



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

de Assis Mendes, Eliane; Reis Teixeira, Liliâne; Bonfatti, Renato José
As condições de saúde dos trabalhadores a partir dos exames periódicos de saúde
Saúde em Debate, vol. 41, núm. 112, enero-marzo, 2017, pp. 142-154
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406350708013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

As condições de saúde dos trabalhadores a partir dos exames periódicos de saúde

The health conditions of workers from periodic health examinations

Eliane de Assis Mendes¹, Liliâne Reis Teixeira², Renato José Bonfatti³

RESUMO Objetivou-se apresentar o perfil de saúde dos trabalhadores de uma unidade federal que realizaram os exames periódicos de saúde. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, no qual foram analisados 503 prontuários ocupacionais. Houve equilíbrio na participação por gênero e, proporcionalmente, uma maior participação dos servidores (70,6%). Em relação às condições de saúde, os celetistas apresentaram maiores queixas referentes a problemas respiratórios (52,5%); e os servidores, questões do aparelho circulatório (25,6%). Considera-se igualar não só os instrumentos, mas a qualidade da avaliação para os trabalhadores celetistas, melhorando os dados para propor ações de promoção.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Exames médicos. Setor público. Serviços de saúde do trabalhador.

ABSTRACT *The study aims to present the health profile of employees of a federal production unit that underwent the periodic health examinations. It is a descriptive and exploratory study, which analyzed 503 occupational medical records. There was balanced participation by gender and, proportionally, a greater participation of public servants (70.6 %). Regarding health conditions, the CLT (Consolidation of Labor Laws) employees had the biggest complaints related to respiratory problems (52.5 %) and the servants, circulatory system issues (25.6%). It is considered to match not only the instruments, but the quality of assessment for CLT employees, improving the data to propose promotion actions.*

KEYWORDS *Occupational health. Medical examination. Public sector. Occupational health services.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lyamendes@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
teixeira.liliane@gmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
renato.bonfatti@gmail.com

Introdução

O trabalho é compreendido como uma atividade fundamental do homem. Com a efetivação do modo de produção capitalista, observam-se profundas e constantes transformações sociais, sendo um dos espaços privilegiados dessas mudanças a esfera produtiva. Assim, o processo da saúde/doença, por meio da exposição diferenciada aos riscos à saúde, terá uma associação com a forma de organização social da produção.

Nesse sentido, ao se considerar a centralidade do trabalho na vida cotidiana e as transformações que o chamado ‘mundo do trabalho’ vem sofrendo ao longo dos séculos, com as mudanças conjunturais e avanços tecnológicos, pode-se observar que o campo da saúde também apresentará reflexos desse contexto, em especial devido ao seu papel para o controle da força de trabalho.

Quando se destaca a realidade brasileira, Faleiros (1992) pontua que o Estado brasileiro, no que tange à intervenção nas questões de saúde e segurança do trabalhador, traduz-se mais em compensações do desgaste que em mudança das condições de trabalho. Nesse cenário, os trabalhadores

[...] não têm o controle de seu corpo, das condições de trabalho, da definição de doenças profissionais, dos perigos inerentes à produção e nem possuem a informação e o saber sobre os riscos das suas atividades. (CAVALCANTI, 2011, p. 166).

A característica original da doutrina do direito trabalhista que norteia até hoje o estabelecimento da regra é a prevenção do desgaste da força de trabalho, de modo a evitar a ocorrência de situações capazes de impedir o trabalho. Embora seja diretamente vinculada à questão da saúde, na perspectiva da regra a ideia de desgaste da força de trabalho é a perda da capacidade, de aptidão, da condição, do vigor, da força, ou da perda de tudo isso

combinado, sem entrar no mérito do entendimento do que seja saúde. (VASCONCELLOS, 2011, p. 131).

A legislação trabalhista, no ano de 1978, implementou as chamadas Normas Regulamentadoras (NRs) e, entre elas, a NR nº 7, que

[...] estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). (BRASIL, 1978, p. 1).

O PCMSO apresenta como objetivo a promoção e preservação da saúde do conjunto dos trabalhadores e inclui, entre outras atribuições, a realização obrigatória dos Exames Médicos Periódicos (EMPs). Tais exames são compostos de: uma avaliação clínica e exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos da NR e seus anexos. A periodicidade está relacionada com a atividade desenvolvida e com o risco ocupacional a que os trabalhadores estão submetidos, além de com a idade.

No âmbito do Serviço Público Federal, somente em 2009, por meio do Subsistema Integrado de Assistência ao Servidor Público Federal (Sias) com algumas características similares ao proposto pela NR 07 – os exames periódicos tornaram-se obrigatórios e foram normatizados para os servidores públicos federais, por intermédio do Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009, Art. 2º:

A realização de exames médicos periódicos tem como objetivo, prioritariamente, a preservação da saúde dos servidores, em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais. (BRASIL, 2009B).

