento e em documento da Secretaria Estadual de Saúde. Observou-se uma média de 2,31 atestados médicos por trabalhador. Dos 837 profissionais da equipe de saúde, 31,9% afastaram-se por doença pelo menos uma vez no período. Destes, 91,0% são do sexo feminino; 60,7% possuem idade \geq 40 anos; 60% possuem tempo de serviço na instituição \geq 12,5 anos; 70% eram estatutários; 59,5% tinham jornada de 40 horas semanais. A maioria dos afastados estava lotada na Emergência e na UTI e era do grupo de Enfermagem. Espera-se que este estudo fomente novas discussões sobre as características do trabalho em hospitais e estimule a implantação de serviço de atendimento à saúde do trabalhador no hospital estudado e a realização de novas investigações.

Palavras-chave: trabalhador de saúde, afastamentos por doença, hospital.

Abstract

This work describes the socio-demographic characteristics of health care workers, their work, and the incidence of sick leave in a public hospital in the State of Bahia, Brazil during the period between July 1, 2005 and June 30, 2006. Data was collected from the personnel department register, from doctors' statements for the leave, and from a document issued by the Bahia State Health Department. The results showed an average of 2.31 doctors' statements per worker. Among 837 workers, 31.9% were absent at least once due to illness, during the mentioned period. Of these, 91.0% were women; 60.7% \geq 40 years old; 60% had been working at the institution for \geq 12.5 years; 70% were permanent civil servants covered by a specific pay system; 59.5% worked 40 hours a week. Most of the absentees belonged to the nursing staff and worked either in the emergency ward or in the ICU. We expect that this study will encourage new discussions on the characteristics of hospital work, will incite the implementation of workers' health services in the hospital studied and new research on the issue.

Keywords: health care worker, sick leave, hospital.

Recebido: 25/11/2008

Revisado: 19/05/2009

Aprovado: 20/05/2009

Introdução

Os profissionais da saúde formam um grupo especial de trabalhadores, com características próprias, como o predomínio do sexo feminino, divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica e número quase sempre insuficiente de trabalhadores (REIS et al., 2003).

Nos hospitais públicos, os trabalhadores, em passado recente, eram contratados por concurso público. Atualmente, veem sendo admitidos mediante contratos por tempo determinado, o que dificulta a formação de quadros permanentes (NASCIMENTO SOBRINHO, 2005).

Segundo Gaspar (1997), os hospitais oferecem riscos para a saúde do trabalhador consideravelmente maiores que todas as outras unidades de saúde, pois apresentam piores condições de trabalho. Outros autores apontam que nos hospitais públicos, em virtude das inadequadas condições de funcionamento, essa situação se intensifica (MARZIALE; CARVALHO, 1998; PITTA, 2003).

Barboza e Soler (2003), Reis et al. (2003), dentre outros, ressaltam que o absenteísmo pode estar diretamente associado às condições de trabalho, cujas repercussões são visíveis na qualidade de vida, de saúde e de trabalho dos profissionais, e que é imprescindível a realização de estudos para analisar e prevenir o absenteísmo.

Segundo Reis et al. (2003), são incipientes as investigações sobre o absenteísmo por doença entre trabalhadores de saúde de hospitais públicos no Brasil. O estudo apresentado é importante por ser um dos primeiros da região do nordeste a estudar o absenteísmo por doença entre todas as categorias de trabalhadores de saúde dentro de hospital público.

O objetivo deste estudo foi descrever as características sociodemográficas, algumas características do trabalho e a incidência de afastamento por doença, por categoria profissional, dos trabalhadores da saúde de um hospital público do Estado da Bahia. Visa, ainda, estimular a reflexão sobre a necessidade de organização de serviços de saúde nos hospitais públicos voltados para prevenção de riscos, proteção e promoção da saúde dos trabalhadores da saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo. A coleta dos dados foi de fonte secundária, no setor de pessoal, utilizando uma ficha de coleta aplicada em: todas as pastas cadastrais dos profissionais de saúde afastados por doença; nos atestados médicos de até 15 dias, do período de 1º de julho de 2005 a 30 de junho de 2006; e num documento da Secretaria de Saúde do

Estado da Bahia (SESAB), denominado ALFA, pois em muitas pastas cadastrais faltavam informações, como categoria profissional e tipo de contrato de trabalho.

As variáveis foram divididas em sociodemográficas: idade, sexo, situação conjugal e número de filhos; e ocupacionais: categoria profissional, setor de serviço, tempo de trabalho, carga horária e tipo de contrato de trabalho.

Os dados foram processados e analisados utilizando-se o programa SPSS for Windows 9.0, do Laboratório de Informática do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (NORUŠIS, 1999). Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, a média e o desvio padrão das variáveis numéricas.

A coleta ocorreu no período de abril a agosto de 2007, sendo somente iniciada após autorização da direção do hospital e aprovação do Protocolo de Pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP/UEFS, conforme Ofício nº 090/2007 de 28 de março de 2007, sob Protocolo nº 035/2007 (CAAE – 0038.0.059.000-07).

Resultados

No período estudado, dos 837 profissionais da equipe de saúde do hospital, 31,9% foram afastados do trabalho por doença pelo menos uma vez, representando uma elevada incidência de adoecimento. Obteve-se uma média de 2,31 atestados por trabalhador, com 2.746 dias de ausência no trabalho.

No grupo de enfermagem, composto por 517 profissionais, sendo 420 auxiliares de enfermagem (o setor de pessoal relacionou todos como auxiliar de enfermagem) e 97 enfermeiros, encontrou-se uma incidência de 41,2% de afastamentos.

Quanto aos demais profissionais, 186 eram médicos, mas só 9 apresentaram atestados no período estudado; 44 eram técnicos de patologia clínica, aqui denominados como técnicos de laboratório; 20 técnicos de radiologia; 19 farmacêuticos; 19 fisioterapeutas; 10 odontólogos; 9 assistentes sociais; 9 nutricionistas; e 4 psicólogos. Como o número total desses profissionais era pequeno, não foi calculada a incidência de afastamento dos mesmos.

Dos 267 profissionais de saúde afastados por doença: 91,0% são do sexo feminino; 52,2% eram casados e 42,7% solteiros; 88,6% tinham pelo menos dois filhos; 60,7% apresentavam idade igual ou superior a 40 anos (Tabela 1).

A idade média foi de $41,6 \pm 9,7$ anos, com mínima de 21 e máxima de 70 anos. Entre as mulheres, a média de idade foi de $41,0 \pm 9,7$ anos, mínima de 21 e máxima de 70 anos e nos homens, a média de idade foi de $45,0 \pm 9,7$ anos, mínima de 27 e máxima de 59 anos.

Em relação à categoria profissional, o maior percentual de afastamento foi entre os auxiliares de enfermagem, com 64,0%, seguidos pelos enfermeiros com 15,7% e técnicos de laboratório com 7,1%. Estes profissionais atuavam nos seguintes setores: Emergência, 30,0%; Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) – Adulto, 9,4%; Laboratório, 6,7% (Tabela 2). Destacaram-se ainda Ambulatório com 5,2%, Clínica Cirúrgica com 5,6% e Clínica Médica, Central Material de Esterilização (CME) e Centro Obstétrico (C.O.), todos três com o mesmo percentual de 4,5% (Tabela 2).

Dos auxiliares de enfermagem afastados por doença, 34,5% atuavam na Emergência, 8,2% na UTI – Adulto e 7,0% na CME. Entre os enfermeiros, 33,3% atuavam na Emergência, 23,8% na UTI – Adulto e 11,9% na Clínica Cirúrgica. Dos técnicos de laboratório, 73,7% atuavam no Laboratório, 21,1% no Banco de Sangue e 4,3% na Central de Controle da Infecção Hospitalar – CCIH (Tabela 3).

Em relação à forma de contratação, 70,0% dos profissionais tinham contrato de trabalho permanente (estatutário) e 30,0% tinham contrato de trabalho temporário, denominado Regime de Direito Administrativo (REDA). Não foram encontrados profissionais cooperados afastados por doença. A carga horária de trabalho semanal

mais frequente entre os profissionais de saúde afastados por doença foi de 40 horas semanais (59,5%), seguidas por 30 (36,0%) e 20 horas semanais (4,5%) (Tabela 4).