A prática dos EMPs é intrinsecamente vinculada à Saúde Ocupacional (SO); porém

não há impeditivos normativos para que, em sua execução, outros elementos sejam utilizados visando uma avaliação mais integral do quadro de saúde dos trabalhadores, tais como conceitos do campo da Saúde do Trabalhador (ST), seja ao realizar a intervenção, seja ao analisar os dados gerados pelos EMP.

A saúde do trabalhador busca compreender melhor a determinação do processo saúde-doença nos trabalhadores e desenvolver alternativas de intervenção que levem a transformação da realidade, em direção à apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho. [...] A atuação em saúde do trabalhador está baseada na premissa de que os trabalhadores apresentam um viver, adoecer e morrer compartilhado com o conjunto da população, em um dado tempo, lugar e inserção social, mas que é, também, específico, resultante de sua inserção em um processo de trabalho particular. E esta especificidade deve ser contemplada pelos serviços de saúde. (DIAS, 1996, P. 28).

Assim, partindo de premissas da ST, os EMP podem torna-se Exames Periódicos de Saúde (EPS), em que a avaliação não se restringe somente à anamnese médica, mais que outros saberes sejam incorporados a essa prática de saúde e que possuam um olhar interprofissional para as questões saúde/trabalho; uma vez que a ST traz consigo o desenvolvimento de alternativas de intervenção, buscando, portanto, estabelecer causas de agravos à sua saúde, reconhecer seus determinantes, estimar riscos, dar a conhecer os modos de prevenção e promover saúde (MENDES; DIAS, 1991).

A incorporação de conhecimentos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, a aplicação das normas limitadas da Higiene e Segurança do Trabalho fazem parte desse trajeto, numa perspectiva permanente de definição de marcos conceituais e práticas que expressem uma visão totalizante do ser

humano em sua relação com o trabalho. (GOMEZ-MINAYO; THEDIM-COSTA, 1997, P. 26).

Nessas perspectivas, aos serviços que cuidam da saúde dos trabalhadores, seja por intermédio da NR ou do Sias, não há uma determinação normativa que deva seguir um modelo específico de ficha ocupacional, permitindo que a adequem à realidade laboral de seus trabalhadores.

Logo, o objetivo deste artigo é apresentar o perfil de saúde dos trabalhadores de unidade federal de produção que realizaram os EPS, no ciclo 2013/14, por meio da ficha ocupacional – elaborada coletivamente entre os serviços de ST da instituição para a realização dos EPS pela equipe multiprofissional (medicina do trabalho, enfermagem, psicologia e serviço social).

Métodos

Este artigo resulta de um estudo de caso realizado em uma unidade federal produtora de imunobiológicos, cuja força de trabalho, ao final de 2014, era de 1.547 trabalhadores, agregando três vínculos: 18% de servidores públicos federais (regidos pelo RJU – Regime Jurídico Único), 78% prestadores de serviços (regidos pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho) e 4% bolsistas.

Colaborou para essa escolha a inserção da unidade no atual modelo flexível de produção atuando com metas e indicadores, além de contar com uma força de trabalho diversificada que, conforme necessidade da demanda, é remanejada de outros setores da mesma área ou de outras áreas para atender aos prazos; ou efetuar contratações pontuais (por tempo determinado) para auxiliar na produção ou efetuar consultorias específicas.

A unidade é dividida em cinco áreas organizacionais, duas com atribuições eminentemente administrativas e três vinculadas às rotinas de produção: a) Desenvolvimento: promove o desenvolvimento de vacinas,

reativos para diagnóstico e biofármacos; b) Qualidade: realiza os testes, assegura o controle de qualidade e liberação de lotes produzidos, conforme preconizado pelas normas de boas práticas de fabricação; c) Produção: realiza todo processamento final das vacinas e reativos, além da rotulagem e embalagem destes e dos biofármacos. Possui trabalho noturno e por plantão, de modo que essa área funciona 24 horas.

As áreas de Desenvolvimento, Qualidade e Produção realizam suas atividades em ambiente laboratorial, com temperatura e circulação controladas; seguindo normas nacionais e internacionais de boas práticas de fabricação. Assim, são diversos processos que obedecem uma rotina programada e com atividades repetitivas. São áreas cujo processo de trabalho mescla interação com máquinas de alta tecnologia e atividades que ainda remetem ao modelo fordista/taylorista de organização da produção – como na linha de montagem dos *kits*, envase de diluentes ou embalagem das vacinas.

As demais áreas (Direção e Gestão) apresentam rotinas administrativas realizadas em ambiente predominantemente de escritório; com exceção da área de armazenagem, onde há as atividades de carga e descarga de produtos, equipamento, insumos, entre outros – que requer maior esforço físico por parte dos trabalhadores.

Optou-se pelo estudo de caso, visto que

é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. (MINAYO, 2014, p. 164).

Utilizou-se como abordagem metodológica a pesquisa qualitativa e, complementarmente, dados quantitativos visto que ambos os dados não se opõem: “Ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO, 1999, p. 22).

Também há um caráter descritivo e

exploratório a respeito do estudo. Segundo Tobar e Yalour (2001, p. 69), um estudo descritivo “[...] expõem características de determinada população ou determinado fenômeno”. Em relação aos estudos exploratórios, os mesmos autores destacam que ocorrem “[...] em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado”.

A unidade tem sob sua responsabilidade a execução dos EPS para os servidores e bolsistas e o monitoramento (conforme seu PCMSO) dos EPS para os prestadores de serviço. Assim, a definição do grupo de trabalhadores para elaboração do perfil foi precedida de um levantamento preliminar, mediante informações do banco de dados sobre os EPS do setor de saúde, a fim de verificar quantitativo de trabalhadores – separados por vínculos, que compareceram às avaliações no ciclo 2013/2014. Nesse sentido, dos 889 trabalhadores elegíveis para realizar a avaliação dos EPS, 503 compareceram, sendo 332 celetistas e 171 servidores.

Ressalta-se que, neste ciclo (2013/14), o setor adotou uma nova ficha ocupacional para avaliação da saúde dos servidores, a qual também foi adotada para coleta de dados sobre a saúde dos prestadores de serviço. Foram excluídos da pesquisa aqueles trabalhadores sem o período aquisitivo para a realização da avaliação (contratados ou empossados a partir de janeiro de 2013) e os bolsistas (visto que encontraram-se dados referentes somente ao admissional e também devido à temporariedade do vínculo – dois anos).

Cabe destacar que, nesse ciclo, o primeiro momento da avaliação dos EPS foi similar para os trabalhadores de todos os vínculos; ou seja, ao responderem à convocação do setor de saúde com a data do exame, apresentavam-se ao setor e recebiam a ficha ocupacional para preenchimento das questões de saúde e estilo de vida. As etapas seguintes dos EPS são diferenciadas conforme vínculo, por isso não foram consideradas para a elaboração do perfil; isto é, só foram

utilizados dados informados somente pelos trabalhadores.

O trabalho de campo iniciou-se após avaliação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), por meio do parecer nº 1.010.308/2015; bem como da unidade onde foi realizado o trabalho de campo de acordo com a legislação e normativas vigentes.

Instrumento de coleta de dados

A fim de obter um melhor aproveitamento da ficha ocupacional, foi elaborada uma planilha de Excel® com os seguintes eixos e variáveis:

- 1) Identificação: Área; vínculo; idade; sexo; tempo de empresa e cargo (em relação à escolaridade).
- 2) Questões de saúde e fatores de risco: Hipertensão; problemas cardíacos; problemas respiratórios; problemas renais; problemas hepáticos; diabetes; problema gastrointestinal; problemas de visão; problemas de saúde mental; doença vascular; alergia; problemas osteomusculares; problemas reumatológicos; colesterol e triglicerídeos alterados; acima do peso; sedentarismo; tabagismo e consumo de bebida alcoólica.
- 3) Saúde mental: Estresse; insônia; SRQ20 e suporte (medicação controlada, terapia e/ou médica).
- 4) Desconforto físico (Diagrama de Corlett): Pescoço; cervical; costa superior; costa médio; costa inferior; bacia; ombro; braço; cotovelo; antebraço; punho; mão; coxa e perna.

Salienta-se que, para aferir as questões de saúde mental, além da pergunta que consta na primeira folha da ficha ocupacional,

existe um outro bloco no qual o trabalhador assinala outras questões que podem ser associadas à saúde mental (estresse, insônia) e se tem suporte psiquiátrico, seja por meio de medicação controlada ou acompanhamento médico especializado; além do preenchimento do chamado Self Report Questionnaire (SRQ-20), um compilado de 20 questões com respostas dicotômicas (sim/não) sobre sintomas físicos e psicossomáticos para rastrear transtornos mentais comuns. O escore para cada resposta afirmativa, pontua-se com o valor 1; e o ponto de corte para suspeição (presença ou ausência) dos transtornos mentais não psicóticos utilizado é de oito (GOUGET, 2014).