Com relação ao tempo de trabalho, observou-se que 60,0% tinham tempo de trabalho na instituição igual ou superior a 12,5 anos (≥ 150 meses) e 40,0% tinham menos de 12,5 anos (< 150 meses) de serviço (Tabela 5). Estes resultados apontam que os profissionais afastados por doença, no hospital estudado, possuem um elevado tempo de serviço no hospital, com uma média de $12,7 \pm 8,9$ anos.

Entre os estatutários, 85,9% apresentavam tempo de serviço igual ou superior a 12,5 anos (≥ 150 meses), a média do tempo de serviço foi de $17,5 \pm 5,9$ anos. Com relação à carga horária de trabalho, 85,0% apresentavam 40 horas semanais de trabalho (Tabela 5).

Entre os profissionais com contrato temporário afastados por doença, 100,0% tinham tempo de serviço na instituição inferior a 12,5 anos, com média de $1,4 \pm 1,0$ anos, porque o modelo de contrato utilizado tem prazo máximo de vigência de 4 anos; 95,0% apresentavam jornada de trabalho semanal de 30 horas, conforme estabelecido no contrato adotado.

Tabela 1 Distribuição dos trabalhadores de um hospital público do Estado da Bahia, afastados por doença, entre jul/2005-jun/2006, segundo variáveis sociodemográficas

<i>Variável</i>	<i>N*</i>	<i>%</i>
Sexo	267	100,0
Masculino	24	9,0
Feminino	243	91,0
Situação conjugal	255	100,0
Solteiro	109	42,7
Casado	133	52,2
Viúvo	04	1,6
Outros	09	3,5
Idade	262	100,0
< 40 anos	103	39,3
≥ 40 anos	159	60,7
Número de filhos	114	100,0
≤ 2	101	88,6
> 2	13	11,4

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Tabela 2 Categoria profissional e setor de trabalho dos trabalhadores de saúde afastados por doença em um hospital público do Estado da Bahia, jul/2005-jun/2006

<i>Variável</i>	<i>N*</i>	<i>%</i>
Categoria profissional	267	100,0
Auxiliar de enfermagem	171	64,0
Enfermeiro	42	15,7
Técnico de laboratório	19	7,1
Médico	9	3,4
Fisioterapeuta	8	3,0
Outras	18	6,8
Setor de trabalho	267	100,0
Emergência	80	30,0
UTI – adulto	25	9,4
Laboratório	18	6,7
Clínica cirúrgica	15	5,6
Clínica médica	12	4,5
CME	12	4,5
C.O.	12	4,5
Outros	93	34,8

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Tabela 3 Relação entre atividade profissional e setor onde atuavam os profissionais de saúde afastados por doença em um hospital público do Estado da Bahia, jul/2005-jun/2006

<i>Setor de trabalho / Categoria profissional</i>	<i>Auxiliar de enfermagem</i>		<i>Enfermeiro</i>		<i>Técnico de laboratório</i>	
	<i>N*</i>	<i>%</i>	<i>N*</i>	<i>%</i>	<i>N*</i>	<i>%</i>
Emergência	59	34,5	14	33,3	-	-
UTI – adulto	14	8,2	10	23,8	-	-
Laboratório	-	-	-	-	14	73,7
Clínica cirúrgica	-	-	5	11,9	-	-
Clínica médica	-	-	-	-	-	-
CME	12	7,0	-	-	-	-
CCIH	-	-	-	-	1	5,3
Banco de sangue	-	-	-	-	4	21,1
<i>Total</i>	171	100,0	42	100,0	19	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Tabela 4 Características do trabalho, tipo de contrato, carga horária de trabalho e tempo de trabalho no hospital dos profissionais de saúde afastados por doença em um hospital público do Estado da Bahia, entre jul/2005-jun/2006

<i>Variável</i>	<i>N*</i>	<i>%</i>
Tipo de contrato	267	100,0
Estável – estatutário	187	70,0
Temporário – REDA	80	30,0
Carga horária de trabalho	267	100,0
120 h mês/20 h semanais	12	4,5
180 h mês/30 h semanais	96	36,0
240 h mês/40 h semanais	159	59,5
Tempo de trabalho no hospital	265	100,0
< 12,5 anos	106	40,0
≥ 12,5 anos	159	60,0

*N** Resultados válidos, excluídas as perdas.

Tabela 5 Carga horária semanal e tempo de serviço dos profissionais afastados por doença em um hospital público do Estado da Bahia, jul/2005-jun/2006, segundo tipo de contrato

<i>Tipo de contrato</i>	<i>Estatutário</i>		<i>Temporário</i>	
	<i>N*</i>	<i>%</i>	<i>N*</i>	<i>%</i>
Carga horária de trabalho				
120 h mês/ 20 h semanais	08	4,3	04	5,0
180 h mês/ 30 h semanais	20	10,7	76	95,0
240 h mês/ 40 h semanais	159	85,0	-	-
<i>Total</i>	187	100,0	80	100,0
Tempo de trabalho no hospital				
< 12,5 anos	26	14,1	80	100,0
≥ 12,5 anos	159	85,9	-	-
<i>Total</i>	185	100,0	80	100,0

*N** Resultados válidos, excluídas as perdas.

Discussão

Barboza e Soler (2003), estudando afastamentos do trabalho por motivo de saúde entre profissionais de enfermagem, também encontraram o predomínio do sexo feminino, mas com idade entre 21 e 40 anos, situação também encontrada nos estudos de Pitta (2003) e Silva e Marziale (2000). Reis et al. (2003) e Raffone e Hennington (2005) encontraram resultados semelhantes, com predomínio do sexo feminino e idade igual e superior a 39 anos.

Andrade (1997) e Scavone (1997) apontam que o predomínio feminino entre as categorias profissionais

estudadas ocorre porque as mulheres são as responsáveis pelos cuidados sanitários nos espaços domésticos e nas instituições de saúde.

A elevada incidência de afastamentos entre os trabalhadores da enfermagem provavelmente se deve ao fato de constituírem o maior número de trabalhadores e por serem um dos grupos mais submetidos às precárias condições de trabalho no setor de saúde, especialmente nos hospitais (BARBOZA; SOLER, 2003; REIS et al. 2003; SILVA; MARZIALE, 2000).

Os médicos, apesar da baixa ocorrência de afastamentos verificada, devem adoecer tanto quanto todos os demais trabalhadores de saúde. Pesquisas identifica-

ram, por exemplo, elevada prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) nesta categoria (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006). Entretanto, sabe-se que estes profissionais possuem maior liberdade de controle das suas atividades nas instituições públicas, a exemplo de faltarem ao serviço sem terem de justificar com um atestado médico.

Dentre os setores onde mais ocorreram os afastamentos, destacou-se a Emergência, local caracterizado por situações de estresse, convivência com dor, sofrimento, morte e acidentes. O setor caracteriza-se também por longas jornadas, plantões, trabalhos manuais pesados e repetitivos, falta de equipamentos, quadro reduzido de trabalhadores, dentre outros problemas, realidade também do hospital estudado (SATO, 2002; ROLLO, 2002).

Se a Emergência possui características difíceis de trabalho, estas se agravam para o grupo de enfermagem, principalmente os de nível médio, para os quais a sobrecarga física, a divisão fragmentada de tarefas e a rigidez da estrutura hierárquica é maior (BARBOZA; SOLER, 2003; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005). A impossibilidade destes trabalhadores promoverem alterações na organização do trabalho, segundo Dejours (1992), constitui-se importante fator desencadeador de adoecimento.

O fato dos enfermeiros adoecerem nos mesmos setores dos auxiliares pode estar ligado ao fato de serem estes os responsáveis pela organização dos serviços, ou seja, à medida que os auxiliares faltam ao trabalho por adoecimento ou outro motivo, cabe ao enfermeiro reestruturar a equipe e garantir a qualidade da assistência, acumulando funções, o que a literatura aponta constituir fonte de adoecimento (BARBOZA; SOLER, 2003; REIS et al., 2003).

As UTI's também são identificadas como setores de elevado índice de adoecimento por terem elevada sobrecarga física e emocional e, sobretudo, pela alta exigência de qualificação profissional, pelo manuseio de equipamentos sofisticados, pelo acompanhamento ininterrupto dos pacientes, pelo ambiente, em geral, frio e isolado, sem contato com o restante da equipe e de acesso restrito aos familiares, que cobram mais cuidados desses profissionais (BARBOZA; SOLER, 2003; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005).