Em relação à aferição do desconforto postural que pode auxiliar no diagnóstico de doenças osteomusculares, o setor usa o diagrama proposto por Corlett e Manenica (1980) que divide o corpo humano em diversos segmentos, em que o trabalhador assinala na figura que representa o corpo humano os segmentos em que sente dores ou desconforto. A escala de intensidade do desconforto/dor é classificada em 5 níveis, que variam de 1, para 'nenhum desconforto/dor', até 5, 'intolerável desconforto/dor'.

Resultados e discussão

Conforme apresentado na *tabela 1*, participaram da avaliação 503 trabalhadores: 70,66% de servidores e 37,34% de terceirizados, que realizaram a avaliação no setor de saúde da unidade. Havendo um equilíbrio na participação por gênero – similar à proporção geral dos trabalhadores da unidade –, sendo 51,3% do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino; porém, ao se verificar por vínculo, a participação feminina foi maior entre os RJs (59%), enquanto a masculina foi maior entre os celetistas (57%). Em relação à escolaridade vinculada ao cargo, houve um predomínio de trabalhadores de nível superior (57,7%) no geral e para ambos os vínculos.

Tabela 1. Características sociofuncionais dos participantes dos EPS conforme vínculo

Variáveis	RJU		CLT		Ambos	
	N	%	N	%	N	%
	171		332		503	
Gênero						
Feminino	101	59,06	144	43,37	245	48,7
Masculino	70	40,94	188	56,63	258	51,3
Cargo por nível de escolaridade						
Nível médio	57	33,33	156	46,99	213	42,3
Nível Superior	114	66,67	176	53,01	290	57,7
Faixa etária						
De 18 a 30 anos	19	11,11	66	19,88	85	16,90
De 31 a 40 anos	52	30,41	126	37,95	178	35,39
De 41 a 50 anos	55	32,16	91	27,41	146	29,03
De 51 a 60 anos	36	21,05	40	12,05	76	15,11
61 anos ou mais	9	5,26	9	2,71	18	3,58
Tempo de Serviço						
De 1 a 3 anos	43	25,15	168	50,60	211	41,95
De 4 a 10 anos	55	32,16	92	27,71	147	29,22
De 11 a 20 anos	42	24,56	70	21,08	112	22,27
De 21 a 30 anos	19	11,11	0	0,00	19	3,78
31 anos ou mais	12	7,02	2	0,60	14	2,78

Fonte: Elaboração própria.

Entre as questões de saúde (*tabela 2*) sinalizadas pelos trabalhadores que participaram dos EPS, verificou-se que predominam os problemas respiratórios (bronquite, asma, rinite, tosse crônica, sinusite) – 49%; seguidos pelos problemas osteomusculares (doenças da coluna, dor nas costas, dores nas articulações) – 43,5% – e problemas na visão – 43%.

Compilados dessa maneira, os resultados fogem um pouco dos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), nos quais se destaca que as Doenças Cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por 30% de mortalidade nas últimas décadas (SIMÃO ET AL., 2013), ou dos da previdência social, que citam as DCV, osteomusculares e de saúde mental como as de maiores causas de afastamentos ou de mortalidade (BRASIL, 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, os principais fatores de risco para DCV são: hipertensão arterial, tabagismo, obesidade/sobrepeso; dislipidemia; diabetes; síndrome metabólica, fatores psicossociais e sedentarismo. Todavia, devido ao tipo de *cage* utilizado na ficha ocupacional para avaliar as questões vinculadas ao estilo de vida (sedentarismo, estar acima do peso, consumo de bebida alcoólica e cigarro), optou-se por apresentar somente os dados; pois seriam necessárias outras informações para tratar como fatores de risco associados para as DCV.

Quando se realiza o desmembramento por vínculo, observa-se que as questões de saúde entre os trabalhadores celetistas são similares ao resultado total; entretanto,

para os servidores públicos, predominam os problemas osteomusculares (52,6%), seguidos dos problemas na visão (52%) e dos problemas respiratórios (45%). Em relação ao gênero, entre as mulheres há o predomínio dos problemas respiratórios

(56%), seguidos dos osteomusculares (53%) e dos problemas na visão (44%); já entre os homens, também predominam as questões respiratórias (43%), seguidas dos problemas na visão (42%) e osteomusculares (34,5%).

Tabela 2. Prevalência de morbididades e questões sobre estilo de vida referida pelos trabalhadores, conforme vínculo e gênero, que participaram dos EPS, no ciclo 2013-2014

Variáveis	RJU		CLT		Fem		Masc		Ambos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Questões de Saúde	171	100%	332	100%	245	100%	258	100%	503	100%
Hipertensão	43	25,15	75	22,59	54	22,04	64	24,81	118	23,46
Problemas Cardíacos	25	14,62	30	9,04	33	13,47	22	8,53	55	10,93
Problemas Respiratórios	77	45,03	171	51,51	138	56,33	110	42,64	248	49,3
Problemas Renais	15	8,77	24	7,23	17	6,94	22	8,53	39	7,75
Problemas Hepáticos	12	7,02	13	3,92	12	4,90	13	5,04	25	4,97
Diabetes	13	7,6	7	2,11	5	2,04	15	5,81	20	3,98
Problemas Gastrointestinais	48	28,07	63	18,98	60	24,49	51	19,77	111	22,07
Infecções no Ouvido	8	4,68	11	3,31	10	4,08	9	3,49	19	3,78
Problemas na visão	89	52,05	126	37,95	107	43,67	108	41,86	215	42,74
Questões de Saúde Mental	10	5,85	8	2,41	10	4,08	8	3,10	18	3,58
Doença Vascular	62	36,26	61	18,37	86	35,10	37	14,34	123	24,45
Alergias	45	26,32	93	28,01	89	36,33	49	18,99	138	27,44
Problemas Osteomusculares	90	52,63	129	38,86	130	53,06	89	34,50	219	43,54
Problemas Reumatológicos	16	9,36	11	3,31	15	6,12	12	4,65	27	5,37
Colesterol e Triglicerídeos elevados	32	18,71	65	19,58	43	17,55	54	20,93	97	19,28
Acima do peso	87	50,88	140	42,17	104	42,45	123	47,67	227	45,13
Sedentarismo	83	48,54	152	45,78	119	48,57	116	44,96	235	46,72
Fuma	14	8,19	15	4,52	11	4,49	18	6,98	29	5,77
Consome bebida Alcoólica	82	47,95	154	46,39	99	40,41	137	53,10	236	46,92

Fonte: Elaboração própria.

Ao agrupar os dados do perfil conforme os grupos do código internacional de doenças (CID-10), verificou-se que os problemas respiratórios (77%) continuam predominando; porém são seguidos pelas doenças endócrinas (68%) e do aparelho circulatório (59%).

Se comparados (tabela 3) os resultados dos EPS com o quantitativo de afastamentos/

licenças médicas da unidade no mesmo período, nota-se a manutenção das questões respiratórias (21,5%) como prevalentes, corroborando o perfil, assim como as doenças osteomusculares (18%). Salienta-se que o item XXI, que estaria em primeiro lugar, não foi considerado por tratar-se de questões sobre o estilo de vida, e não uma morbididade instalada.

Tabela 3. Comparação entre a prevalência de morbididades aferidas nos EPS e os afastamentos médicos, conforme grupo de CID, no ano de 2013

Variáveis	EPS		Licenças	
	N	%	N	%
Grupo de CID	503	100%	4.702	100%
IV-Doenças endócrinas, metabólicas (E00-E90)	344	68,39	30	0,64
V-Transtornos mentais e comportamentais (F00- F99)	18	3,58	236	5,02
VI- Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	131	26,04	114	2,42
VII- Doenças do Olho e anexos (H00-H59)	215	42,74	153	3,25
VIII- Doenças do Ouvido e da apófise (H60-H95)	18	3,58	95	2,02
IX- Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	295	58,65	213	4,53
X- Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	386	76,74	1010	21,48
XI- Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	136	27,04	389	8,27
XII- Doenças da Pele e tecido subcutâneo (L00-L99)	0	0,00	131	2,79
XIII-Doenças do sistema Osteomuscular (M00-M99)	246	48,91	837	17,80
XIV- Doenças do aparelho Geniturinário (N00-N99)	39	7,75	144	3,06
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde (Z72)	443	88,07	1	0,02

Fonte: Elaboração própria.

Consta da ficha ocupacional do EPS a percepção dos riscos informados pelos trabalhadores, que além dos riscos previstos na NR-9, traz algumas questões ergonômicas, porém sem elementos da organização do trabalho sugeridos pela NR-17.

Assim, quando observados os resultados quanto à percepção dos trabalhadores sobre a exposição aos riscos ocupacionais: 65% informaram realizarem movimentos repetitivos; 53% possuem risco ergonômico; 52% teriam exposição ao risco biológico; 50% aos produtos químicos e 50% ao esforço visual. Nesse sentido, comparados aos dados da *tabela 3*, não se pode afirmar que existe umnexo direto entre as morbididades apresentadas e os riscos ocupacionais; porém tais elementos não devem ser desconsiderados para investigar agravos e propor melhorias os ambientes laborais.

Ressalta-se que, segundo Sivieri (1996, p. 81),

[...] risco é a probabilidade de ocorrência de um evento causador de dano às pessoas e ao

meio ambiente de forma leve ou grave, temporária ou permanente, parcial ou total.