Entre os auxiliares de enfermagem com idade inferior a 40 anos, houve um predomínio dos que atuavam nas Clínicas Cirúrgica, Médica e Materno-Infantil. Os auxiliares com idade igual e maior de 40 anos atuavam mais na Emergência e na UTI – Adulto, talvez porque estes setores necessitem de maior contingente de auxiliares de enfermagem e de maior qualificação profissional (BARBOZA; SOLER, 2003; SILVA; MARZIALE, 2000).

Entre os enfermeiros, observou-se que os de idade inferior a 40 anos atuavam predominantemente na UTI. Pode-se apontar que a especialização para o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva é mais frequente en-

tre os enfermeiros mais novos do que entre os que estão há mais tempo no mercado de trabalho, visto que esta é uma especialidade recente. As primeiras pós-graduações na área de enfermagem iniciaram-se em 1972, em São Paulo (DUCCI et al., 2007).

Encontrou-se o predomínio de contratos permanentes, similarmente ao encontrado nos estudos de Reis et al. (2003) e de Nascimento Sobrinho (2006). Outros estudos consultados não fizeram referência ao tipo de contrato, questão que merece maior investigação, pois a informalidade estimulada pelos setores privado e público vem favorecendo a desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas com potenciais efeitos sobre a saúde (ANTUNES, 2000; TAVARES, 2004).

Como em geral os funcionários permanentes são em maior número, é esperado um percentual maior de adoecimento entre os mesmos. Reis et al. (2003) argumentam que os estatutários, por serem permanentes e terem estabilidade, sentem-se mais seguros em se afastarem do trabalho. Contudo, aqueles autores admitem que o maior tempo de trabalho no hospital possa também ter contribuído para a redução da capacidade para o trabalho e para o adoecimento desses trabalhadores.

No que diz respeito à jornada de 40 horas semanais, os estudos apontam que, quanto maior as horas trabalhadas, maiores o desgaste e o adoecimento. Portanto, ao agregar uma intensa jornada às precárias condições de trabalho, típicas dos hospitais, aumentam-se as possibilidades de adoecimento entre os profissionais de saúde, conforme observado neste estudo e por outros autores (RAFFONE; HENNINGTON, 2005; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006).

Em relação ao tempo de serviço, observa-se que esses profissionais estão envelhecendo no hospital, principalmente os permanentes. Segundo Raffone e Hennington (2005), considerando que o envelhecimento funcional é a perda da capacidade para o trabalho e que, em geral, começa a ser percebido antes do envelhecimento cronológico, ações de promoção da saúde podem diminuir ou até prevenir o adoecimento e a incapacidade, assim como a aposentadoria precoce.

Considerações finais

Os resultados encontrados neste estudo revelaram que os profissionais de saúde afastados por doença em um hospital público do Estado da Bahia, no período de 1º de julho de 2005 a 30 de junho de 2006, são predominantemente do sexo feminino, com idade igual e superior a 40 anos, com tempo de serviço igual e superior a 12,5 anos. Associado a essas características estão o vínculo de trabalho estatutário e permanente e o predomínio da jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Entre os setores de trabalho, destacaram-se a Emergência e a UTI como os locais onde atuava a maior parte

dos trabalhadores afastados por doença. Com relação ao grupo profissional, encontrou-se predominância dos profissionais de Enfermagem. Os resultados apontaram, ainda, que o grupo de Enfermagem apresentou uma elevada incidência de afastamento por doença, dentre todos os grupos que atuavam no hospital estudado.

Referências

- ANDRADE, M. L. A. G. A saúde no trabalho de homens e mulheres: uma visão de gênero. In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. (Org.). *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiânia: AB, 1997. p. 29-38.
- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a06.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2006.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- DUCCI, A. J. et al. Produção científica brasileira de enfermagem em terapia intensiva de 1995 a 2004. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 216-222, jun. 2007.
- FARIA, A. F.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 14-20, jan./mar. 2005.
- GASPAR, P. J. S. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectivas do enfermeiro do serviço de urgência. Lisboa, *Nursing* - ed. Portuguesa, v. 10, n. 109, p. 23-24, 1997.
- GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 99-106, jan./fev. 2006.
- MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, jan. 1998.
- MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 124-127, dez. 2000.
- NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 97-102, mar./abr. 2006.
- NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, F. M. Transformações no trabalho médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 129-135, 2005.
- NORUŠIS, M. J. *SPSS 9.0 guide to data analysis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1999.
- PITTA, A. M. F. *Hospital: dor e morte como ofício*. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.
- RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 669-676, ago. 2005.
- REIS, R. J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-623, out. 2003.
- ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 321-352.
- SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1147-1157, set./out. 2002.
- SCAVONE, L. Saúde e gênero: impactos na família das doenças profissionais causadas pelo uso do amianto. In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. (Org.). *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiânia: AB, 1997. p. 39-50.
- SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out. 2000.
- TAVARES, M. A. *Os fios (in)visíveis da produção capitalista: informalidade e precarização do trabalho*. São Paulo: Cortez, 2004.

Markus V. Nahas¹
Fabiana Maluf Rabacow¹
Sílvia do Valle Pereira²
Adriano Ferreti Borgatto¹

Reprodutibilidade de uma escala para avaliar a percepção dos trabalhadores quanto ao ambiente e às condições de trabalho

Test and retest reliability of a scale to measure workers' perception of work environment and working conditions

¹ Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde – NuPAF, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

² Consultoria em Responsabilidade Corporativa – Serviço Social da Indústria – SESI-SC

Contato:

Markus V. Nahas
Universidade Federal de Santa Catarina
/ Centro de Desportos
Campus Universitário – Trindade,
Florianópolis, SC
CEP: 88.040-900
E-mail:
markus@cds.ufsc.br

Resumo

Objetivo: Apresentar as características gerais e avaliar a reprodutibilidade da escala *Perfil do ambiente e condições de trabalho*. **Método:** A escala foi submetida à validação de face e de conteúdo por três especialistas, além de aplicação piloto. Responderam ao instrumento, em duas ocasiões, com intervalo de uma semana, 122 trabalhadores da indústria, de ambos os sexos e diferentes graus de escolaridade. A média de idade foi de 29 anos (DP=8,44). A escala foi estruturada com cinco componentes principais, cada um com três itens. Utilizou-se o Coeficiente Kappa para comparações das frequências de respostas nas duas aplicações, de forma global e para cada um dos cinco componentes da escala. **Resultados:** A análise global resultou no coeficiente igual a 0,64, com 77,6% de concordância das respostas (valor considerado *substancial*). **Conclusão:** A escala proposta foi estruturada a partir das evidências da literatura e análise de especialistas, sendo de fácil compreensão e aplicação rápida. O teste de reprodutibilidade da escala para avaliação do perfil do ambiente e das condições de trabalho mostrou níveis de concordância substanciais, portanto, aceitáveis para reprodutibilidade, justificando sua aplicação em estudos que envolvam trabalhadores da indústria, de ambos os sexos e diversas funções, mas com escolaridade superior ao Ensino Fundamental.

Palavras-chave: trabalhadores, escalas, ambiente de trabalho, condições de trabalho.

Abstract

Objective: To introduce the scale *Profile of Work Environment and Working Conditions* and assess its degree of test-retest reliability. **Methods:** The scale was submitted to three experts for face and content validity, and pilot-tested with a group of industry workers. For reliability analysis, the instrument was applied twice, one week apart, to 122 industrial workers, males and females, with different educational backgrounds. Average age was 29 years (SD=8.44). The scale included five components, with three items in each one. The Kappa coefficient was utilized to compare test and re-test agreement, both globally and for each component of the scale. **Results:** Kappa coefficient for the entire scale was 0.64, with 77.6% agreement between applications. **Conclusion:** the scale was structured following evidences from the literature and experts' analyses, being easy to respond by workers, in a short period of time. The reliability coefficients of the scale indicated that the test has good (substantial) level of reproductibility when applied to workers of both sexes, and diverse types of jobs, but with educational level above elementary school.

Keywords: workers, scales, work environment, working conditions.