Já para Avaliação da Segurança e Saúde Ocupacional – Occupational Health and Safety Assessment Series (OHSAS), risco é: “Combinação da probabilidade de ocorrência e da(s) consequência(s) de um determinado evento perigoso” (OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ASSESSMENT SERIES, 1999, p. 9). Cabe destacar que a NR-9 considera riscos ambientais

[...] os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador. (BRASIL, 1977, p. 1).

Sivieri (1996) ainda chama a atenção para o fato de que muitas questões do ambiente industrial e de outros setores produtivos não têm sua origem nos tradicionais fatores físicos, químicos ou biológicos.

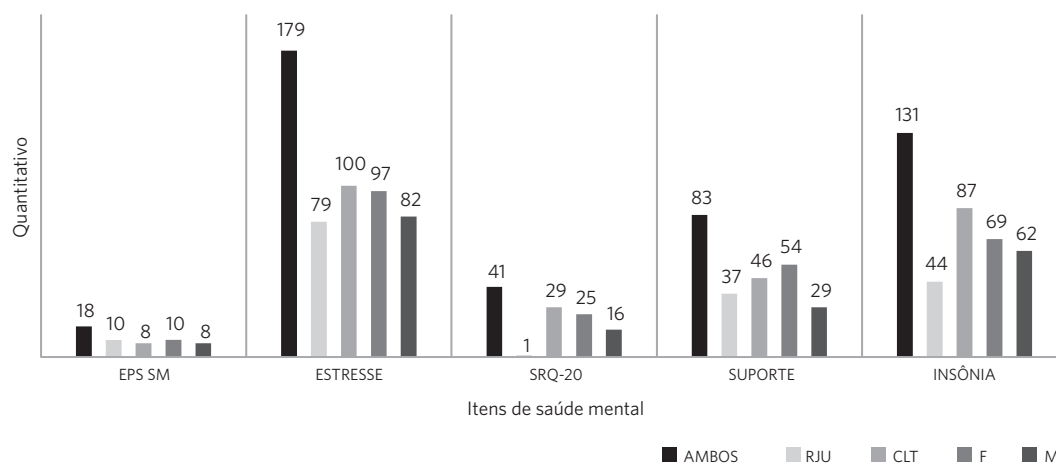
Existem devido às contradições originárias do cotidiano, das relações funcionais, dos conflitos e dos processos psicossociais. Na complexidade da vida social, situações de trabalho, associadas a sucessivas frustrações e ataques a autoimagem, progressivamente provocam, além do desgaste metafórico da identidade, processos psicossomáticos que geram quadros clínicos de doenças orgânicas graves, como úlceras, hipertensão arterial, gastrite etc., e também distúrbios de ordem psicológica como insônia, ansiedade, depressão estresse etc., situações consideradas de risco, onde o trabalhador fica mais fragilizado, e potencialmente mais exposto a acidentes e mortes. (SIVIERI, 1996, P. 81).

As questões de saúde mental são apontadas em alguns estudos sobre o mundo do trabalho entre as três principais causas de afastamento seja no serviço público, seja na esfera privada. Ao se observar os dados da *tabela 1*, somente 4% dos trabalhadores responderam possuir alguma patologia vinculada aos transtornos mentais (estaria em último lugar entre as questões de saúde do perfil).

Contudo, quando se verificou o SRQ-20 (*gráfico 1*), 41 trabalhadores (8%) tiveram um escore acima ou igual a 8; ou seja, apresentavam, na ocasião, algum transtorno mental leve (com uma predominância dos trabalhadores celetistas e em relação ao gênero a prevalência do sexo feminino). Já sobre o suporte, 83 trabalhadores (16,5%) utilizam medicação controlada ou mantêm tratamento psiquiátrico (havendo pouca diferença entre os vínculos e um predomínio do sexo feminino). Ou seja, há uma discrepância nos dados informados entre a percepção no reconhecimento enquanto portador de alguma patologia de saúde mental e a utilização de algum suporte nessa esfera.

Ao tratar dos outros fatores associados à saúde mental, têm-se 36% (n=179) de trabalhadores considerando-se estressados – ao comparar os vínculos, essa percepção é maior entre os celetistas e por gênero entre as mulheres. Em relação à insônia, 26% (n= 131) assinalaram positivamente para a questão, quase havendo paridade entre os gêneros.

Gráfico 1. Distribuição das questões associadas à saúde mental relacionada aos trabalhadores participantes dos EPS, por vínculo, no ciclo 2013-2014



Fonte: Elaboração própria.

Quando se observa o *gráfico 1*, não se têm elementos suficientes para informar quais seriam os motivos para a disparidade dos dados e mesmo aparentando, seja pelas informações do EPS, seja pelas informações de absenteísmo, que a unidade estaria fora dos padrões epidemiológicos no que tange às questões de saúde mental, com baixos índices. Entretanto, os dados que a unidade possui sobre a média de dias perdidos com as licenças coloca as morbidades de saúde mental entre as três maiores causas de longos afastamentos: 2013 – 1.138 dias (3°); 2014 – 1.594 dias (3°) e 2015 – 2.306 dias (2°).

Em relação ao último bloco, sobre o desconforto físico (*tabela 4*), uma vez que não se trata de um estudo ergonômico, optou-se por apresentar os resultados referentes às marcações

da escala de intensidade igual ou acima de 3 ('moderado/bastante/intolerável desconforto/dor'), excluindo a escala 1 e 2 ('ausência/algum') que correspondem, respectivamente, a 13% e 87% do quantitativo total.

Observou-se que as maiores queixas são das áreas superiores (pescoço, cervical e costas superiores). Para os celetistas, a maior fonte de desconforto é a região das costas superior (26%), já para os servidores, é a região cervical (12%). Em relação ao gênero, 20 % das mulheres queixaram-se da região cervical, e 13% dos homens da região das costas inferior. A forte presença masculina nas atividades de carga/descarga de produtos e outros processos de maior exigência física pode ter contribuído para essa diferença entre os gêneros.

Tabela 4. Distribuição das queixas dos trabalhadores participantes dos EPS, por vínculo, em relação ao desconforto postural aferido pelo Diagrama de Corllet, no ciclo 2013-2014

Diagrama de Corllet	F		M		RJU		CLT		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pescoço	88	17,5	40	8,0	51	10,1	77	15,3	128	25,4
Cervical	101	20,1	42	8,3	59	11,7	84	16,7	143	28,4
Costas Superior	50	9,9	22	4,4	26	5,2	132	26,2	158	31,4
Costas Médio	50	9,9	40	8,0	36	7,2	54	10,7	90	17,9
Costas Inferior	77	15,3	64	12,7	46	9,1	95	18,9	141	28,0
Bacia	36	7,2	21	4,2	25	5,0	32	6,4	57	11,3
Ombro	53	10,5	25	5,0	28	5,6	50	9,9	78	15,5
Braço	15	3,0	5	1,0	10	2,0	10	2,0	20	4,0
Cotovelo	15	3,0	6	1,2	8	1,6	13	2,6	21	4,2
Antebraço	15	3,0	5	1,0	7	1,4	13	2,6	20	4,0
Punho	44	8,7	21	4,2	18	3,6	47	9,3	65	12,9
Mão	34	6,8	12	2,4	14	2,8	32	6,4	46	9,1
Coxa	10	2,0	4	0,8	5	1,0	9	1,8	14	2,8
Perna	35	7,0	12	2,4	15	3,0	32	6,4	47	9,3

Fonte: Elaboração própria.

Nessas perspectivas, ao se apresentar os três blocos da ficha ocupacional utilizada para os EPS, é possível verificar a quantidade de dados gerados e as possibilidades de cruzamentos para refletir sobre os itens que podem ter uma avaliação mais aprofundada. Por exemplo, selecionar os trabalhadores que assinalaram queixas osteomusculares e desconforto postural, com o seu tempo de serviço e a descrição da atividade, pode auxiliar na investigação de doença ocupacional.

Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde. (SILVA; FORMIGLI, 1994, P. 87).

Por fim, usar conceitos do campo da ST para a análise dos dados dos EPS e para avaliar os instrumentos como a ficha ocupacional e a intervenção como um todo é importante; visto que a ST compreende as relações trabalho e saúde-doença por meio da análise da “[...] determinação social do processo saúde-doença, privilegiando o trabalho” (LACAZ, 2007, P. 759). Apreende o trabalhador como ator histórico, agente de mudanças, que

[...] pode intervir e transformar a realidade de trabalho, participando do controle da nocividade; da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras [...]. (LACAZ, 2007, P. 760).

Sua ação caracteriza-se por permanente vigilância das condições de trabalho passíveis de causar agravos ou danos à saúde do trabalhador, por meio de práticas que antecipem

e evitem os problemas ou funcionem como contraponto às exigências do capital sobre a força de trabalho, no sentido de estabelecer melhores condições de vida e de bem-estar. (DIAS; NEHMY 2010, P. 15).

Conclusões

O conhecimento sobre as condições de saúde dos trabalhadores é um importante indicador para que os empregadores, tanto na esfera pública quanto privada, adotem medidas de promoção e prevenção para, se não solucionar, ao menos contribuir para a melhoria da condição de saúde de sua força de trabalho; ou mesmo atuar de modo que a esfera laboral não agrave os quadros de saúde já instaurados e nem crie novos.