Recebido: 08/05/2009
Revisado: 17/07/2009
Aprovado: 21/08/2009

Introdução

O conceito de qualidade de vida e, em particular, de qualidade de vida do trabalhador (QVT) vem ganhando destaque, tanto no meio acadêmico, quanto empresarial, por seu valor em todos os segmentos da sociedade. A ideia de que se pode derivar alguma satisfação e felicidade do trabalho é uma concepção recente, visto que, historicamente, trabalho era sinônimo de sacrifício, quando não, de castigo.

Do trabalho escravo, passando pela revolução industrial, até a era da tecnologia e da informática, chegou-se ao mundo contemporâneo do trabalho, com mudanças significativas nas demandas sobre o organismo humano. Do desgaste essencialmente físico, decorrente das pesadas cargas de trabalho e das longas jornadas em ambiente muitas vezes insalubre, chegou-se a uma configuração de trabalho com pouca demanda física, mas reconhecida como mental e espiritualmente pouco saudável. Este formato predominante do trabalho no mundo atual, com grande competitividade e enorme demanda psicossocial, vem instigando estudos de diferentes áreas do conhecimento (ASSUNÇÃO, 2003; VASCONCELOS, 2001).

Há uma tendência de se buscar a adequação dos ambientes e das condições de trabalho ao ser humano de forma a garantir tanto a sustentabilidade econômica quanto o bem-estar e a qualidade de vida (PEREIRA, 2001; VILARTA; GONÇALVES, 2004; METZNER; FISCHER, 2001; KERN, 1997). Há muitas evidências de que o ambiente e as condições de trabalho (além dos estilos de vida) têm grande influência na saúde e na qualidade de

vida de todos os indivíduos. Expressões como satisfação no trabalho, salário adequado, sucesso na carreira, bens adquiridos, relações sociais, disposição, entre outras, têm sido cada vez mais associadas ao conceito de qualidade de vida, pois grande parte de nossa vida acontece no ambiente de trabalho (SUCESSO, 1998).

No contexto de vida atual, fatores socioambientais (o ambiente e as condições de trabalho, no caso do indivíduo trabalhador) somados a fatores individuais (estilo de vida) resultam na percepção do bem-estar geral do indivíduo, o que reflete a sua qualidade de vida.

Mesmo com algumas limitações, o uso de questionários e escalas para avaliar constructos como a qualidade de vida tem predominado por sua simplicidade, de baixo custo e abrangência (THOMAS; NELSON, 2002). As principais limitações estão na imprecisão das respostas e na falta de um processo de construção e validação adequados (BARROS; NAHAS, 2000). Características psicométricas dos instrumentos, como a validade e a reprodutibilidade, devem ser consideradas quando se deseja medir qualquer variável.

Este trabalho tem por objetivo apresentar as características gerais e o grau de reprodutibilidade de um instrumento denominado *Perfil do ambiente e condições de trabalho*, desenvolvido para adultos trabalhadores. Esta escala, acompanhada de um registro pictorial dos resultados, pode servir como um instrumento educacional e motivacional a ser utilizado com adultos trabalhadores¹. O constructo “ambiente e condições de trabalho”, que se pretende avaliar com a escala, serve, também, como uma das dimensões no modelo de qualidade de vida do trabalhador, proposto por Nahas (2006, p. 14).

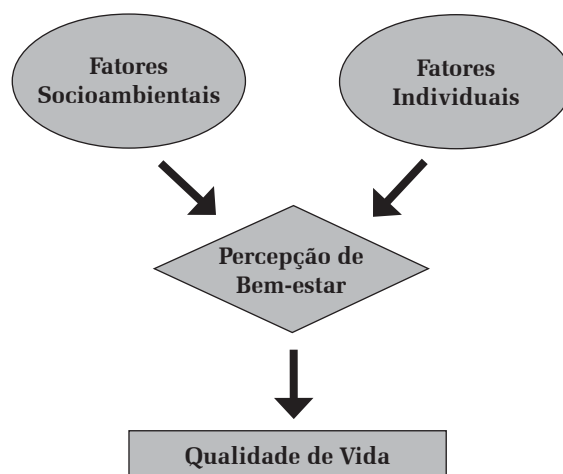


Figura 1 Qualidade de vida: um modelo conceitual (NAHAS, 2006, p. 14)

¹ Disponível em: www.nupaf.ufsc.br

Métodos

Amostra

A amostra foi composta por 122 trabalhadores da indústria catarinense, selecionados por conveniência em diferentes empresas, de ambos os sexos, com idade média de 29 anos (DP=8,44 anos), em diferentes funções e com diferentes graus de escolaridade.

Características da escala

Uma versão preliminar do instrumento *Perfil do ambiente e condições de trabalho* foi utilizada inicialmente por Pereira (2001). A escala foi submetida à validação de face e conteúdo por três especialistas da área (professores doutores da UFSC). Além disso, foi realizada uma aplicação piloto com trabalhadores da indústria, o que serviu para observações quanto à pertinência dos itens, ao grau de dificuldade e ao tempo necessário para responder.

A estrutura da escala (cinco componentes principais, com três itens em cada componente) tem como base o modelo teórico do *Pentáculo do bem-estar* (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000) e o instrumento derivado deste modelo que avalia o *Perfil do estilo de vida* (NAHAS, 2006). Este instrumento mostrou boa reprodutibilidade, com coeficiente de concordância

entre duas medidas realizadas, variando entre 74% e 93% nos diversos componentes (BOTH et al., 2008).

Considerando as informações da literatura corrente e a opinião de especialistas, os cinco componentes escolhidos como indicadores socioambientais, relacionados à qualidade de vida do trabalhador, foram: ambiente físico, ambiente social, desenvolvimento e realização profissional, remuneração e benefícios e relevância social do trabalho. Cada componente é composto por três itens, com respostas numa escala Likert de zero a três, sendo que: 0 corresponde à condição ruim; 1, regular; 2, boa; e 3, excelente (Quadro 1).

Análise dos dados

Para verificar o grau de concordância entre a primeira e a segunda aplicação (com uma semana de intervalo), utilizou-se o índice de concordância Kappa através do programa SAS (versão 8.02). De acordo com o critério de Landis e Koch (1997), os valores do coeficiente de Kappa maiores do que 0,80 representam concordância “quase perfeita”; entre 0,60 e 0,80, “substancial”; entre 0,40 e 0,60, “moderada”; e abaixo de 0,40 representam concordância “fraca”.

Foram realizadas comparações das frequências de respostas nas duas aplicações para cada um dos cinco componentes da escala, considerando-se os diversos agrupamentos na amostra (sexo, função e escolaridade).

Quadro 1 Componentes principais e itens da escala *Perfil do ambiente e condições de trabalho*

<i>Componente</i>	<i>Itens</i>
Ambiente físico	Condições de limpeza e iluminação do local de trabalho
	Adequação ergonômica do mobiliário e dos equipamentos
	Condições de ruído e temperatura
Ambiente social	Relacionamento com os demais trabalhadores
	Relacionamento com o(s) chefe(s) imediato(s)
	Oportunidades para expressar opiniões relacionadas ao trabalho
Desenvolvimento e realização profissional	Oportunidades de crescimento e aperfeiçoamento profissional oferecidos pela empresa
	Nível de conhecimento / habilidade para realizar as tarefas
	Grau de motivação e ânimo ao chegar para trabalhar
Remuneração e benefícios	Remuneração em relação ao trabalho realizado
	Benefícios de saúde oferecidos pela empresa aos trabalhadores
	Oportunidades de lazer e congraçamento entre trabalhadores e familiares
Relevância social do trabalho	Imagem da empresa perante a sociedade
	Relevância do trabalho para a empresa e a sociedade
	Nível de equilíbrio entre a vida profissional e pessoal/familiar

Resultados e discussão

Na Tabela 1, são apresentados os valores da estatística Kappa para cada componente, seus respectivos intervalos de confiança e a porcentagem de concordância das respostas nas duas aplicações.

Todos os componentes apresentam níveis de concordância “substancial”, com exceção do componente “relevância social do trabalho”, que apresenta nível “moderado”.

Na análise geral, envolvendo todos os componentes, encontrou-se um coeficiente de Kappa de 0,63 (IC95%: 0,60; 0,66), representando 77,6% de concordância das respostas entre o teste e o reteste (valor “substancial”).

Nesta amostra, apenas o “grau de escolaridade” mostrou-se discriminante no grau de reprodutibilidade da escala, sendo o coeficiente de Kappa menor para os trabalhadores que possuem apenas o Ensino Fundamental (Tabela 2). Isto indica a menor validade da escala para trabalhadores com menor grau de escolaridade, principalmente para os componentes “ambiente social” e “relevância social do trabalho”.

Os resultados obtidos das medidas de reprodutibilidade apresentam-se satisfatórios em geral e para quatro dos cinco componentes da escala.

Em síntese, este instrumento representa uma boa opção para o levantamento de informações sobre fatores relacionados ao perfil do ambiente e às condições de trabalho, podendo ser empregado com respondentes que possuam escolaridade maior que o Ensino Fundamental.

Tabela 1 Índice de concordância Kappa e concordância relativa com relação à cada componente da escala

<i>Componente</i>	<i>Kappa</i>	<i>IC 95%</i>	<i>Concordância</i>
Ambiente físico	0,60	0,53; 0,67	74,9%
Ambiente social	0,61	0,53; 0,68	77,3%
Desenvolvimento e realização profissional	0,63	0,56; 0,70	78,4%
Remuneração e benefícios	0,72	0,66; 0,78	81,8%
Relevância social do trabalho	0,55	0,47; 0,63	75,5%
Geral	0,63	0,60; 0,66	77,6%

Tabela 2 Índice de concordância Kappa e intervalos de confiança (95%) para cada componente, segundo o grau de escolaridade

<i>Componente</i>	<i>Grau de escolaridade</i>			
	<i>Fundamental</i>	<i>Médio</i>	<i>Superior</i>	<i>Pós-graduação</i>
Ambiente físico	0,40 (0,17; 0,63)	0,60 (0,48; 0,73)	0,62 (0,50; 0,73)	0,62 (0,44; 0,80)
Ambiente social	0,32 (0,08; 0,57)	0,59 (0,46; 0,72)	0,65 (0,53; 0,77)	0,62 (0,45; 0,79)
Desenvolvimento e realização profissional	0,49 (0,27; 0,71)	0,64 (0,52; 0,77)	0,64 (0,52; 0,77)	0,57 (0,40; 0,75)
Remuneração e benefícios	0,41 (0,18; 0,63)	0,76 (0,65; 0,86)	0,76 (0,66; 0,86)	0,73 (0,58; 0,87)
Relevância social do trabalho	0,33 (0,10; 0,56)	0,53 (0,38; 0,67)	0,63 (0,50; 0,76)	0,66 (0,48; 0,83)

Referências

- ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1011-1026, 2003.
- BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Reprodutibilidade (teste-reteste) do questionário internacional de atividade física - versão 6: um estudo piloto com adultos no Brasil. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Brasília, v. 8, n. 1, p. 23-26, 2000.
- BOTH, J. et al. Validação da escala "perfil do estilo de vida individual". *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Pelotas, v. 13, n. 1, p. 5-14, 2008.
- KERN, F. A. *Qualidade de vida do trabalhador: o desafio da construção de índices*. Porto Alegre: SESI, PUCRS, 1997. Relatório de pesquisa.
- LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, United States, v. 33, n. 1, p. 159-174, 1997.
- METZNER, R. J.; FISCHER, F. M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 548-553, dez. 2001.
- NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.
- NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. L. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida dos indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Pelotas, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.
- PEREIRA, S. V. *Contribuição do programa de ginástica na empresa (SESI-SC) na mudança do estilo de vida dos participantes e na melhoria das relações interpessoais nas organizações*. 2001. 97 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- SUCESSO, E. P. B. *Trabalho e qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Qualitymark, Dunya, 1998.
- THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. *Métodos de pesquisa em atividade física*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 23-35, jan./mar. 2001.
- VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de vida e o mundo do trabalho. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Org.). *Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática*. Barueri: Manole, 2004. p. 103-139.

Suicide et travail, que faire?

DEJOURS, Christophe; BÈGUE, Florence. Paris: PUF, 2009. 129p.

Mais um livro de Christophe Dejours, o autor dos conhecidos: *A loucura do trabalho* e *A banalização da injustiça social*, foi publicado. Trata-se de *Suicide et travail, que faire?*¹, em coautoria com Florence Bègue, publicado em setembro de 2009, pela PUF, na França. Não poderia haver ocasião mais propícia. Uma nova onda de suicídios no trabalho, desta vez na *France Télécom*, acabara de ser noticiada: nada menos que vinte e quatro trabalhadores se suicidaram nos últimos dezoito meses (de fevereiro de 2008 até 7 de outubro de 2009²). A empresa, recentemente privatizada, estava sendo submetida a processos de “reestruturação produtiva”, entre estes, uma diminuição importante do número de empregados. O caso foi tão chocante que até o presidente da república se manifestou e o vice-presidente executivo da empresa foi obrigado a renunciar ao seu cargo. Alguns anos antes, também tinham sido noticiados casos de suicídios em outras empresas, como a *Renault*, a *Peugeot* e a *Électricité de France*. “Na realidade”, diz Dejours, “os suicídios nos locais de trabalho se produzem em meios sociais muito diferentes: hospitais, estabelecimentos escolares, construção civil, indústrias eletrônicas, serviços bancários, novas tecnologias, serviços comerciais de empresas multinacionais, etc.”. E o fenômeno não se restringe à França: suicídios e tentativas de suicídios nos locais de trabalho acontecem na maior parte dos países ocidentais desde os anos 1990, nos informa ele.

Por quê? Esta é a primeira pergunta que o livro pretende responder. Diz Dejours:

A multiplicação atual de suicídios no trabalho não resulta apenas de injustiças, da desgraça ou de assédios. Resulta principalmente da experiência atroz do silêncio dos outros, do abandono pelos outros, da recusa de testemunhar dos outros, da covardia dos outros. A injustiça ou o assédio que, em outro momento, teriam sido uma experiência penosa ou dolorosa podem, no contexto de hoje, degenerar brutalmente para uma crise de identidade.

É, pois, a desestruturação da solidariedade no trabalho, a falta de um bom convívio no trabalho e a solidão que isto acarreta que chamam a atenção de Dejours.

Desde 1980, ele vem insistindo em que a saúde mental está estreitamente ligada à organização do trabalho. “Não há neutralidade possível do trabalho em relação à saúde mental”, diz. Por isso, quando se ob-

serva o surgimento de fenômenos como o aumento de transtornos mentais ou de casos de suicídio no trabalho, descobre-se que algo mudou na organização do trabalho. Ele elenca três grandes mudanças para explicar a “epidemia” de suicídio e a solidão no trabalho com ela relacionada: 1 - Privilegiar a gestão em detrimento do trabalho, 2 - A generalização da avaliação individual de desempenho e 3 - A “qualidade total”.

Privilegiar a gestão em detrimento do trabalho é a constatação da hegemonia dos novos métodos de gestão, introduzidos nas empresas desde fins dos anos 1980 e, principalmente, início dos anos 1990. Eles levaram à “gestão por metas” e a novos e mais potentes instrumentos de controle. À resistência que encontraram por parte dos trabalhadores, que reclamavam de uma perda de qualidade no trabalho e da desconsideração de seu *savoir faire*, as empresas responderam com o afastamento dos mais experientes (e, em geral, mais resistentes) e com a transferência de muitas tarefas técnicas a empresas terceirizadas, libertando-se, assim, das exigências dos contratos de trabalho estáveis. Com isso, o poder de resistência dos trabalhadores diminuiu, a precarização aumentou, o número de trabalhadores se reduziu e aumentaram os lucros. Segundo Dejours, estes novos métodos de gestão promoveram uma desqualificação do trabalho bem feito, que é mal suportada pelos trabalhadores. É que ela ataca um dos fundamentos da saúde mental, mais precisamente o reconhecimento do trabalho, através do qual cada um se torna membro de uma comunidade de pertencimento, de um coletivo de trabalho, o que é fundamental para a sua identidade. “A identidade é a armadura da saúde mental”, explica Dejours.

De modo que quando um trabalhador se beneficia do reconhecimento, ele pode tirar vantagens no registro da construção de sua saúde mental. Por outro lado, quando este reconhecimento lhe é negado ou retirado, ele corre o risco de uma desestabilização da identidade e do prazer provocado na relação de si consigo mesmo, no amor de si (narcisismo). A relação com o trabalho pode gerar o melhor, mas também o pior: a crise de identidade e a descompensação psicopatológica.

Quanto à generalização da avaliação individual de desempenho, chamada pelo autor de um novo método de organização do trabalho, a crítica é que não se

¹ Suicídio e trabalho: o que fazer?

² Data em que foi escrito este texto.

sabe se ela pretende medir o trabalho ou os resultados do trabalho. De qualquer modo, suas bases científicas estão erradas, porque não se pode medir o trabalho e também porque não há nenhuma proporcionalidade entre o trabalho e o resultado do trabalho. A avaliação individual de desempenho é um método falso que gera sentimentos de injustiça com efeitos deletérios na saúde mental e introduz a concorrência entre os trabalhadores, diz Dejours. Se ela for usada como base para um sistema de gratificação financeira, o clima se deteriora e se, além disso, for usada com punição, provoca rivalidades e comportamentos desleais. A solidariedade desaparece e surge a desconfiança. Cada um fica sozinho, na solidão, e a vítima da injustiça não sabe mais se o silêncio dos outros é uma traição ou um julgamento desfavorável compartilhado por todos. O trabalhador pode entrar numa espiral de depressão e de derrota que pode levá-lo até ao suicídio.

Finalmente, a terceira grande mudança citada é a “qualidade total”. Considerada por Dejours, sobretudo, como um *slogan* acompanhado de múltiplas medidas, como declarações de autonomia e adoção de sistemas de controles administrativos extremamente pesados, padronizados e registrados, uma vez que pretendem seguir o curso de cada operação, a qualidade total resulta num grande aumento da carga de trabalho. Outro efeito negativo é que ela induz o trabalhador a praticar fraudes, a trair a ética profissional e a si mesmo para estar “em conformidade” com as prescrições da norma.

Todas essas três mudanças não são frutos da fatalidade: alguém as inventou, outros decidiram implantá-las e, finalmente, muitos aceitaram se submeter às suas regras. O que significa que tudo pode ser revertido e que se pode “repensar as relações de trabalho sob descrições científicas diferentes das que prevaleceram no período recente”. É aí que entra a proposta de Dejours de intervir na situação.

A segunda parte do livro trata exatamente da história de uma intervenção em uma empresa francesa onde houve vários casos de suicídio na década de 1990 e onde o clima era de medo, violência, insegurança e desconfiança. É de autoria de Florence Bègue, a psicóloga consultora encarregada pelo diretor de recursos humanos da empresa, de compreender o que estava se passando. Ela conta todos os passos que seguiu para compreender a situação, todas as dificuldades que enfrentou e também como conseguiu vencer vários bloqueios e resistências, num trabalho lento, paciente e demorado de dezoito meses, que culminou com o estabelecimento de certas conquistas que permitiram a sua retirada da empresa sem que a condução das suas iniciativas, de melhor relacionamento entre todos, fosse interrompida. A base de todo o seu trabalho foi a de não deixar o silêncio se instalar. Pois, como diz Dejours:

Quando a situação de trabalho se degrada a um ponto tal que surgem os suicídios, o silêncio se instala. Para poder pensar e elaborar a experiência do trabalho vivo é preciso passar pela palavra, inevitavelmente. Pois falar a alguém que escuta é e será sempre o mais potente meio de catalisar o pensamento.

A análise da intervenção psicodinâmica nesta empresa é a terceira e última parte do livro e foi escrita por Dejours. Ele comenta o trabalho de Bègue e nele destaca nove princípios que considera necessários para uma intervenção deste tipo (que chama de enquete ação) e que são os seguintes: 1 - Bom domínio das referências teóricas; 2 - Independência do profissional que vai realizar o trabalho; 3 - O trabalho da demanda, “etapa incontornável da enquete”; 4 - A formação de uma equipe de intervenção; 5 - O papel da equipe de apoio externo; 6 - O papel do coletivo de pilotagem interno; 7 - As entrevistas individuais; 8 - As entrevistas coletivas; 9 - A enquete como ação. Mais esclarecimentos sobre cada um destes princípios, só mesmo com a leitura do livro; quem tiver muita pressa, terá que ler o original em francês; se não, aguardar a tradução brasileira que certamente não tardará. Enquanto não chegar, aqui vai uma indicação de outros livros de Dejours já publicados no Brasil:

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Tradução Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

_____. *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

_____. *Repressão e subversão em psicossomática. Pesquisas psicanalíticas sobre o corpo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

_____. *O fator humano*. Tradução Maria Irene Stocco Betiol. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

_____. *A banalização da injustiça social*. Tradução Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

_____. *Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. Tradução Ana Carla Fonseca Reis. São Paulo: Fundap, EAES/FGV, 1999.

_____. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Tradução Franck Soudant. Organizadores Selma Lancman e Laerte Idal Sznelwar. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Brasília: Paralelo 14, 2004.

_____. *A avaliação do trabalho submetida a prova do real – críticas aos fundamentos da avaliação*. In: SZNELWAR, L. I.; MASCIA, F. (Orgs.). *Trabalho, tecnologia e organização*. São Paulo: Blucher, 2008.

Leda Leal Ferreira
Pesquisadora da Fundacentro
leda@fundacentro.gov.br

Agradecimento aos consultores ad hoc desta edição

Adriana Cristina S. Melzer – São Paulo
Ana Fátima V. Badaró – UFSM, Rio Grande do Sul
Andréa Maria Silveira – UFMG, Minas Gerais
Anna Maria Chiesa – USP, São Paulo
Carlos Machado de Freitas – Fiocruz, Rio de Janeiro
Eloisa Dutra Caldas – UnB, Brasília, DF
Eugênio Paceli Hatem Diniz – Fundacentro, Minas Gerais
Everardo Andrade da Costa – Unicamp, Campinas
Fátima Sueli Neto Ribeiro – UERJ, Rio de Janeiro
Flora M. G. Vezzà – USCS, Santa Catarina
Francisco de Paula Antunes Lima – UFMG, Minas Gerais
Hermano Albuquerque de Castro – Fiocruz, Rio de Janeiro
Ieda Chaves Pacheco Russo – PUC, São Paulo
Ildeberto Muniz de Almeida – Unesp, Botucatu
Irlon de Ângelo da Cunha – Fundacentro, São Paulo
Leandro Gobbo Braz – Unesp, Botucatu
Leticia Marin-Leon – Unicamp, Campinas
Liliana Andolpho Magalhães Guimarães – UCDB, Mato Grosso do Sul
Lys Esther Rocha – USP, São Paulo
Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro – FCMSCSP, São Paulo
Marcelo Motta Veiga – Fiocruz, Rio de Janeiro
Maria da Graça Correa Jacques – UFRGS, Rio Grande do Sul
Maria Helena Paluci Marziale – USP, Ribeirão Preto
Mario César Ferreira – UnB, Brasília
Neusa Maria Costa Alexandre – Unicamp, Campinas
Nilton Luiz Menegon – UFSCar, São Carlos
Paulo Alves Maia – Fundacentro, Campinas
Paulo José Adissi – UFPB, Paraíba
Regina Heloisa Maciel – UECE e Unifor, Ceará
Renato Peixoto Veras – UERJ, Rio de Janeiro
Roberto Cruz – UFSC, Santa Catarina
Roberto Heleoni – Unicamp e FGV, Campinas e São Paulo
Selma Lancman – USP, São Paulo
Selma Borghi Venco – Unicamp, Campinas
Silmara Cimbalista – FAE e Iparde, Curitiba
Sílvia Helena de Araújo Nicolai – Fundacentro, São Paulo
Sonia Maria Moreira Carvalho – IBGE, Rio de Janeiro
Sonia Regina Pereira Fernandes – Unifacs, Salvador
Ubiratan de Paula Santos – USP, São Paulo
Victor Wünsch Filho – USP, São Paulo
Zilda Pereira da Silva – Seade, São Paulo

Normas para publicação na Revista

Instruções ao autores

As opiniões emitidas pelos autores são de sua inteira responsabilidade.

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento de princípios éticos e ao atendimento das legislações pertinentes a esse tipo de pesquisa no país em que foi realizada.

A RBSO apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS (<http://www.who.int/ictrp/en/>) e do *International Committee of Medical Journal Editors* - ICMJE (<http://www.wame.org/wamestmt.htm#trialreg> e http://www.icmje.org/publishing_10register.html, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE: http://www.icmje.org/faq_clinical.html. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

É de responsabilidade do(s) autor(es) promover(em) as devidas revisões gramaticais no texto encaminhado, bem como se preocupar com a obtenção de autorização de direitos autorais com relação ao uso de imagens, figuras, tabelas, métodos etc. junto a outros autores ou editores, quando for o caso.

Modalidades de contribuições

Artigo: contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Revisão: avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto; deve-se citar o objetivo da revisão, especificar (em métodos) os critérios de busca na literatura e o universo pesquisado, discutir os resultados obtidos e sugerir estudos no sentido de preencher lacunas do conhecimento atual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Ensaio: reflexão circunstanciada, com redação adequada ao escopo de uma publicação científica, com maior liberdade por parte do autor para defender determinada posição que vise a aprofundar a discussão ou que apresente nova contribuição/abordagem a respeito de tema relevante (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Relato de experiência: relato de caso original de intervenção ou de experiência bem-sucedida; deve indicar uma experiência inovativa, com impactos importantes e que mostre possibilidade de reprodutibilidade. O manuscrito deve explicitar a caracterização do problema e a descrição do caso de forma sintética e objetiva; apresentar e discutir seus resultados, podendo, também, sugerir recomendações; deve apresentar redação adequada ao escopo de uma publicação científica, abordar a metodologia empregada para a execução do caso relatado e para a avaliação dos seus resultados, assim como referências bibliográficas pertinentes (até 56.000 caracteres, incluindo espaços, excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Comunicação breve: relato de resultados parciais ou preliminares de pesquisas ou divulgação de resultados de estudo de pequena complexidade (até 15.000 caracteres, incluindo espaços, excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Resenha: análise crítica sobre livro publicado nos últimos dois anos (até 11.200 caracteres, incluindo espaços).

Carta: texto que visa a discutir artigo recente publicado na revista (até 5.600 caracteres, incluindo espaços).

Processo de julgamento das contribuições

Os trabalhos submetidos em acordo com as normas de publicação e com a política editorial da RBSO serão avaliados pelo Editor Científico que considerará o mérito da contribuição. Não atendendo, o trabalho será recusado. Atendendo, será encaminhado a consultores *ad hoc*.

Cada trabalho será avaliado por, ao menos, dois consultores de reconhecida competência na temática abordada.

Com base nos pareceres emitidos pelos consultores, o Editor Científico decidirá quanto à aceitação do trabalho, indicando, quando necessário, que os autores efetuem alterações no mesmo, o que será imprescindível para a sua aprovação. Nestes casos, o não cumprimento

dos prazos estabelecidos para as alterações poderá implicar na recusa do trabalho.

A recusa de um trabalho pode ocorrer em qualquer momento do processo, a critério do Editor Científico, quando será emitida justificativa ao autor.

O processo de avaliação se dará com base no anonimato entre as partes (consultor-autor).

A secretaria da revista não se obriga a devolver os originais dos trabalhos que não forem publicados.

Conflitos de interesses

Autores, revisores e editores devem explicitar possíveis conflitos de interesses, evidentes ou não, relacionados à elaboração ou avaliação de um manuscrito submetido. Os conflitos podem ser de ordem financeira/comercial, acadêmica, política ou pessoal. Todas as formas de apoio e financiamento à execução do trabalho apresentado pelo manuscrito submetido devem ser explicitadas pelos autores. O revisor/avaliador também deve apresentar à editoria da revista eventuais conflitos de interesses que possam influenciar a sua análise ou opinião e manifestar, quando for o caso, a impropriedade ou inadequação de sua participação como revisor de um determinado manuscrito.

Preparo dos trabalhos

Serão aceitas contribuições originais em português ou espanhol.

O texto deverá ser elaborado empregando fonte *Times New Roman*, tamanho 12, em folha de papel branco, com margens laterais de 3 cm e espaço simples e devem conter:

Página de rosto

a) Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Deve ser pertinente, completo e sintético. Deve incluir informação geográfica (localidade) e temporal (período de realização do estudo), quando apropriado.

b) Nome e sobrenome de cada autor.

c) Instituição a que cada autor está filiado.

d) Nome, endereço, telefone e endereço eletrônico do autor de contato, para troca de correspondência com a secretaria / editoria da RBSO.

e) Nome de um dos autores, com respectivo endereço postal e endereço eletrônico, para publicação no artigo como forma de contato com os autores.

f) Se o trabalho foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se o trabalho foi baseado em tese, indicar título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se o trabalho foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

i) Local e data do envio do artigo.

Corpo do texto

a) Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês.

b) Resumo: Os manuscritos para as seções artigos, revisões e ensaios devem ter resumo na língua principal (português ou espanhol) e em inglês, com um máximo de 1.400 caracteres cada, incluindo espaços.

c) Palavras-chaves / descritores: Mínimo de três e máximo de cinco, apresentados na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Sugere-se aos autores que utilizem o vocabulário controlado DeCS (<http://decs.bvs.br>), adotado pela LILACS.

d) O desenvolvimento do texto deve atender às formas convencionais de redação de artigos científicos.

e) Citações: A revista se baseia na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 10520, versão de 2002. As citações entre parênteses devem ser feitas em caixa alta (maiúsculas) e fora de parênteses em caixa baixa (minúsculas). As citações indiretas ao longo do texto devem trazer o sobrenome do autor e ano da publicação, como em Souza (1998) ou (SOUZA, 1998). Para dois autores: Lima e Araújo (2006) ou (LIMA; ARAÚJO, 2006). Quando houver três autores: Vilela, Iguti e Almeida (2004) ou (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004). No caso de citações com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro autor deverá aparecer, acrescido de et al., como em Silva et al. (2000) ou (SILVA et al., 2000). Tratando-se de citação direta (literal), o autor deverá indicar o(s) número(s) da(s) página(s) de onde o texto citado foi retirado, como nos exemplos a seguir: Ex.1- ... conforme descrito por Ali (2001, p. 17): "Grande número dessas dermatoses não chegou às estatísticas e se-

quer são atendidas no próprio ambulatório da empresa". Ex.2- (SOUZA; SILVA; ALMEIDA, 2004, p. 24). Ex.3- quando houver quatro ou mais autores (FONSECA et al., 2003, p. 41). As citações diretas de até três linhas devem estar contidas entre aspas duplas, conforme o Ex.1 acima. As citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas com recuo de 4 cm da margem esquerda, com fonte menor que a utilizada no texto e sem aspas - Ex: A teleconferência permite ao indivíduo participar de um encontro nacional sem a necessidade de deixar seu local de origem. Tipos comuns de teleconferência incluem o uso da televisão, telefone e computador... (NICHOLS, 1993, p. 181).

f) A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do trabalho. As citações deverão ser listadas nas referências ao final do artigo, que devem ser em ordem alfabética e organizadas com base na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 6023, versão de 2002. Os exemplos apresentados a seguir têm um caráter apenas de orientação e foram elaborados de acordo com essa norma:

Livro

WALDVOGEL, B. C. *Acidentes do trabalho: os casos fatais – a questão da identificação e da mensuração*. Belo Horizonte: Segrac, 2002.

Capítulo de livro

NORWOOD, S. Chemical cartridge respirators and gas masks. In: CRAIG, E. C.; BIRKNER, L. R.; BROSEAU, L. *Respiratory protection: a manual and guideline*. 2. ed. Ohio: American Industrial Hygiene Association, 1991. p. 40-60.

Artigos de periódicos

BAKER, L.; KRUEGER, A.B. Medical cost in workers compensation insurance. *Journal of Health Economics*, Netherlands, v. 14, n. 15, p. 531-549, 1995.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-616, maio/jun. 2001.

Artigo ou matéria de revista, jornal etc.

NAVES, P. Lagos andinos dão banho de beleza. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 jun. 1989. Folha Turismo, Caderno 8, p. 13.

Tese, dissertação ou monografia

SILVA, E. P. *Condições de saúde ocupacional dos lixeiros de São Paulo*. 1973. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1973.

Evento como um todo

SEMINÁRIO PROMOÇÃO DA SAÚDE AUDITIVA: ENFOQUE AMBIENTAL, 2., 2002, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná, 2002.

Resumo ou trabalho apresentado em congresso

FISCHER, R. M.; PIRES, J. T.; FEDATO, C. The strengthening of the participatory democracy. In: INTERNATIONAL CONFERENCE OF INTERNATIONAL SOCIETY FOR THIRD-SECTOR RESEARCH (ISTR), 6., 2004, Toronto. *Proceedings...* Toronto: Ryerson University, 2004. v. 1, p. 1.

Relatório

FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. Relatório de Gestão 1995-2002. São Paulo, 2003. 97p.

Relatório técnico

ARCURI, A. S. A.; NETO KULCSAR, F. Relatório Técnico da avaliação qualitativa dos laboratórios do Departamento de Morfologia do Instituto de Biociências da UNESP. São Paulo. Fundacentro. 1995. 11p.

CD-ROM

SOUZA, J. C. et al. Tendência genética do peso ao desmame de bezerros da raça nelore. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ZOOTECNIA, 35, 1998, Botucatu. *Anais...* Botucatu: UNESP, 1998. 1 CD-ROM.

MORFOLOGIA dos artrópodes. In: ENCICLOPÉDIA multimídia dos seres vivos. [S.l.]: Planeta DeAgostini, 1998. CD-ROM 9.

Fita de vídeo

CENAS da indústria de galvanoplastia. São Paulo: Fundacentro, 1997. 1 videocassete (20 min), VHS/NTSC., son., color.

Documento em meio eletrônico

BIRDS from Amapá: banco de dados. Disponível em: <<http://www.bdt.org>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

ANDREOTTI, M. et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2006.

Legislação

BRASIL. Lei nº 9.887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1999.

Constituição Federal

BRASIL. Constituição (1988). Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 52 de 08 de março de 2006. Brasília, DF, Senado, 1988.

Decretos

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 48.822, de 20 de janeiro de 1988. *Lex: Coleção de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 217-220, 1998.

g) Tabelas, quadros e figuras: Serão publicadas em Preto e Branco. Devem ser apresentados um a um, em folhas separadas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. A cada um deve ser atribuído um título sintético contextualizando os dados apresentados. Nas tabelas, o título deve ser posicionado acima do corpo principal. Nas fotos e ilustrações, o título deve ser posicionado abaixo do corpo principal. Nas tabelas, não devem ser utilizadas linhas verticais. Fontes, notas e observações referentes ao conteúdo de tabelas, quadros e figuras devem ser apresentadas abaixo do corpo principal das mesmas. As figuras (gráficos, fotos, esquemas etc.) também deverão ser apresentadas, uma a uma, em arquivos separados, em formato de arquivo eletrônico para impressão de alta qualidade (não encaminhar em arquivo Word, extensão .doc). Os gráficos podem ser executados no software Excel (extensão .xls) e enviados no arquivo original. Fotos e ilustrações devem apresentar alta resolução de imagem, não inferior a 300 dpi. As fotos devem apresentar extensão .jpg, ou .eps, ou .tiff. Ilustrações devem ser executadas no software Coreldraw, versão 10 ou menor (extensão .cdr) ou Illustrator CS2 (extensão .ai), sendo enviadas no arquivo original. A publicação de fotos e ilustrações estará sujeita à avaliação da qualidade para publicação. As figuras não devem repetir os dados das tabelas. O número total de tabelas, quadros e figuras não deverá ultrapassar 5 (cinco) no seu conjunto.

h) Agradecimentos (opcional): Podem constar agradecimentos por contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, com assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados, entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar da autoria, desde que haja permissão expressa dos nominados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outro.

Envio dos trabalhos

Os trabalhos devem ser encaminhados para o endereço eletrônico rbso@fundacentro.gov.br, com cópia para rbsofundacentro@gmail.com, em formato Word, extensão doc (ver detalhe nesta Norma).

O envio da Declaração de Direitos Autorais deverá ser feita pelo correio para:

Secretaria da RBSO:
a/c Sra. Elena Riederer
Fundacentro
Rua Capote Valente, 710 – Térreo
05409 002 • São Paulo – Capital – Brasil

Eventuais esclarecimento poderão ser feitos por e-mail (endereço acima) pelo telefone (11) 3066-6099 ou pelo fax (11) 3066-6060.



Apoio



Centro Técnico Nacional (CTN)

Rua Capote Valente, 710
Cep: 05409-002 / São Paulo-SP
Telefone: (11) 3066.6000

Unidades Descentralizadas

Centro Regional da Bahia (CRBA)

Rua Alceu Amoroso Lima, 142 - Caminho das Árvores
Cep: 41820-770 / Salvador-BA
Telefone: (071) 3272.8850
Fax: (071) 3272.8877
E-mail: crba@fundacentro.gov.br

Centro Regional do Distrito Federal (CRDF)

Setor de Diversões Sul, 44 - Bloco A-J, 5º andar, salas 502 a 521 - Centro Comercial Boulevard
Cep: 70391-900 / Brasília-DF
Telefone: (061) 3535.7300
Fax: (061) 3223.0810
E-mail: crdf@fundacentro.gov.br

Centro Regional de Minas Gerais (CRMG)

Rua dos Guajajaras, 40 - 13º e 14º andares - Centro
Cep: 30180-100 / Belo Horizonte-MG
Telefone: (31) 3273.3766
Fax: (31) 3273.5313
E-mail: crmg@fundacentro.gov.br

Centro Regional de Pernambuco (CRPE)

Rua Djalma Farias, 126 - Torreão
Cep: 52030-190 / Recife-PE
Telefone: (81) 3241.3643
Fax: (81) 3241.3802
E-mail: crpe@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Espírito Santo (CEES)

Rua Cândido Ramos, 30 - Edifício Chamonix - Jardim da Penha
Cep: 29065-160 / Vitória-ES
Telefone: (27) 3315.0044
Fax: (27) 3315.0045
E-mail: cees@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Pará (CEPA)

Rua Bernal do Couto, 781 - Umarizal
Cep: 66055-080 / Belém-PA
Telefone: (91) 3222.1973
Fax: (91) 3222.2049
E-mail: cepa@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Paraná (CEPR)

Rua da Glória, 175 - 2º, 3º e 4º andares - Centro Cívico
Cep: 80030-060 / Curitiba-PR
Telefone: (41) 3313.5200
Fax: (41) 3313.5201
E-mail: cepr@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Rio de Janeiro (CERJ)

Rua Rodrigo Silva, 26 - 5º andar - Centro
Cep: 20011-902 / Rio de Janeiro-RJ
Telefone: (21) 2507.9041
Fax: (21) 2508.6833
E-mail: cerj@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Rio Grande do Sul (CERS)

Avenida Borges de Medeiros, 659 - 10º andar - Centro
Cep: 90020-023 / Porto Alegre-RS
Telefone/Fax: (51) 3225.6688
E-mail: cers@fundacentro.gov.br

Centro Estadual de Santa Catarina (CESC)

Rua Silva Jardim, 213 - Prainha
Cep: 88020-200 / Florianópolis-SC
Telefone: (48) 3212.0500
Fax: (48) 3212.0572
E-mail: cesc@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação da Baixada Santista (ERBS)

Rua Dr. Carvalho de Mendonça, 238 - conj. 22 - Vila Belmiro
Cep: 11070-101 / Santos-SP
Telefone: (13) 3223.2815
Fax: (13) 3223.7389
E-mail: erbs@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação de Campinas (ERCA)

Área administrativa:
Rua Delfino Cintra, 1050 - Botafogo
Cep: 13020-100 / Campinas-SP
Telefone/Fax: (19) 3232.5269

Área técnica:
Rua Marcelino Vélez, 43 - Botafogo
Cep: 13020-100 / Campinas-SP
Telefone: (19) 3232.5879 / 3234.2006
Fax: (19) 3232.5269
E-mail: ercam@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação do Mato Grosso do Sul (ERMS)

Rua Geraldo Vasques, 66 - Vila Costa Lima
Cep: 79003-023 / Campo Grande-MS
Telefone: (67) 3321.1103
Fax: (67) 3321.2486
E-mail: erms@fundacentro.gov.br



Rua Capote Valente, 710
São Paulo - SP
05409-002
tel.: 3066-6000