Nesse sentido, os EPS permitem que periodicamente os empregadores tenham esse mapeamento epidemiológico e com tais informações possam realizar ações preventivas para todos os seus trabalhadores ou grupos específicos (por atividades, por locais de trabalho), ou reavaliar processos e condições de trabalho. Principalmente, se esses dados dos EPS puderem ser trabalhados e comparados com outros como absenteísmo interno e de outras instituições com processos de trabalho similares.

Em instituições que possuem vínculos diferenciados de contratação, é importante que os trabalhadores tenham os mesmos instrumentos de avaliação de sua saúde, uma vez que estão submetidos às mesmas regras institucionais e aos mesmos processos e condições de trabalho. Dessa forma, a instituição terá dados mais completos e fidedignos para pensar suas ações, em especial, para atuar na melhoria dos processos e ambientes de trabalho que possam trazer prejuízo à saúde dos trabalhadores.

Agregar outros elementos (com *cages* validados para questões de saúde mental, ergonomia, questões de estilo de vida, DCV, condições de trabalho etc.) e outros

profissionais permite que se tenha uma avaliação mais ampla sobre a ST, além de possibilitar aferir a eficiência das ações de promoção/prevenção que o empregador realiza.

Por fim, os EPS podem ser também um canal para efetiva participação dos trabalhadores, especialmente, se os dados consolidados pelos EPS forem restituídos de forma coletiva aos trabalhadores para que possam

discuti-los entre si, nos seus setores, com seus representantes (sindicatos, Cipa - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, outros) e/ou com os técnicos dos serviços de saúde e segurança; para refletirem não só sobre sua situação de saúde, mas também sobre o processo e ambiente de trabalho, a fim de auxiliarem na proposição de melhorias e transformação de ambiente laboral. ■

Referências

- BRASIL. *Anuário estatístico da previdência social* – AEPS 2015. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, 2015. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/AEPS-2015-FINAL.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.
- _____. Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 30 abr. 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm>. Acesso em: 23 fev. 2017.
- _____. Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009. Regulamenta o art. 206-A da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990 - Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 26 maio 2009b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6856.htm>. Acesso em: 20 jun. 2013.
- _____. NR 7: programa de controle médico de saúde ocupacional. Brasília, DF: MTE, 2013. Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR7.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2013.
- CAVALCANTI, C. P. N. A intervenção histórica nas relações saúde e trabalho no Brasil: a centralidade da noção do risco na lógica da reparação dos ‘infortúnios’. In: _____. *Cadernos do curso de capacitação em promoção e vigilância em saúde do trabalhador Pass-Siass*. Rio de Janeiro: UFRJ; Unirio, 2011, p. 155-170.
- CASTIEL, L. D. Os riscos e as loucuras dos discursos da razão no campo da prevenção. *Cadernos IHU ideias*, São Leopoldo, v. 11, n. 188, jun. 2013.
- CORLETT, E. N.; MANENICA, I. The effects and measurement of working postures. *Applied Ergonomics*, London, v. 11, n. 1, p. 7-16, mar. 1980.
- DIAS, E. C. Saúde do Trabalhador. In: TODESCHINI, R. (Org.). *Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho*: Conteúdos Básicos para uma Ação Sindical. São Paulo: Fundacentro, p. 27-35, 1996.
- DIAS, E. C.; NEHMY, R. M. Q. Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais? *Revista médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, supl. 2p. 13-23, 2010.

GOMEZ-MINAYO, C.; THEDIM-COSTA, S. M. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

FALEIROS, V. P. *O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores*. São Paulo: Cortez, 1992.

GOUGET, L. L. D. *A aplicação do SRQ-20 como instrumento de levantamento de indicativo de transtorno mental comum*. 2014. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização de Gestão em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MCCOY, K. *et al.* Health promotion in small business: a systematic review of factors influencing adoption and effectiveness of worksite wellness programs. *Journal occupational environ medical*, Illinois, v. 56, n. 6, p. 579-587, jun. 2014.

SATO, L. *et al.* A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SIMÃO, A. F. *et al.* I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 101, n. 6, Supl. 2, dez. 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015.

SIVIERI, L. H. Saúde no trabalho e mapeamento de riscos. In: TODESCHINI, R. (Org.). *Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical*. São Paulo: CUT/Fundacentro, 1996. p. 75-111.

OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ASSESSMENT SERIES. *Sistemas de gestão de segurança e saúde ocupacional: especificação*. [s.l.]: OHSAS, 1999.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VASCONCELLOS, L. C. F. A Imperfeição da regra trabalhista referente à saúde: da revolução industrial à consolidação das leis do trabalho. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). *Trabalho, saúde e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011a, p. 125-165.

VASCONCELLOS, L. C. F.; AGUIAR, L. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n.106, p. 830-840, jul./set., 2015.

Recebido para publicação em agosto de 2016
Versão final em dezembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve