

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

LUZIANY GONÇALVES ALVARENGA

**DIAGNÓSTICO DO ABSENTEÍSMO POR DOENÇAS OCUPACIONAIS EM
PROFISSIONAIS DA PRODUÇÃO: LEVANTAMENTO, ANÁLISE E
CONTRIBUIÇÕES DA GESTÃO DE PESSOAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

PIRACICABA

2014

LUZIANY GONÇALVES ALVARENGA

**DIAGNÓSTICO DO ABSENTEÍSMO POR DOENÇAS OCUPACIONAIS EM
PROFISSIONAIS DA PRODUÇÃO: LEVANTAMENTO, ANÁLISE E
CONTRIBUIÇÕES DA GESTÃO DE PESSOAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Campo de Conhecimento:
Gestão de Pessoas e Estudos Organizacionais

Orientadora: Profa. Dra. Yeda Cirera Oswaldo

PIRACICABA

2014

Ficha catalográfica

ALVARENGA, Luziany Gonçalves.

Diagnóstico do absenteísmo por doenças ocupacionais em profissionais da produção: levantamento, análise e contribuições da gestão de pessoas na saúde do trabalhador/Luziany Gonçalves Alvarenga – 2014.

83 f.

Orientadora: Profa. Dra. Yeda Cícera Oswald.

Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Gestão e Negócios – Universidade Metodista de Piracicaba.

1. Absenteísmo. 2. Saúde do trabalhador. 3. Gestão de pessoas.

I. Oswald, Yeda Cícera. II. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de Piracicaba. III. O absenteísmo por doenças ocupacionais em profissionais da produção: levantamento, análise e contribuições da gestão de pessoas na saúde do trabalhador.

LUZIANY GONÇALVES ALVARENGA

**DIAGNÓSTICO DO ABSENTEÍSMO POR DOENÇAS OCUPACIONAIS EM
PROFISSIONAIS DA PRODUÇÃO: LEVANTAMENTO, ANÁLISE E
CONTRIBUIÇÕES DA GESTÃO DE PESSOAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração.

Campo de conhecimento:
Gestão de Pessoas e Estudos Organizacionais

Data do Exame: 20/02/2014

Banca examinadora:

Profa. Dra. Yeda Cirera Oswaldo (Orientadora)
Universidade Metodista de Piracicaba

Profa. Dra. Luciane Ruiz Carmona Ferreira
Universidade Estadual de Campinas

Profa. Dra. Graziela Oste Graziano Cremonesi
Universidade Metodista de Piracicaba

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar as principais doenças ocupacionais que acometem os trabalhadores de uma indústria metalúrgica e as práticas de gestão de pessoas que atendam a saúde do trabalhador e minimize os índices de absenteísmo. Para o embasamento do estudo, foi realizada uma pesquisa exploratória, descritiva e quantitativa para avaliar a incidência de atestados médicos por especialidades, analisar o perfil dos profissionais que apresentaram atestados médicos, entender as principais reivindicações dos trabalhadores e a sua relação com o absenteísmo e analisar a opinião dos profissionais que estão se desligando da organização. Foram utilizados os seguintes instrumentos, entrevistas com 11 profissionais responsáveis pela gestão das áreas operacionais, questionário sócio demográfico com 296 trabalhadores que apresentaram atestados médicos e análise de dados documentais atestados médicos apresentados no ano de 2012.

Os resultados apontaram que a doença que mais acomete os trabalhadores estão relacionadas com a especialidade ortopedia representando 30,7% dos atestados e que fatores como atividades repetitivas, fragmentadas e sem envolvimento intelectual são os possíveis geradores do absenteísmo nessa especialidade. Aspectos como insatisfação com as políticas de remuneração e as condições e relações de trabalho podem influenciar no adoecer do trabalhador, porém tais aspectos são de difícil diagnóstico e geralmente vem representado por um atestado médico para evitar perdas financeiras para o trabalhador. As práticas de gestão de pessoas adotadas pela organização em estudo contemplam parcialmente os aspectos que contribuem para a saúde e a satisfação dos trabalhadores, para uma gestão mais eficaz se faz necessário ampliar o bojo de atuação.

Palavras-chave: Absenteísmo. Saúde do trabalhador. Gestão de pessoas.

ABSTRACT

This study aims to analyze the main occupational illnesses affecting employees of a metallurgical industry and people management practices that meet worker's health and reduce absenteeism index. For the foundation of the study, we conducted an exploratory, descriptive and quantitative research to evaluate the incidence of medical certificates by specialty, to analyze the profile of the professionals who presented medical certificates, to understand the workers' key claims and its relationship to absenteeism and to analyze opinion of the professionals who are leaving the organization. Through the collected data, we sought to identify the relationship of absences with the factors of employees' demotivation and dissatisfaction with the working environment and to suggest people management practices, not yet adopted by the organization, that can minimize such indexes. The study pointed out to the need of evaluating the creation of some new positions, policies for managing people, the benefits package offered to their employees. The following methods were used: interviews with 11 professionals responsible for operational department management, demographic questionnaire with 296 employees that had presented medical certificates and analysis of documental data and medical certificates submitted in the year 2012.

The results showed that the disease that affects more workers are related to the orthopedic ones representing 30.7% of the medical certificates and that factors such as repetitive, fragmented and without intellectual involvement activities are potential generators of absenteeism in this area of illness. Aspects such as dissatisfaction with remuneration policies and conditions and labor relations may influence to the illness, but these aspects are difficult to diagnose and are often supported by a medical certificate to avoid financial loss to the worker. Management practices adopted by the studied organization partially includes the aspects that contribute to the health and satisfaction of employees. To a more effective management it is necessary to enlarge the scope of action.

Keywords: Absenteeism. Workers' Health. People Management.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Quantidade de atestados médicos entregue mensalmente pelos profissionais das áreas operacionais	46
Gráfico 2 –	Quantidade mensal de horas abonadas nas áreas operacionais	47
Gráfico 3 –	Percentual mensal do absenteísmo das áreas operacionais em 2012	48
Gráfico 4 –	Quantidade de atestado das áreas operacionais por especialidade médica.....	49
Gráfico 5 –	Estado civil dos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012.....	50
Gráfico 6 –	Cargos ocupados pelos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012	51
Gráfico 7 –	Tempo de contrato com a empresa dos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012.....	52
Gráfico 8 –	Faixa etária dos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012.....	53
Gráfico 9 –	Escolaridade dos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012.....	54
Gráfico 10 –	Gênero dos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012.....	54
Gráfico 11 –	Entrevista de desligamento – Motivos dos Desligamentos.....	56
Gráfico 12 –	Entrevista de desligamento – Questão 1: Foi informado o motivo do desligamento?	57
Gráfico 13 –	Entrevista de desligamento – Questão 2: O seu superior acompanhava o seu serviço?	57
Gráfico 14 –	Entrevista de desligamento – Questão 3: O local de trabalho oferecia condições adequadas para se trabalhar?	58
Gráfico 15 –	Entrevista de desligamento – Questão 4: Como chegavam as mudanças de normas, procedimentos e informações?	58
Gráfico 16 –	Entrevista de desligamento – Questão 5: Sentiu falta de algum benefício?	59

Gráfico 17 – Entrevista de desligamento – Questão 6: Opinião sobre os benefícios/serviços oferecidos pela organização	60
Gráfico 18 – Entrevista de desligamento – Questão 7: Voltaria a trabalhar na Empresa?	61
Gráfico 19 – Entrevista de desligamento – Questão 8: Ajude-nos a melhorar, dê a sua opinião/sugestão de melhorias para a empresa.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Fatores de risco que causam LER/DORT	26
Quadro 2 –	Subcategorias do absenteísmo.....	34
Quadro 3 –	Evolução da área de Gestão de Pessoas (1910 a 1920).....	37
Quadro 4 –	Fase das relações humanas (1950 a 1960).....	37
Quadro 5 –	Quantidade de profissionais que apresentaram atestados divididos por turnos em 2012.....	46
Quadro 6 –	Informações relevantes questionário sóciodemográfico.....	55
Quadro 7 –	Principais informações para o processo de aperfeiçoamento das práticas de gestão de pessoas	62
Quadro 8 –	Entrevista com os gestores das áreas operacionais: Questão 1	63
Quadro 9 –	Entrevista com os gestores das áreas operacionais: Questão 2	63
Quadro 10 –	Entrevista com os gestores das áreas operacionais: Questão 3	64
Quadro 11 –	Entrevista com os Gestores das áreas operacionais: Questão 4	65
Quadro 12 –	Informações mais relevantes para a análise de melhorias para a empresa	66
Quadro 13 –	Práticas atuais da área de gestão de pessoas.....	68
Quadro 14 –	Práticas de Gestão de Pessoas e Atestados Médicos apresentados em 2012	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CESTEH/ENSP/ FIOCRUZ	Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz
CGSAT	Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
ICOH	International Commission on Occupational Health [Comissão Internacional de Saúde do Trabalhador]
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PSNT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SRTE	Superintendência Regional de Trabalho e Emprego
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Problema de pesquisa.....	15
1.1.2	Objetivos do estudo	15
1.1.2.1	Objetivo geral.....	15
1.1.2.2	Objetivos específicos.....	15
1.1.3	Contribuições e justificativa do estudo.....	16
1.1.4	Proposições	16
2	SAÚDE DO TRABALHADOR: CENÁRIOS E PERSPECTIVAS	18
2.1	Histórico da Relação entre Saúde e Trabalho.....	18
2.2	Campo da Saúde do Trabalhador no Brasil	19
2.3	Doenças Ocupacionais	24
2.3.1	Conceito e classificação.....	24
2.3.2	Principais doenças ocupacionais no setor de produção.....	25
2.4	Absenteísmo	32
3	GESTÃO DE PESSOAS	36
3.1	Evolução Histórica da Gestão de Pessoas	36
3.2	Práticas de Gestão de Pessoas e a Saúde do Trabalhador	39
3.3	Trajectoria Histórica da Organização	40
3.4	Área de Produção.....	41
4	METODOLOGIA DO ESTUDO	43
4.1	Participantes da Pesquisa	43
4.2	Instrumentos de Coleta de Dados.....	44
4.2.1	Entrevistas	44
4.2.2	Questionário sociodemográfico.....	44
4.2.3	Dados documentais.....	44
5	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
5.1	Questionário Sociodemográfico dos Profissionais que apresentaram atestados no ano de 2012.....	50
5.2	Entrevistas de Desligamento.....	62
5.3	Entrevista com os Gestores das Áreas Operacionais.....	62

5.4	Práticas de Gestão de Pessoas em Relação à Saúde do Trabalhador no Setor de Produção.....	66
5.5	Práticas Atuais da Área de Gestão de Pessoas da Empresa Pesquisada.....	67
5.6	Atestados Médicos e as Práticas de Gestão de Pessoas	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS.....	74
	WEBGRAFIA.....	77
	APÊNDICES	80
	APÊNDICE A – ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO	81
	APÊNDICE B – ENTREVISTA COM OS GESTORES.....	84
	APÊNDICE C – PROPOSTA DE MELHORIA NO AMBIENTE DE TRABALHO.....	85
	APÊNDICE D – PROPOSTA DE MELHORIA NO PROCESSO DE TRABALHO.....	85
	APÊNDICE E – PROPOSTA DE MELHORIA NOS PROCESSOS DE GESTÃO DE PESSOAS	86

1 INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos, a globalização e as mudanças no cenário corporativo trouxeram alterações no universo laboral, exigindo cada vez mais profissionais com alta *performance*, comprometendo a saúde física, social e emocional dos trabalhadores. Com as mudanças ocorridas, as organizações impuseram uma sobrecarga de informações aos profissionais, além de acelerarem o ritmo de trabalho, exigindo constantemente novas competências dessas pessoas, o que pode resultar em acidentes e doenças ocupacionais, ocasionando o absenteísmo nas empresas.

Em face desse quadro, o papel da Gestão de Pessoas, políticas e práticas é fundamental quando se busca analisar ou compreender o processo de adoecer do trabalhador, em um sentido mais amplo, partindo da sua inserção no trabalho, das cobranças e exigências solicitadas pelas organizações e, principalmente, considerando sua trajetória vivencial e a subjetividade de cada indivíduo.

Cabe destacar que Gestão de Pessoas é o conjunto de atividades que gerenciam os trabalhadores em seu ambiente de trabalho. Trata-se de uma evolução de modelos e papéis ocorrida com o tradicional departamento de pessoal das empresas, encarregado de controlar e registrar aspectos burocráticos e normativos dos recursos humanos. Para Fischer (1998), a Gestão de Pessoas é a forma com que as empresas se organizam para gerenciar e orientar o comportamento humano no trabalho. A área de Gestão de Pessoas é constituída por um conjunto de pressupostos, práticas e instrumentos que orientam os estilos de atuação dos gestores em sua relação com aqueles que trabalham na organização.

O impacto das mudanças ocorridas no cenário corporativo sobre a saúde e bem-estar do trabalhador tem preocupado as empresas e a área de Gestão de Pessoas quanto às estratégias e ações preventivas da área de saúde do trabalhador. Nessa perspectiva, esta última área tem como objetivo estudar o processo de saúde-doença nos grupos humanos e sua relação com o contexto laboral, criando mecanismos e direcionando esforços para a implementação de recursos que proporcionem melhores condições de saúde ao trabalhador, promovendo-lhe melhor qualidade de vida.

Segundo estatísticas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), anualmente mais de 160 milhões de trabalhadores são acometidos por doenças ocupacionais em todo o mundo, sendo que 2 milhões morrem a cada ano de doenças ou acidentes que acontecem no próprio ambiente de trabalho (OIT, 2001).

No Brasil, as doenças ocupacionais constituem um problema de saúde pública, sendo que os principais dados são oferecidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) mediante pesquisa com profissionais que apresentam registro em carteira. Os dados não somam os trabalhadores informais, pois não existem informações sobre as patologias laborais e os acidentes de trabalho relativos a eles. Acrescenta-se ainda que as doenças ocupacionais acometidas entre trabalhadores rurais (30% da força de trabalho do Brasil) não são notificadas (PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2013).

Murta e Tróccoli (2004) demonstram que a área industrial tem sofrido com as doenças ocupacionais ocasionadas pela sobrecarga de trabalho, pressão no trabalho, condições desfavoráveis no ambiente organizacional, relação abusiva entre supervisores e subordinados, ciclos de trabalhos ininterruptos, impondo ao trabalhador maiores exigências a serem enfrentadas.

Em razão dos dados observados no cenário brasileiro e o aumento das doenças que vêm ocorrendo no contexto do trabalho, resultando no sofrimento do trabalhador e seu isolamento social, novos estudos e investigações são necessários com o intuito de analisar os acidentes, as doenças ocupacionais e o absenteísmo, causas e consequências ante a organização do trabalho.

O problema do absenteísmo nas empresas ocorre mais comumente na área da produção, onde as atividades são fragmentadas, não há um envolvimento intelectual e os trabalhadores, na maioria das vezes, são pressionados a cumprir metas e objetivos que venham atender à solicitação dos clientes e do próprio mercado.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é diagnosticar as principais doenças ocupacionais na área de produção que ocasionam o absenteísmo e as contribuições da Gestão de Pessoas da empresa pesquisada, no sentido de garantir a saúde do trabalhador.

1.1 Problema de Pesquisa

Algumas exigências do contexto de trabalho são impostas aos profissionais e têm relação com sua saúde tanto nos aspectos físicos e psicológicos, envolvendo uma cadeia de reações complexas em níveis biológico, psicológico e social, situação na qual os recursos de cada indivíduo podem se esgotar até se chegar à exaustão. Esse processo envolve situações no ambiente de trabalho que ameaçam as necessidades de realização pessoal e profissional e/ou a saúde física ou mental do colaborador, prejudicando sua integração com o próprio ambiente de trabalho, seu desempenho e produtividade.

Diante do contexto, as contribuições da área de Gestão de Pessoas são fundamentais na implantação de práticas e ações preventivas que atendam à saúde do trabalhador em suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais.

Nesse sentido, a questão a ser respondida nesta pesquisa é: **quais as principais doenças ocupacionais que levam ao absenteísmo na área de produção de uma empresa metalúrgica? E quais as práticas da Gestão de Pessoas que atendam à saúde do trabalhador e minimize os índices de absenteísmo.**

1.1.2.1 Objetivo geral

O objetivo da pesquisa é diagnosticar as principais doenças ocupacionais na área de produção que ocasionam o absenteísmo e as contribuições da Gestão de Pessoas da empresa pesquisada.

1.1.2.2 Objetivos específicos

- Levantar o perfil sociodemográfico dos profissionais que apresentaram atestados médicos da área de produção da empresa pesquisada referente ao ano de 2012.
- Conhecer as principais doenças ocupacionais que levam ao absenteísmo do setor de produção da empresa pesquisada.

- Investigar as práticas de Gestão de Pessoas em relação à saúde do trabalhador do setor de produção da empresa pesquisada.

1.1.3 Contribuições e justificativa do estudo

O presente estudo justifica-se pelo aumento do absenteísmo ocasionado pelos acidentes de trabalho e pelas doenças ocupacionais relacionadas ao ambiente corporativo e o reflexo no bem-estar físico, emocional e social do trabalhador e seu impacto negativo na gestão. Este trabalho justifica-se também pelo fato de que novas pesquisas e estudos são necessários, com o objetivo de se investigar as causas do absenteísmo que acometem os profissionais do setor industrial e comprometem a saúde do trabalhador e, com isso, o desempenho e a produtividade nas indústrias. Nesse sentido, pretende-se com este estudo contribuir para o conhecimento das práticas de Gestão de Pessoas para a promoção da saúde do trabalhador ainda pouco explorada nas indústrias metalúrgicas de médio porte e para os estudos acerca do tema, uma vez que a literatura existente é mais voltada a pesquisas diagnósticas e pouco voltadas ao entendimento do absenteísmo, que pode manifestar-se de maneiras distintas para cada trabalhador. Estudos e pesquisas voltados à área industrial, como os de Levi e Lunde-Jensen (1996), Amabile e Conti (1999) e Paoli e Merllier (2001), apontam indicadores com maior índice de absenteísmo do trabalho: pressão para produtividade, condições desfavoráveis de trabalho, sobrecarga, relação abusiva entre supervisores e subordinados e controle excessivo nas tarefas, os quais refletem na saúde do trabalhador.

1.1.4 Proposições

Proposição 1: A organização pesquisa ao levantar as principais causas (doenças ocupacionais) relacionadas ao absenteísmo na área de produção irá diagnosticar os GAPES da liderança e práticas de GP que contribuem com o alto absenteísmo.

Proposição 2: Com as medidas já adotadas pela GP e os resultados levantados na pesquisa, o estudo poderá contribuir para aferição e comparação das atuais práticas e o controle do absenteísmo na área de produção.

Proposição 3: As práticas de GP não obterão resultados na diminuição do absenteísmo na organização, se não existir o comprometimento dos líderes e gestores com a saúde do trabalhador.

Proposição 4: O estudo irá demonstrar o real comprometimento com a saúde do trabalhador da área de produção da empresa pesquisada pesquisa e da área de GP.

Proposição 5: O estudo apontará as principais causas do absenteísmo da área de produção e as consequências no bem estar físico, mental e social do trabalhador.

2 SAÚDE DO TRABALHADOR: CENÁRIOS E PERSPECTIVAS

O capítulo visa apresentar um resumo da história da saúde do trabalhador no mundo e no Brasil, bem como relatar o processo adoecer do trabalhador, as principais causas das patologias e o impacto das doenças na vida dos trabalhadores. Será apresentado o conceito e a classificação das principais doenças ocupacionais acometidas no setor de produção. Na sequência, será detalhado o conceito do absenteísmo e as principais causas.

2.1 Histórico da Relação entre Saúde e Trabalho

O tripalium ou tripalus, um instrumento de três pernas utilizado para imobilizar cavalos e bois, deu origem à palavra trabalho. Tripalium também significa o nome de um instrumento que era utilizado para torturar escravos. Nos ensinamentos bíblicos, o trabalho também é pregado como uma forma de punição para o homem em pecado (GONÇALVES; COIMBRA 2002).

Areias e Comandule (2004) citam que os primeiros trabalhos realizados pelo homem foram a pesca e a caça, pois ele visava apenas a sua sobrevivência, e que a agricultura foi um ponto fundamental e decisivo para o estabelecimento e desenvolvimento das relações sociais do homem. Nessa fase, o trabalho obedecia às leis da natureza, como o horário do sol, chuva, as estações do ano, e era realizado respeitando principalmente as condições físicas do homem, que detinha todo o processo dessa atividade em suas mãos.

Para Gonçalves e Coimbra (2002), com a Revolução Industrial iniciada no Reino Unido no século XVIII e posteriormente expandida no mundo no século XIX, o trabalho adquire nova conotação e passa a ser visto como duro e penoso, porém necessário para se conseguir uma vida mais digna. O homem, que na época trabalhava com um processo artesanal utilizando apenas pequenas máquinas de baixa tecnologia para gerenciar todo o processo de fabricação de seus produtos desde a compra da matéria-prima, a venda até o lucro recebido, passou a trabalhar para um patrão, operando máquinas e recebendo um pagamento pelos serviços prestados.

A tecnologia industrial evoluía de forma acelerada, forçando o desenvolvimento de novos equipamentos, máquinas, produtos químicos e o rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho. Na industrialização, com a mecanização e a fragmentação da produção, o homem perde o domínio do processo de suas atividades, antes artesanal e contínuo, permitindo a ele relacionar-se com as pessoas e manter o envolvimento intelectual no trabalho realizado. Borges e Yamamoto (2004) afirmam que o trabalhador, quando desconhece o processo produtivo e o valor que agrega ao produto, pode tornar-se alienado. No processo de industrialização, surge a separação total entre trabalho e lazer, tornando o processo laboral monótono e com atividades repetitivas. No entendimento de Masi (2000), a fábrica, com seu planejamento que visa à eficácia, expulsa tudo aquilo que não é racional: a dimensão emotiva e, em parte, a ética do trabalhador.

A Revolução Industrial impulsionou o desenvolvimento do capitalismo e a instauração de uma nova era, porém trouxe alguns agravantes principalmente relacionados à saúde dos trabalhadores. Ribeiro (1999) cita que, em meados do século XIX, o número de acidentes e doenças do trabalho cresceu de tal modo nas indústrias de mineração, metalurgia e têxtil que sistemas de reparação financeira às vítimas e aos familiares começaram a ser implantados. Nessa época, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos operários a um processo de produção acelerado e desumano, exigiu uma intervenção para que o processo de industrialização não fosse interrompido. Diante de tal ameaça surge, na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, a medicina do trabalho, a primeira intervenção para amenizar os agravos causados na saúde dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

A contratação de um médico para atuar dentro das fábricas tinha o objetivo de minimizar os impactos do novo processo de trabalho na saúde dos trabalhadores e para atuar como os “olhos do patrão”. A implantação de serviços com esse padrão expandiu-se rapidamente por outros países. A OIT, fundada em 1919, preocupada em prover serviços médicos aos trabalhadores, em 1953, por meio da Recomendação 97, que tratava da “Proteção de Saúde dos Trabalhadores”, instava aos seus Estados membros que fomentassem a formação de médicos do trabalho. Em 1958, membros do conselho administrativo da OIT divulgaram que a denominação “Serviços Médicos do Trabalho” fora substituída por “Serviços de Medicina do Trabalho” (MENDES; DIAS, 1991).

Ao final da Segunda Guerra Mundial, os agravos causados à saúde dos trabalhadores, os acidentes de trabalho e as mortes ocorridas dentro das fábricas tornaram-se um pesadelo para os empregadores, que necessitavam de mão de obra, e para as companhias de seguro, que arcavam com altas indenizações por incapacidades provocadas pelo trabalho, tornando visível a fragilidade da medicina do trabalho frente ao novo rearranjo do processo produtivo. Surgiu, então, a necessidade de ampliar a atuação da medicina do trabalho por meio da intervenção no ambiente profissional de trabalho e a integração de outras disciplinas e outras profissões. Assim, a saúde ocupacional nasceu com uma proposta de multi e interdisciplinaridade, com o objetivo de controlar também os riscos ambientais (MENDES; DIAS, 1991).

Apesar de sua proposta de integração com outras disciplinas e de atuar no ambiente de trabalho a saúde ocupacional não alcançou o seu objetivo e manteve a sua origem da medicina do trabalho firmada no mecanicismo, conforme apontam Mendes e Dias (1991). Em 1968, um movimento social despontou nos países industrializados reivindicando a participação dos trabalhadores nas questões da saúde e da segurança. Em resposta a esse movimento, novas políticas sociais transformaram-se em leis. Cabe ressaltar que a década de 70 foi marcada por profundas mudanças nos processos de trabalho.

A saúde do trabalhador nasceu após o intenso processo social de mudanças e sua principal característica era ser um campo em construção. Mendes e Dias (1991) definem a saúde do trabalhador como um processo saúde-doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho – como e por que ocorre –, buscando o desenvolvimento de alternativas de intervenção.

Nessa perspectiva, as ações voltadas à saúde do trabalhador procuram obter respostas para o adoecer e o morrer dos trabalhadores, desvinculando a doença de um agente específico ou de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. Por se tratar de um campo em construção, os trabalhadores lutam por mais participação nas decisões relacionadas a novas metodologias de trabalho e tecnologias tornando o processo menos imposto pelos empregadores.

2.2 Campo da Saúde do Trabalhador no Brasil

Em 1904, o primeiro projeto de regulamentação dos acidentes de trabalho foi apresentado ao parlamento. Após quatro anos, em 1908, outro projeto semelhante ao primeiro também foi apresentado ao parlamento, porém ambos não tiveram sucesso. Somente em 1915, o projeto apresentado por Adolfo Gordo foi aprovado e passou a vigorar em 1919, tornando-se a primeira legislação social de alcance nacional no Brasil. As justificativas do projeto foram o aumento do mecanicismo, as reclamações dos trabalhadores, o desenvolvimento da teoria de risco profissional e melhorias nos conflitos entre o capital e o trabalho. (RODRIGUES; BELLINE, 2010).

No fim do século XIX, o Brasil assistiu ao processo de construção da classe operária brasileira pautada pela expansão da economia cafeeira. Com o término do regime escravocrata, o eixo Rio de Janeiro e São Paulo presenciaram a formação do mercado de trabalho e de consumo interno impulsionado pelo desenvolvimento industrial.

Os principais ramos da economia eram estes: têxtil, vestuário, produtos alimentares e oficinas de manutenção. Nesse período, muitas indústrias contratavam mão de obra feminina e crianças vindas principalmente da zona rural ou de outros estados, e a gestão da força de trabalho variava de acordo com o segmento e o tamanho da empresa. Muitos movimentos grevistas foram realizados no período reivindicando mormente melhores condições de trabalho, descanso semanal remunerado, salário, jornada de trabalho, indenização por acidente, limitação do trabalho de mulheres e crianças e melhorias nas condições de higiene. Nessa época, a questão social era considerada questão de polícia (FLEURY; FISCHER, 1992).

A urgência da saúde do trabalhador no Brasil começou nos anos 80 em uma conjuntura política de organização e de lutas pela redemocratização do país e pela reforma sanitária inspirada pelo Movimento Operário Italiano. A Constituição de 1988 determinou ser dever de o Estado garantir saúde a toda a população. No início dos anos 90, houve a elaboração da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.090/90), que incluía ações em saúde do trabalhador, acompanhada de uma proposta do Ministério da Saúde, que organizava todas as ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com o propósito de potencializar os escassos

recursos disponíveis, capacitar profissionais para desenvolverem atividades ligadas à área de saúde e facilitar o diálogo com o movimento social.

A década de 90 presenciou um considerável crescimento e expansão das ações em saúde do trabalhador, porém enfrentou problemas, tais como: isolamento, pouco financiamento e baixa cobertura das ações (CASTRO; LEÃO, 2010). No final da década de 90 e início de 2000, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.679/2002 criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e incluiu a área de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

A RENAST nasceu com a proposta de integrar os diversos centros e programas, com o objetivo de estruturar e normatizar a habilitação e o convênio entre os municípios, estados e o Ministério da Saúde para a implantação dos CEREST em território nacional.

O SUS (2013) tem os seus serviços *administrados* pelos governos federal, estaduais e municipais e por órgãos e secretarias coligadas, cujos principais objetivos são:

- tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independentemente do poder aquisitivo do cidadão;
- promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes, para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde;
- controlar a ocorrência de doenças, seu aumento e propagação. A Vigilância Epidemiológica é uma das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, exames, alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público onde atua a Vigilância Sanitária.

Nesse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira.

São muitas as estruturas do aparelho de Estado que administram a Saúde do Trabalhador: Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador

(CGSAT)/Ministério da Saúde; Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ); Superintendências Regionais de Trabalho e Emprego (SRTE); Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro); universidades; Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador/Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (RENAST/CEREST); o que torna a gestão atual do sistema ou a implantação de uma nova política um processo moroso e com ambiguidade de informações.

Vasconcelos e Machado (2007) afirmam que o nível de articulação entre as estruturas do aparelho do Estado é muito baixo e, em alguns casos, inexistente, com isso gera-se a dispersão de recursos e a omissão de responsabilidades. Segundo os autores, desde o início dos anos 90, o Estado vem sendo chamado para uma responsabilidade de traçar uma política para a área, porém pouco se fez nessa direção, e a Saúde do Trabalhador no Brasil continua carente de uma definição política mais determinante.

Em 2005, na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), foi abordada de forma enfática a necessidade de se estabelecer uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, sendo que, em 1994, o tema já havia sido pauta da 2ª CNST, não havendo continuidade nas propostas apresentadas anteriormente.

A construção de uma Política Nacional de Saúde do trabalhador (PSNT) no Brasil é vinculada à ação de saúde e à ação política, apoiada no conceito do desenvolvimento sustentável cuja base depende do SUS, o qual tem uma estrutura efetivamente sistêmica, necessita de uma profunda revisão política estrutural e vai além do setor de saúde (VASCONCELOS; MACHADO, 2007).

Apesar das várias iniciativas no campo da saúde do trabalhador desde 1990, quando a Lei 8.080/90 passou a vigorar, é perceptível que poucas inovações foram implantadas. Existe um descompasso entre a relação saúde-trabalho do mundo da saúde pública e o desenvolvimento sustentável. Os campos políticos e o da produção de saberes são os obstáculos a serem vencidos para a construção de uma política centrada na saúde do trabalhador, asseveram Vasconcelos e Machado, (2007). É necessário mais envolvimento e apoio das agências de fomento, do sistema de saúde, das universidades e dos institutos de pesquisas, para que se possa ampliar e difundir mais o conhecimento sobre as condições de trabalho e suas consequências para a saúde do trabalhador.

2.3 Doenças Ocupacionais

Serão apresentados o conceito e a classificação das doenças ocupacionais, as principais doenças que acometem a área de produção da empresa em estudo e as suas principais causas.

2.3.1 Conceito e classificação

Para Mendes (2003), existem, no Brasil, diversas situações de trabalho caracterizadas por vários arranjos tecnológicos, relações e formas de contrato, diferentes formas de gestão que refletem sobre o viver, o adoecer e o morrer dos trabalhadores. A relação entre o trabalho e a evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem decorrências éticas, técnicas e legais que repercutem sobre a organização e a geração de novas ações de saúde para a classe trabalhadora.

Utilizando a metodologia histórica que define o conceito de que a doença transita entre o subjetivo e o objetivo, entre o individual e o coletivo, entre o físico e o mental, identifica-se duas dimensões das doenças: dimensão individual, que sofre forte influência dos valores culturais e varia de acordo com o nível de sensibilidade de cada pessoa; dimensão populacional, que é resultado da somatória das dimensões individuais definidas para atender a dinâmica da sociedade, seus padrões culturais, econômicos, políticos e científicos. Dessa forma, as doenças variam em escala de tempo e lugar e conforme as mudanças globais e as relações de trabalho acontecem (MENDES; DIAS, 1991).

As doenças ocupacionais estão diretamente relacionadas à realização da atividade laboral ou às condições de trabalho às quais os trabalhadores são submetidos. Conforme cita o inciso II do artigo 20 da Lei nº 8.213/91, a doença do trabalho é entendida como uma enfermidade adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em virtude da maneira que a atividade profissional é realizada, desde que constante da relação do Decreto nº 2.172/97.

Visando administrar as ações de diagnóstico, tratamento, vigilância em saúde e a relação da doença com o trabalho, o Ministério da Saúde desenvolveu uma lista de doenças relacionadas ao trabalho publicada por meio da Portaria/MS nº 1.339/99. Pretendeu-se, com essa lista, construir um perfil mais próximo do real quanto à morbimortalidade dos trabalhadores, apesar dos esforços do Ministério da

Saúde, o Brasil ainda não possui dados confiáveis para a realização de um diagnóstico eferente às doenças ocupacionais, afirma Vasconcelos e Machado (2011).

Oliveira (2009) relata que, no Brasil, as doenças ocupacionais são equiparadas aos acidentes de trabalho, gerando os mesmos direitos e benefícios, e comprovadas mediante perícia médica do INSS. As perícias constataam a ocorrência nexu técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo causado ao trabalhador, como consequência da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida da incapacidade/doença listada na Classificação Internacional de Doenças CID-10.

2.3.2 Principais doenças ocupacionais no setor de produção

Dentre as várias doenças ocupacionais relacionadas pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) serão apresentadas no capítulo a seguir as principais doenças ocupacionais presentes no setor de produção.

➤ LER/DORT

Lesão por Esforço Repetitivo, patologia denominada pela sigla LER passou a chamar-se Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT). A nova denominação foi adotada por ser um termo mais abrangente, pois essa nomenclatura contempla em seu bojo uma maior variedade de entidades mórbidas causadas pela interação dos diversos fatores laborais, ampliando a análise de seu quadro clínico anteriormente apenas relacionada a um ou dois fatores de risco ou a uma lesão orgânica ou restrita exclusivamente a um segmento corporal (CAMARGO; FONTES; OLIVEIRA, 2004).

Segundo a Norma técnica do INSS 1991 LER/DORT é definida como uma síndrome clínica caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não por alterações objetivas, e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho. Existe uma subjetividade no processo do diagnóstico das LER/DORT pelo fato de a patologia possuir, como característica, a sua manifestação apenas por meio de sintomas que apresentam sinais de doença somente em seu estágio mais avançado. O diagnóstico das LER/DORT é baseado no relato do paciente, mesmo os exames complementares

apresentam falhas em seus resultados, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento no início da doença, pois se trata de uma vivência única e exclusiva do doente. Diante de tais barreiras para o diagnóstico da doença, geralmente o tratamento é tardio o que compromete o processo de cura (BARROS; GUIMARÃES, 1999).

Para Barros e Guimarães (1999), as LER são uma patologia considerada de caráter sindrômico e seunexo causal está relacionado a determinados tipos de trabalho. As LER/DORT não são consideradas patologias atuais, elas foram identificadas em 1.700 pelo médico italiano Bernardino Ramazzini, entretanto foi na década de 50, no Japão, que a doença assumiu *status* epidêmico fato que coincide com as intensas mudanças tecnológicas e com a organização de trabalho.

Camargo, Fontes e Oliveira (2004) apontam que as LER apresentam sintomas concomitantes ou não, geralmente nos membros superiores, tais como: dor, parestesias, e podem manifestar-se em diferentes quadros clínicos, por exemplo, síndrome tensional do pescoço, tendinite de supraespinhoso, síndrome do túnel do carpo, entre outras. Esses quadros podem ser diagnosticados em diferentes estágios, e os sintomas variam de doente para doente. Os autores apresentam dois fatores de risco como nexocausal da patologia:

Quadro 1 – Fatores de risco que causam LER/DORT

Fatores Ergonômicos:
Relacionam-se a toda e qualquer atividade em que existam os fatores biomecânicos e organizacionais. Entre os elementos atribuídos à ergonomia, cinco podem acarretar o estresse e posterior manifestação das LER/DORT.
1. Ambiente físico (ruído, temperatura, ar, iluminação, entre outros).
2. Fatores tecnológicos que podem comprometer o rendimento do trabalho.
3. Cargas de trabalho em excesso ou escassez.
4. Pressão para o cumprimento de tarefas.
5. Fatores organizacionais, como turnos de trabalho e a organização deste.
Fatores psicossociais e organizacionais:
Referem-se aos aspectos do meio ambiente de trabalho, principalmente os relacionados à convivência no coletivo.
1. A relação com a chefia e colegas e os conflitos que essa relação pode causar.
2. A carga de trabalho, pressão longas jornadas são fatores considerados de risco.
3. Lancman e Sznelwar (2008) citam que a partir do pressuposto de que a organização do trabalho é muito restritiva, com tarefas muito fragmentadas e ações por vezes repetitivas e desprovidas de sentido, o indivíduo é levado ao sofrimento psíquico.

Fonte: Camargo, Fontes e Oliveira (2004).

Estudos mostram que, quando um indivíduo permanece exposto a ambientes com tais características, o seu ritmo de trabalho para atender as demandas impostas aumenta e tal comportamento compromete a sua saúde, pois quando associadas a alterações fisiológicas, como aumento da susceptibilidade das respostas neuromusculares periféricas e tensão muscular podem contribuir para o surgimento da patologia (BARROS; GUIMARÃES, 1999).

Diante do exposto, fica evidente que o diagnóstico das LER/DORT é complexo devido à diversidade de fatores que se pode considerar como nexos causais e, conforme mencionado anteriormente, ao fato de ser diagnosticado por meio dos relatos dos sintomas dos doentes. Salim (2003) cita que, apesar de as LER/DORT não serem uma patologia recente, sem dúvida vêm assumindo um caráter epidêmico, sendo algumas de suas patologias crônicas e recidivas, ou seja, de terapia difícil, pois se renovam facilmente quando da retomada dos movimentos repetitivos, e ressalta que a incapacidade gerada pela doença não impossibilita apenas a vida no ambiente de trabalho, mas o convívio social também é afetado.

➤ **Estresse laboral**

Segundo França e Arellano (2002), todo indivíduo é um complexo biopsicossocial, ou seja, possui potencialidades biológicas, psicológicas e sociais que correspondem simultaneamente às condições de vida do ser humano. O trabalho tem um papel importante para o indivíduo, uma vez que ele estrutura e organiza a vida das pessoas dando-lhes uma identidade, proporciona uma vida social ativa, uma rede de relacionamentos, estrutura o tempo, entre outros benefícios.

De acordo com Fontes e Guimarães (2004), o ingresso no mundo do trabalho tanto pode contribuir para fortalecer a vitalidade e a saúde mental das pessoas, proporcionando-lhes vivências prazerosas, oportunidades e o convívio social saudável, como pode também ser uma fonte de sofrimento e angústias, traduzindo em doenças psicossociais, psicossomáticas ou psiquiátricas. Rossi (2007) afirma que o estresse relacionado ao trabalho põe em risco a saúde dos trabalhadores, sendo que de 50% a 80% de todas as doenças têm um fundo psicossomático ou estão relacionadas ao nível de estresse.

Chiavenato (2010) define estresse como um conjunto de reações físicas, químicas e mentais de uma pessoa, decorrente de estímulos ou estressores que existem no ambiente de trabalho, é a soma das perturbações orgânicas e psíquicas provocadas por diversos agentes agressores, como traumas, emoções fortes, pressão, exposição a situações conflitivas, relacionamento entre chefia e colegas, entre outros. A convivência nesses ambientes estressa o indivíduo levando-o à ansiedade e à angústia.

Na concepção de Cooper (2007), o estresse laboral é visto como “qualquer força” que conduz um fator psicológico ou físico além de seus limites de estabilidade, produzindo uma tensão no indivíduo. Os autores consideram que os fatores ambientais – que envolvem a família, o trabalho e a vida pessoal – e os fatores individuais – que envolvem características da personalidade, atitudes e indicadores culturais – podem ser os desencadeadores do estresse e demandam estratégias de enfrentamento por parte do indivíduo.

As mudanças ocorridas nas organizações, intensificadas na década de 80, como as reengenharias, privatizações, aquisições, *joint venture* e a globalização, somadas à evolução tecnológica, fizeram com que os operários trabalhassem mais horas e arduamente para alcançar seus objetivos pessoais e materiais. Nesse contexto, iniciaram-se as tensões e começou a surgir o conceito de Burnout, considerado como alto nível de estresse (COOPER, 2007).

Guimarães e Freire (2004) apontam duas razões para a discussão do tema “estresse laboral”: a primeira está relacionada com a natureza política, focada na regulamentação e programas de atuação em saúde ocupacional; e a segunda foca na redução dos custos que são evitáveis mediante o fomento da saúde e a adequada configuração dos postos de trabalho. Para Levi (2007), os mecanismos patogênicos do estresse são as reações emocionais (ansiedade, alienação, depressão, hipocondria), as reações cognitivas (perda da concentração e da memória, capacidade de aprender), as relações comportamentais (abuso de drogas, álcool e cigarro, comportamento destrutivo) e as reações fisiológicas (difusão neuroendócrina e imunológica).

A vida laboral ativa representa muito para a saúde das pessoas e supera as implicações que a higiene e a medicina do trabalho têm hoje. Guimarães e Freire (2004) afirmam que as enfermidades reconhecidas podem representar apenas uma

pequena parte do amplo espectro de enfermidades que a condição laboral pode ocasionar às pessoas.

Diante do exposto, o desenvolvimento do estresse pode estar diretamente relacionado com as condições e relações de trabalho. Tal conjuntura obriga as empresas a desenvolver projetos voltados à qualidade de vida e ao bem-estar dos seus trabalhadores. E aqueles que atuam em um ambiente ambíguo e extremamente competitivo necessitam desenvolver habilidades de enfrentamento para conviver com experiências estressantes.

➤ **Álcool**

O álcool é considerado uma substância psicoativa química que afeta o sistema nervoso central, alterando os pensamentos e comportamentos dos seus usuários. Por ser uma substância psicoativa, o álcool é uma droga que contribui para muitas funções individuais e sociais. Nos aspectos individuais, a droga promove estimulação, fuga e alívio para estados emocionais adversos, alterando estados de consciência. Nos aspectos sociais, a substância é um promotor de interação social (CASTRO, 2002).

Lacerda (1999) relata que o álcool é considerado a substância mais consumida no mundo, e certamente o consumo no local de trabalho compõe esse padrão de uso global. O alcoolismo é o segundo maior transtorno psiquiátrico da atualidade, abaixo apenas da depressão. A mesma autora cita que a faixa etária que mais consome álcool é dos 20 aos 40 anos, com transtornos aparentes na saúde e no comportamento dos usuários e evidentes prejuízos laborais.

Vaissman (2004), em seu estudo intitulado *Alcoolismo no Local de Trabalho*, apresenta que, no Brasil, o alcoolismo é o terceiro motivo para o absenteísmo no trabalho, favorecendo a aposentadoria precoce de profissionais usuários e aumentando o risco de acidentes de trabalho e trajeto, é a oitava causa para a concessão de auxílio-doença pela Previdência Social. O alcoolismo passou a ser considerado uma doença em 1956 pela Associação Médica Americana, que se encontra classificada pelo CID em sua décima revisão. A origem da dependência é multicausal, considerando que há fatores de vulnerabilidade genética, biológica, psicológica e socioculturais que interagem para a instalação do alcoolismo crônico.

Para Martins (2004), apesar de os fatores citados que favorecem ao consumo excessivo do álcool, uma segunda perspectiva também é identificada: o ambiente de trabalho, que traz em seu bojo fatores que influenciam o consumo do álcool como um controle social, principalmente para os que se consideram excluídos, a cultura organizacional de disponibilidade da substância, alienação, estresse, pressão e insegurança, sendo o estresse considerado um importante fator de risco.

Vaissman (2004) pressupõe que, em determinadas ocupações, o uso do álcool é mais frequente, principalmente para os cargos de menor prestígio ou expostos a fatores que são considerados um risco para a saúde ou ainda os cargos sem perspectivas de ascensão profissional. Lacerda (1999) aponta o uso abusivo da substância com uma confrontação com a organização do trabalho por parte dos trabalhadores, sendo considerado um *status* de defesa praticamente indissociável da profissão. O alcoolismo reduz a produtividade dos trabalhadores, onera as organizações e os órgãos públicos responsáveis pelos custos com os auxílios-doença e o tratamento da doença. Conforme Martins (1999), na década de 70, os problemas relacionados com a saúde mental dos trabalhadores, somados ao desejo de conter os crescentes custos relacionados à saúde e reduzir perdas de produtividade incentivaram as empresas americanas a desenvolver programas de prevenção da doença, os quais serviram de modelo para outros países.

Apesar da gravidade do problema que afeta o dependente, seus familiares e as organizações públicas e privadas, as pesquisas relacionadas à patologia não fornece o rigor necessário para a sua prevenção, portanto é imprescindível um aprofundamento nos estudos para investigar a relação entre o ambiente de trabalho, o estresse ocupacional e o uso da substância (LACERDA, 1999).

➤ **Drogas**

O consumo de substâncias psicoativas é cada vez maior mundo afora, e a acessibilidade ao álcool e às drogas é um fator que impulsiona o aumento do consumo de ambos. A OIT (2003) considera a dependência como a necessidade de doses repetidas de drogas ou medicamentos para alguém se sentir bem ou evitar o mal-estar. É um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que

indicam que um indivíduo continua a consumir drogas apesar dos malefícios que as substâncias causam à sua saúde e bem estar.

Ao mesmo tempo em que os níveis de consumo de uma vasta gama de substâncias psicoativas controladas vêm aumentando em vários países, a idade dos usuários tem sido cada vez menor. Além de os danos causados à saúde do indivíduo, diversos estudos apontam os problemas causados para as empresas e os familiares dos dependentes. No que se refere aos trabalhadores, os abusos das substâncias podem ocasionar perda das relações pessoais, perda do emprego e problemas familiares e legais. Com relação às empresas, o abuso de substâncias psicoativas tem sido associado à perda de produtividade e aos custos com absenteísmo, acidentes de trabalho e *turnover* (AZEVEDO, 1999).

No Brasil, os estudos sobre o tema são escassos, mas existe um consenso entre os departamentos de recursos humanos e os médicos do trabalho de que os trabalhadores, sob a influência de tais substâncias, são mais propensos a cometer atos inseguros. Além disso, eles apresentam mais chances de afastamentos ou incapacitação decorrente de acidentes de trabalho, elevando, assim, os custos das organizações e reduzindo sua produtividade.

Apesar de os diversos estudos que apontam para a necessidade de as empresas desenvolverem programas de prevenção e apoio aos dependentes químicos, o local de trabalho ainda é um fator que promove o aumento do consumo das referidas substâncias. A OIT (2003) faz referência às condições que o trabalho oferece e que podem potencializar o consumo: riscos extremos de segurança, trabalho por turno ou no período noturno, trabalho em locais remotos, deslocamentos para longe de casa, conflitos de papéis, cargas de trabalho elevadas, desigualdade de remuneração e demais benefícios, tensão psicológica, estresse, monotonia e ausência de criatividade, insegurança do emprego e comunicação falha. Segundo a OIT (2003), a combinação desses fatores é mais evidente em algumas funções que em outras.

O estresse laboral é resultado de fatores próprios da organização do conteúdo e da organização do trabalho tanto quantitativos (pressão de tempo, produtividade) como qualitativos (trabalho com pouca ou ausência de criatividade ou escassa interação social), que podem provocar riscos à saúde do trabalhador, inclusive o uso de substâncias psicoativas químicas (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

O contexto organizacional vivido por muitos trabalhadores pode desenvolver ou reduzir o uso de tais substâncias, dependendo das práticas de gestão que a organização utiliza. Segundo Azevedo (1999), nas últimas décadas, o consumo de drogas lícitas ou ilícitas passou a ser encarado com um problema de saúde, o que permite abordagens terapêuticas, e não mais ser visto como um desvio de personalidade ou ato criminoso. Para a autora, a qualidade total das empresas também significa melhorias nas condições de vida pessoal e profissional do trabalhador, incluindo programas de prevenção para a dependência química dentro das organizações.

2.4 Absenteísmo

O absenteísmo é um assunto de interesse crescente dos empregadores, devido ao atual contexto econômico de competitividade vivido em todo o mundo, as extremas mudanças ocorridas no mundo do trabalho provocam mudanças na vida do indivíduo criando uma situação de constante instabilidade e de ameaças vivida como um mal inevitável dos tempos modernos Fischer (2008). Essa problemática acarreta no adoecer do trabalhador e compromete a competitividade das organizações que buscam ferramentas para minimizar os impactos negativos do absenteísmo.

Atualmente os índices de afastamento por acidente ou doença do trabalho são alarmantes. Segundo dados da Previdência Social, em 2011, foram registrados 711.164 acidentes e doenças do trabalho entre os trabalhadores assegurados por ela. Cabe destacar que nesse número não foram incluídos os profissionais autônomos, as empregadas domésticas e os trabalhadores rurais sem registro.

Diante do preocupante cenário, as organizações desenvolvem programas de prevenção de doenças, por exemplo, a ginástica laboral, *job rotation*, semana da saúde, bem como disponibiliza profissionais da área de saúde, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros, todos com o intuito de reduzir o percentual de profissionais doentes para minimizar os impactos causados à empresa em decorrência do absenteísmo.

É importante citar Michel (2009), pois, segundo o autor as condições ambientais, tais como: ruídos, temperaturas extremas, vibração, higiene, iluminação

inadequada, a organização do trabalho (conteúdo do trabalho, sobrecarga ou subcarga de trabalho físico ou mental), a participação e o envolvimento no trabalho, as relações interpessoais no trabalho e a impossibilidade de ascensão profissional podem determinar riscos à saúde do trabalhador.

O absenteísmo tem sido sinônimo de insatisfação com a organização do trabalho, pois ocorre por desmotivação e sobrecarga da equipe de trabalho e pode ser um indicativo da existência de problemas preocupantes quando ocasionado por doenças (SILVA; MARZIALE, 2003).

Pouco se sabe como o trabalhador se sente diante de imposições da chefia, sistemas de salários, relacionamento com os colegas, ambiente de trabalho, além do seu estado emocional, tornando-se um obstáculo para diagnosticar as possíveis doenças que o trabalho e o seu ambiente causam ao trabalhador.

Quick e Lapertosa (1982) esclarecem que o termo absenteísmo originou-se da palavra absentismo, que era aplicado aos proprietários rurais que abandonavam o campo para viver na cidade. Com o advento da industrialização, a palavra passou a ser usada para definir os trabalhadores que se ausentam ao trabalho.

O conceito de absenteísmo é vasto, são várias as abordagens na literatura para a expressão. A OIT (1989) define absenteísmo como tempo de ausência laboral que se aceita como justificativa a uma incapacidade do trabalhador, com exceção para aquela derivada de gravidez normal ou prisão. Conforme dados da OIT (2013), o absenteísmo decorrente de doenças abrange 75% das ausências na indústria, sendo justificado mediante a apresentação de atestados médicos segundo as normas legais da Seguridade Social.

De acordo com Mallada (2004), absenteísmo é classificado como voluntário e involuntário. É voluntário quando é caracterizado pelas ausências programadas, ou seja, as ausências previstas, como férias, licenças legais, folgas entre outras. Por outro lado, o absenteísmo involuntário é caracterizado pelas ausências não programadas, que, na maioria das vezes, são caracterizadas por problemas de saúde e/ou problemas pessoais.

Midorikawa (2000) considera o absenteísmo em duas categorias: o absenteísmo pela falta ao trabalho e o absenteísmo de corpo presente ou presenteísmo. O absenteísmo por falta ao trabalho é representado pela falta do indivíduo ao trabalho. Esse tipo é de simples mensuração, pois se calcula a perda

da produção pelas horas não trabalhadas. O absenteísmo de corpo presente ou presenteísmo é representado pelo trabalhador que, apesar de não faltar ao trabalho, tem o seu rendimento comprometido, seja por motivos de doença, seja por insatisfação. A mensuração desse tipo de absenteísmo é mais complexa.

Quick e Lapertosa (1982) classificam o absenteísmo pela falta ao trabalho em cinco subcategorias, a saber:

Quadro 2 – Subcategorias do absenteísmo

Absenteísmo Voluntário	Refere-se à ausência do funcionário por motivos particulares não justificados como doença e sem amparo legal.
Absenteísmo Compulsório	Corresponde à ausência ao trabalho mesmo que o trabalhador não deseje (suspensão, prisão ou outro motivo que o impeça de chegar ao trabalho).
Absenteísmo Legal	Envolve as faltas ao serviço amparadas por lei ou também chamadas faltas justificadas, como licença maternidade e paternidade, morte, doação de sangue, serviço militar, entre outras.
Absenteísmo por patologia profissional	Diz respeito às faltas por doenças profissionais ou ausências por acidentes de trabalho.
Absenteísmo por doença	São consideradas aqui todas as ausências por doença ou procedimentos médicos.

Fonte: Adaptado Quick e Lapertosa (1982).

O absenteísmo pode ser medido e acompanhado e ainda definido como um dos indicadores da área de recursos humanos. O cálculo do absenteísmo apresenta-se de diferentes formas e é adotado conforme a realidade de cada organização. Segundo a International Commission on Occupational Health [Comissão Internacional de Saúde do Trabalhador] (ICOH) (apud MARRAS, 2000), a fórmula mais utilizada para o cálculo é a que demonstra o número de horas perdidas em relação às horas trabalhadas.

O cálculo usado na maioria das organizações para o absenteísmo é apresentado a seguir¹:

$$a = \frac{Nhp}{NhP} \times 100 \quad (1)$$

¹ Fórmula de cálculo do absenteísmo, adaptado de Marras (2000, p).

Em que:

Ia = Índice de absentéismo

Nhp = Número de horas perdidas

NhP = Número de horas planejadas

O absentéismo tem sido um assunto de crescente interesse das organizações, seja pelo compromisso social assumido com os seus trabalhadores ou pelos altos custos que o problema acarreta as organizações comprometendo os seus resultados. Mediante a dificuldade no diagnóstico da causa raiz do absentéismo somado a subjetividade do problema devido a individualidade dos trabalhadores as organizações estão cada vez mais investindo em projetos/programas voltados a gestão das pessoas, com o objetivo de minimizar os impactos negativos do ambiente e dos processos de trabalho na vida das pessoas.

3 GESTÃO DE PESSOAS

O capítulo apresentará um resumo da evolução histórica da gestão de pessoas iniciada em 1910, o início do processo da mudança organizacional e os processos básicos da gestão de pessoas e suas atividades.

3.1 Evolução Histórica da Gestão de Pessoas

Inseridas em um contexto instável, globalizado e fortemente concorrencial, as organizações estão em constantes transformações com o objetivo de aprimorar os seus modelos administrativos para adaptarem-se às novas realidades e perpetuarem seus negócios em um ambiente de enorme complexidade. Muitas são as mudanças, como implantação de novas tecnologias, desenvolvimento de novos produtos, novos métodos de trabalho, comunicação, somadas das mudanças dos fatores sociais, políticos e econômicos (CHIAVENATO, 2010).

Como parte integrante dos modelos administrativos que passaram e passam por mudanças, está o departamento de Gestão de Pessoas que, segundo o mesmo autor, foi uma das áreas empresariais que mais sofreram e sofrem mudanças, direcionando o departamento para uma moderna administração relacionada às pessoas.

Ulrich (2000) relata que na atual conjuntura competitiva em que a economia está inserida, o sucesso de uma organização surgirá a partir de competências organizacionais, como rapidez, capacidade de reação, capacidade de aprendizagem e competência dos funcionários. A afirmação é pertinente principalmente em razão da extenuante concorrência e a oferta de produtos com preços e qualidade similares. Nesse cenário, as organizações buscam, por meio da inovação, atender o nível de exigência e superar as expectativas dos seus consumidores.

Historicamente, as práticas de administração de recursos humanos intensificaram-se diante do advento da Revolução Industrial, tendo início nos anos 1910 na América do Norte. Assim como o Brasil, muitos países utilizaram as bases teóricas e práticas desenvolvidas como pauta para implantar as práticas de recursos humanos nas organizações.

O Quadro 3 apresenta a fase histórica da evolução da área de Gestão de Pessoas no período de 1910 a 1920.

Quadro 3 – Evolução da área de Gestão de Pessoas (1910 a 1920)

Período	Ação	Características
1910 a 1920	Iniciam-se as atividades do Departamento de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Contratar • Demitir • Supervisionar o empregado
<p>Período do auge da industrialização, fase da administração científica. O autor Frederick W. Taylor deu continuidade aos estudos de Adam Smith sobre a divisão do trabalho e da produtividade (FARMER, 1997). A visão do departamento de recursos humanos era mecanicista e acreditava que os trabalhadores eram motivados apenas por razões econômicas (FERRIS et al., 2004).</p>		

Fonte: Adaptado Farmer (1997) e Ferris et al. (2004).

Nota-se que as atividades do departamento são simplistas e relacionam-se com o convencional departamento de Pessoal. Fischer et al. (2002) citam que o surgimento do departamento de Pessoal se deu a partir do momento em que as organizações visualizaram o fator humano como um recurso que precisa ser administrado, assim como os demais recursos da empresa.

O Quadro 4 apresenta a fase das relações humanas no período de 1950 a 1960.

Quadro 4 – Fase das relações humanas (1950 a 1960)

Período	Ação	Características
1950 a 1960	Fase das Relações Humanas	Necessidade de melhorias no processo de Gestão de Pessoas
<p>Uma pesquisa realizada para entender a influência do ambiente de trabalho na produtividade direcionou os estudiosos a pesquisar sobre o comportamento humano e sua relação com a produtividade. O estudo realizado por Elton Mayo, na empresa Western Electric por volta dos anos 30, foi um marco para a fase das relações humanas, conforme comenta Chiavenato (1997):</p> <ul style="list-style-type: none"> • produtividade: o nível de produção é resultado da interação social; • comportamento social: o indivíduo tem seu comportamento apoiado no grupo; • relações humanas: são baseadas no indivíduo que influencia no comportamento e nas atitudes dos outros; • grupos informais: os grupos nem sempre compartilham com o processo de gestão da organização; • ênfase nos aspectos emocionais: são considerados elementos não planejados e que podem afetar o comportamento humano. 		

Fonte: Adaptado Chiavenato (1997).

Apesar de os estudos da empresa Western Electric não estarem diretamente relacionados às políticas e práticas de Gestão de Pessoas, faz-se necessário citá-los, pois foi a partir deles que a fase das relações humanas iniciou-se. Diante do exposto, o indivíduo passou a ser encarado como um ser social, e o paradigma de que era movido apenas pelos incentivos econômicos foi quebrado.

Segundo Fischer (1998), o início do processo de mudança organizacional deu-se no fim da década de 80 e começo da década de 90, passando a ser um marco na história empresarial brasileira. Lawler e Mohrman (1995) definem essa fase como um ponto de partida que decidiria a mudança organizacional em larga escala como uma transformação duradoura no caráter da organização que altera significativamente sua *performance*.

Fischer (1998) define a mudança organizacional como todo movimento de transformação de processos, sistemas e estruturas promovidos por indivíduos de uma empresa capaz de promover alterações substanciais no padrão de competitividade de uma organização. O autor entende que a administração de recursos humanos é um conjunto de procedimentos, de ajustes do indivíduo a um estereótipo de eficiência previamente definido pela empresa, e recomenda o modelo de Gestão de Pessoas, já que toda organização convive com o conflito e a cooperação. Os agentes organizacionais criam certa lógica de atuação que é, ao mesmo tempo, política, social, ideológica e comportamental.

A utilização da palavra modelo dá-se diante da necessidade de adaptação do setor, pois abrange a atuação do setor possibilitando a interação com as demais áreas da organização, e não apenas nos seus subsistemas. Dessa forma, Fischer (1998) compreende o modelo de Gestão de Pessoas como um conjunto de práticas, políticas, padrões atitudinais, ações e instrumentos empregados por uma empresa para interferir e direcionar o comportamento humano no trabalho.

Fischer (1998) conceitua a Gestão de Pessoas como um mecanismo abstrato que simplifica a realidade, da suporte e orienta a decisão das pessoas que vivem o ambiente organizacional da atualidade. É considerado um mecanismo subjetivo, pois resultam sempre de uma representação ou uma explicação a respeito de uma determinada situação.

Em seu novo papel o departamento de recursos humanos possui duas novas funções principais, uma aplicada às pessoas e outra a organização. A função relacionada às pessoas visa estimular a busca pelo autodesenvolvimento o objetivo é que a gestão da carreira das pessoas passe a ser encarado como uma responsabilidade de ambas as partes, da organização e do profissional. A função relacionada à organização responsabiliza-se por criar condições favoráveis para a produção do conhecimento no ambiente de trabalho e estimulando uma cultura que valoriza o aprendizado. Nessa perspectiva, os mecanismos de circulação do conhecimento ganham fundamental importância, assim como as ferramentas de avaliação de performance, desempenho e potencial, os programas de melhoria contínua e de resolução de problemas e de gestão de carreira.

O modelo de gestão de pessoas sai do âmbito controle e passa a trabalhar mais o desenvolvimento o engajamento dos profissionais de uma organização e assume a responsabilidade de criar um ambiente organizacional propício para a produção e conhecimentos.

3.2 Práticas de Gestão de Pessoas e Saúde do Trabalhador

Entre as práticas de Gestão de Pessoas voltadas à saúde do trabalhador, as mais utilizadas são os programas de qualidade vida no trabalho, definidos por Abreu, Monteiro e França (2009) como programas que favorecem ações para a conquista de um ambiente saudável, com clima organizacional positivo, adequado para os cuidados de saúde e doença e integrado às práticas de benefícios da empresa. Esses programas visam à promoção da criatividade e inovação e ao desenvolvimento social e humano.

Chiavenato (2010) comenta que os programas de qualidade de vida no trabalho são interessantes tanto para o trabalhador quanto para o empregador. Nesse sentido, o trabalhador se beneficia com as concessões de reivindicações para melhorias no ambiente de trabalho e na organização do trabalho, conseqüentemente essas melhorias se revertem em seu bem-estar e satisfação. No caso das organizações, os programas trazem um retorno positivo com o aumento da produtividade e qualidade de produção.

Os campos que os programas de qualidade de vida atuam são: cultura; esporte e desenvolvimento, desenvolvimento infantil, turismo social, alimentação, saúde e odontologia (ABREU; MONTEIRO; FRANÇA 2009). As práticas de Gestão de Pessoas podem contemplar todos os campos, como também podem direcionar seu foco de trabalho em uma área específica conforme a realidade de cada organização.

Além dos programas de qualidade de vida as empresas têm investido em projetos com foco em reconhecimento profissional e de encarecimento que oferecem para seus Colaborados além do reconhecimento uma visão de carreira futura como, por exemplo, programas de cargos e salários, avaliação de desempenho, plano de carreira, entre outros. Os benefícios oferecidos pelas organizações estão sempre voltados a oferecer melhores condições de qualidade de vida como no caso dos planos de assistência médica, odontológica e cesta básica.

Apesar das iniciativas, muito precisa ser feito na prática, ainda há uma distância a ser percorrida entre a proposta teórica e o que se pratica nas organizações. As propostas desses programas, normalmente apresentado resultados em médio a longo prazo, em geral são sufocadas pelo imediatismo do mercado em que as organizações estão inseridas (ABREU; MONTEIRO; FRANÇA 2009). Nesse contexto, o papel da Gestão de Pessoas é fundamental para mensurar e comprovar os benefícios que as práticas de gestão voltadas a saúde dos trabalhadores trazem para as partes envolvidas.

3.3 Trajetória Histórica da Organização

A empresa envolvida neste estudo é uma indústria metalúrgica fundada em 1967, na cidade de Limeira, São Paulo. No início dos anos 70, a empresa consolidou-se como uma das mais importantes fábricas de sistema de exaustão da América Latina. No começo de suas atividades, a empresa atuou fortemente no mercado de montadoras, sendo uma das principais fornecedoras de sistemas de exaustão para grandes marcas. Em meados de 2001, a empresa migrou do mercado de montadoras para o mercado de reposição utilizando a mesma tecnologia aplicada às montadoras em seu novo segmento de mercado (SAJIORO, 2011).

Atualmente a empresa é composta por 750 colaboradores, sendo 600 internos e 150 externos, lotados nos centros de distribuição em diversos estados do Brasil. A organização de trabalho das áreas de manufatura, que são o objeto de estudo do presente trabalho, dá-se em linhas de produção subdivida em células de processos, sendo a soldagem o principal processo produtivo.

3.4 Área de Produção

Toda empresa que atua no ramo de bens tem um setor de produção – área responsável pela transformação de matéria-prima em produto final –, que é a alma do negócio, ou seja, é dele que são derivados todos os outros setores de uma organização.

Taylor (apud CHIAVENATO, 2002) realizou um estudo com operários no qual se preocupou com as técnicas de racionalização por meio dos movimentos e do processo para a realização do trabalho. Verificou que, com o equipamento disponível, um operário médio produzia menos do que era capaz de produzir. O autor concluiu que esse trabalhador não produzia mais porque seu colega também não o fazia, surgindo, assim a necessidade de criar condições de pagar mais aos operários mais produtivos.

Na segunda fase do estudo, Taylor concluiu que a racionalização do trabalho do operário deveria ser acompanhada de uma estruturação geral da empresa. Taylor via a necessidade da aplicação de métodos científicos à administração, para garantir a obtenção de seus objetivos de máxima produção a mínimo custo. Esse método recebeu o nome de Organização Racional do Trabalho.

Segundo Chiavenato (2010) após a pesquisa de Taylor surgiu o sistema produtivo. De acordo com Zaccarelli (1987), o sistema produtivo do tipo contínuo é aquele que realiza a mesma operação com poucas interrupções, produzindo grandes lotes de produtos e, conseqüentemente, apresenta grande rigidez no processo.

Desde a divisão do trabalho e a Revolução Industrial, a partir dos anos 40, de acordo com o novo conceito de produção instituído por Ford, esta passou a ser vista como um setor que precisava fabricar em larga escala para que os custos

fossem reduzidos, obrigando, assim, os trabalhadores a cumprir longas jornadas de trabalho executando a mesma tarefa.

Os modelos propostos por Ford e Taylor evoluíram com o passar dos anos. Desse modo, nos anos 80, o modelo japonês, o sistema Toyota de produção, passou a ser referência para as indústrias que produziam em grande escala. Esse sistema apresenta dois princípios básicos que garantem a eficácia do modelo: o primeiro é a eliminação do desperdício e o segundo é a fabricação com qualidade. Maximiliano (2008) relata que o interesse pelo modelo japonês intensificou-se nos anos 80 nos Estados Unidos e na Europa, por ter impressionado as empresas locais com a superioridade dos seus métodos de produção eficiente e sua maneira participativa e igualitária de tratar os trabalhadores e de envolvê-los no processo decisório, a técnica do *just in time* e a abolição das distinções hierárquicas.

4 METODOLOGIA

A pesquisa do presente estudo caracterizou-se como diagnóstica, descritiva e quantitativa, cuja finalidade, conforme Gil (2010), é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, para que as formulações dos problemas sejam mais precisas. A pesquisa dessa natureza é desenvolvida para proporcionar aos pesquisadores uma visão geral acerca de um determinado fato.

Para Marconi e Lakatos(1990), a pesquisa descritiva delinea o que é, descrevendo, registrando e analisando e interpretando fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente.

Vergara (2000) esclarece que a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza, mas não possui o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

A proposta desta pesquisa trata-se de um estudo de caso que, de acordo com Yin (2001), é definido como uma das maneiras de se fazer pesquisa em ciências sociais. Segundo Gil (2010), o estudo de caso desenvolvido por meio de observação direta das atividades dos grupos estudados é importante para o pesquisador em virtude da experiência direta com a situação de estudo. Yin (2001) afirma que o estudo de caso é como uma investigação empírica que busca investigar um fenômeno dentro do contexto da vida real, quando seus limites não estão claramente resolvidos e/ou esclarecidos. O estudo de caso pode trabalhar com evidência qualitativa e quantitativa, contudo, neste estudo, utilizou-se uma pesquisa qualitativa com uma estratégia de pesquisa exploratória, tentando levantar questões e hipóteses (YIN, 2001).

Para Yin (2001), a pesquisa qualitativa permite uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais, enfatizando especialidades destes em termos de suas origens e sua razão de ser.

4.1 Participantes da Pesquisa

Para compor a análise das principais doenças ocupacionais, participaram da pesquisa 296 funcionários dos setores produtivos da empresa pesquisada que apresentaram atestados médicos validados nos anos de 2012. Foram analisadas

também as entrevistas de desligamentos dos 81 profissionais desligados da empresa no ano de 2012, e entrevistas com 11 gestores das áreas operacionais.

4.2 Instrumentos de Coleta de Dados

Neste estudo, foram utilizadas para a coleta de dados as técnicas explicitadas nas próximas seções.

4.2.1 Entrevistas

Foram realizadas entrevistas com os supervisores da área de produção no que diz respeito aos principais fatores geradores do absenteísmo e quais as políticas e práticas a empresa poderia dotar para minimizar os problemas que afetam a saúde do trabalhador.

4.2.2 Questionário sociodemográfico

Foi utilizado um questionário de identificação para os funcionários afastados ou que apresentaram atestados médicos em 2012, com os seguintes dados: idade, gênero, estado civil, escolaridade, tempo na empresa e na função, com o objetivo de traçar um perfil do trabalhador da organização.

4.2.3 Dados documentais

Os dados foram coletados por meio dos atestados médicos apresentados no ano de 2012 pelos profissionais da área de produção da empresa pesquisada, com a identificação das principais acidentes e doenças ocupacionais (CID-10).

Além dos atestados médicos citados, foram utilizados relatórios gráficos pesquisados no departamento de recursos humanos da empresa no período de 2012. Entre as pesquisas internas realizadas, foram analisadas as informações do questionário semiestruturado denominado “entrevista de desligamento”, aplicado aos trabalhadores que estavam se desligando da empresa em 2012 e uma pesquisa com os Supervisores e o Gerente de fábrica para análise do entendimento desses profissionais acerca do absenteísmo suas causas e oportunidades para minimizá-lo.

Os questionários foram compostos de perguntas fechadas com respostas pré-definidas e com questões abertas, permitindo ao colaborador expressar a sua opinião. Nas questões abertas, o questionário busca investigar a opinião do colaborador sobre quais seriam pontos de melhorias que a organização poderia adotar para minimizar o absenteísmo. Para o cálculo deste, optou-se pela fórmula que considera o número de horas perdidas dividido pelo número de horas trabalhadas.

5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresenta-se nesta seção a análise e discussão dos dados levantados no questionário sociodemográfico, nas entrevistas de desligamentos e nas entrevistas realizadas com os gestores das áreas operacionais, bem como a análise dos atestados encaminhados para o departamento de recursos humanos em 2012.

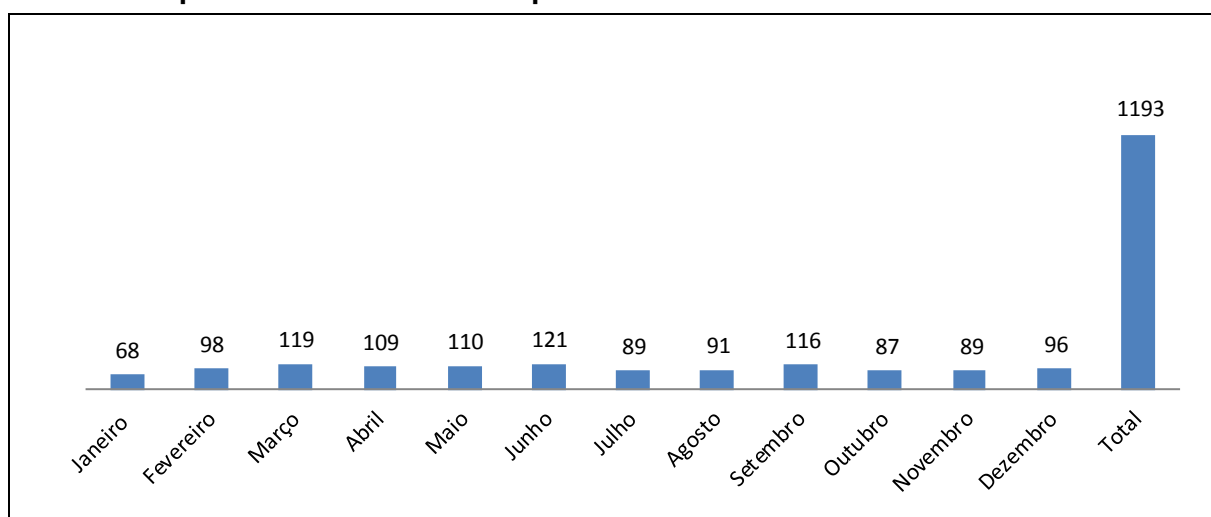
Quadro 5 – Quantidade de profissionais que apresentaram atestados divididos por turnos em 2012

Quantidade de profissionais que apresentaram atestados no 1º Turno	Quantidade de profissionais que apresentaram atestados no 2º Turno
239 Profissionais	57 Profissionais
Total de profissionais que apresentaram atestados médicos: 296	

Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

O Quadro 5 apresenta a quantidade de profissionais que apresentaram atestados médicos divididos por turno no referido 2012, resultando um total de 296, número esse que a 77% do quadro ativo da fábrica.

Gráfico 1 – Quantidade de atestados médicos entregue mensalmente pelos profissionais das áreas operacionais

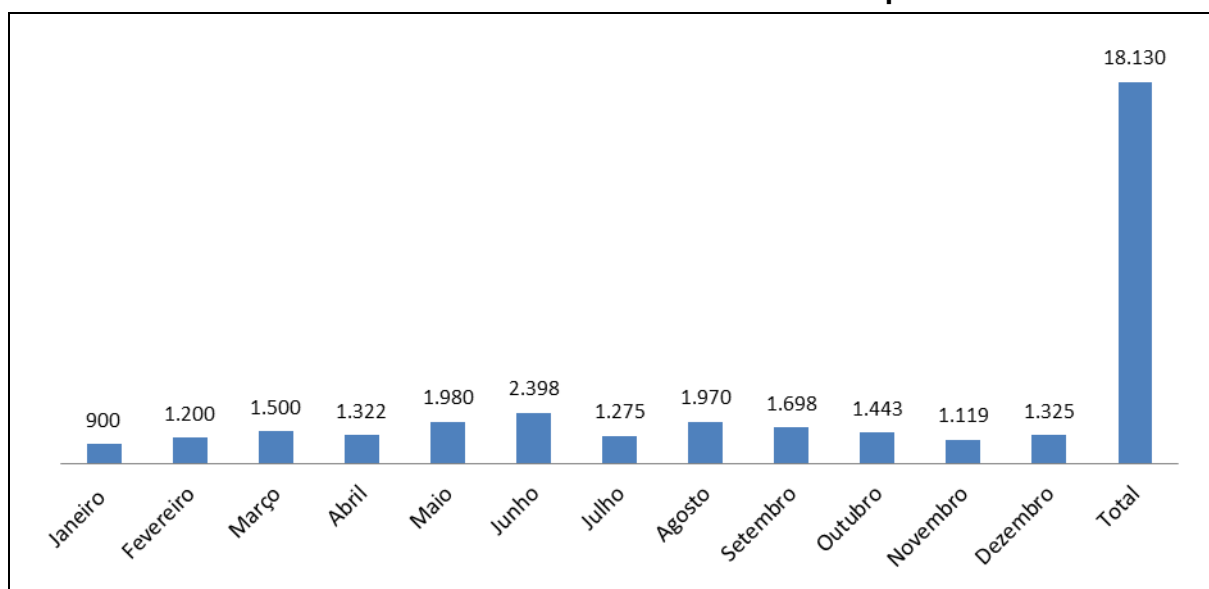


Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

O Gráfico 1 apresenta a quantidade mensal de atestados médicos que os funcionários das áreas operacionais apresentaram à empresa. A média mensal desses documentos foi de 99,4 atestados mês, sendo que, em alguns meses, por

exemplo, março, maio, junho e setembro, a média superou 110 atestados por mês. Conforme Mallada (2004), o absenteísmo é classificado como voluntário e involuntário, sendo o primeiro caracterizado pelas ausências programadas, como férias, folgas, licenças, entre outras. O Gráfico 1 mostra apenas o não comparecimento involuntário representado pelas faltas não programadas e que, na maioria das vezes, são caracterizadas por problemas de saúde ou de ordem pessoal. A grande dificuldade do departamento de gestão de pessoas é diagnosticar o que representa doença, insatisfação ou problema pessoal entre os documentos entregues pelos seus colaboradores.

Gráfico 2 – Quantidade mensal de horas abonadas nas áreas operacionais

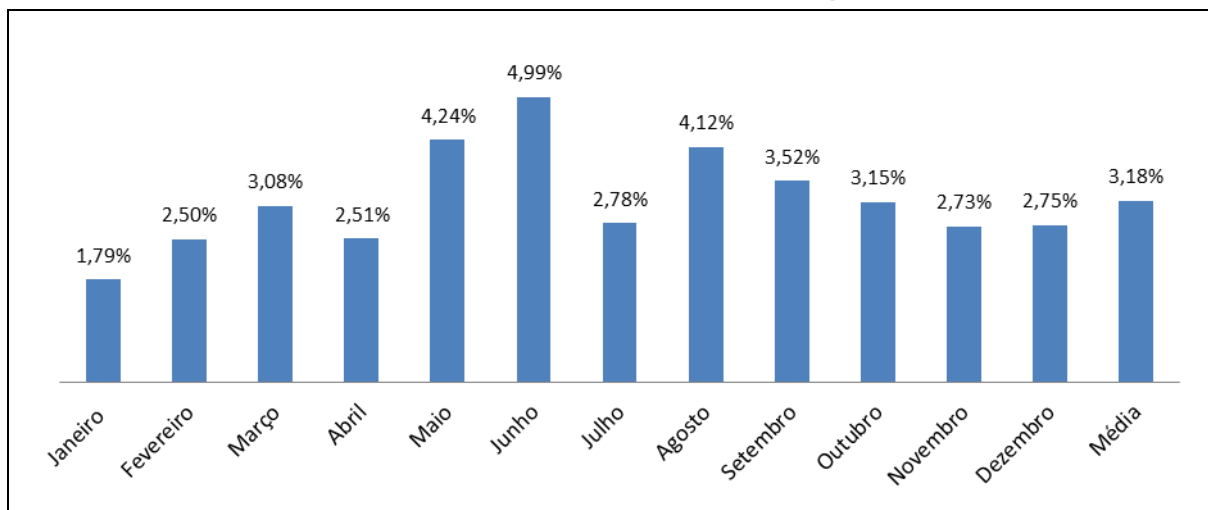


Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

De acordo com o Gráfico 2, a empresa abonou, em 2012, 18.130 horas decorrentes da apresentação de atestados médicos. Se compararmos o Gráfico 1 com o Gráfico 2, pode-se observar que os picos das horas abonadas nem sempre coincidem com os picos do número de atestados médicos apresentados. Isso se dá em função de a quantidade de dias/horas que o médico solicita de descanso para os profissionais após o diagnóstico e a análise da patologia. Levando-se em conta que o total de horas mensais trabalhadas por um profissional corresponde a 184,8 horas (considerando 8,8 horas dia x 21 dias úteis), a empresa em estudo, em 2012, trabalhou 98 profissionais a menos, ou seja, menos 8,1 profissionais por mês, o que acarreta em sobrecarga dos profissionais, insatisfação dos colaboradores e perda de produtividade da fábrica. A sobrecarga de trabalho, segundo Barros e Guimarães

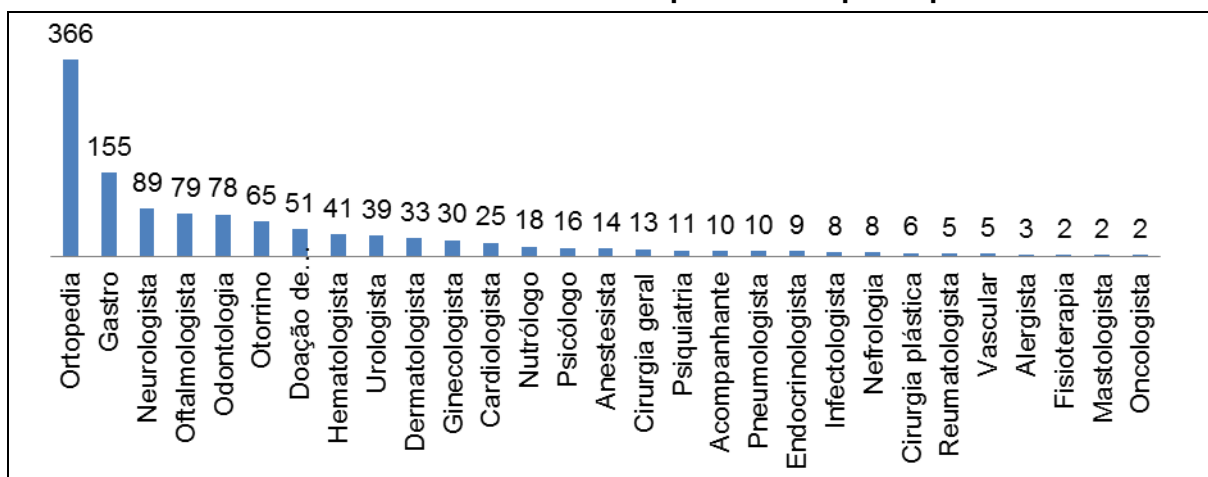
(1999), é um dos fatores que comprometem a saúde do trabalhador, haja vista que os fatores ergonômicos, como carga em excesso ou em escassez, podem acarretar em estresse e posterior LER/DORT.

Gráfico 3 – Percentual mensal do absenteísmo das áreas operacionais em 2012



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

Observa-se que o Gráfico 3 apresenta o percentual do absenteísmo mensal das áreas operacionais, conforme fórmula utilizada para o cálculo: horas abonadas + horas faltas dividido pelo número de horas trabalhadas. A média do absenteísmo, em 2012, fechou em 3,18% e teve o seu pico em junho, com 4,99%, num total de 121 atestados médicos, somando 2.398 horas abonadas. Usou-se nesse cálculo apenas o absenteísmo que se refere à falta ao trabalho. O presenteísmo ou absenteísmo de corpo presente, termo adotado por Midorikawa (2004), que é representado pelo trabalhador que, mesmo não faltando ao trabalho, tem o seu desempenho comprometido, seja por motivos de doença ou insatisfação com a empresa, não foi mensurado nesta pesquisa.

Gráfico 4 – Quantidade de atestado das áreas operacionais por especialidade médica

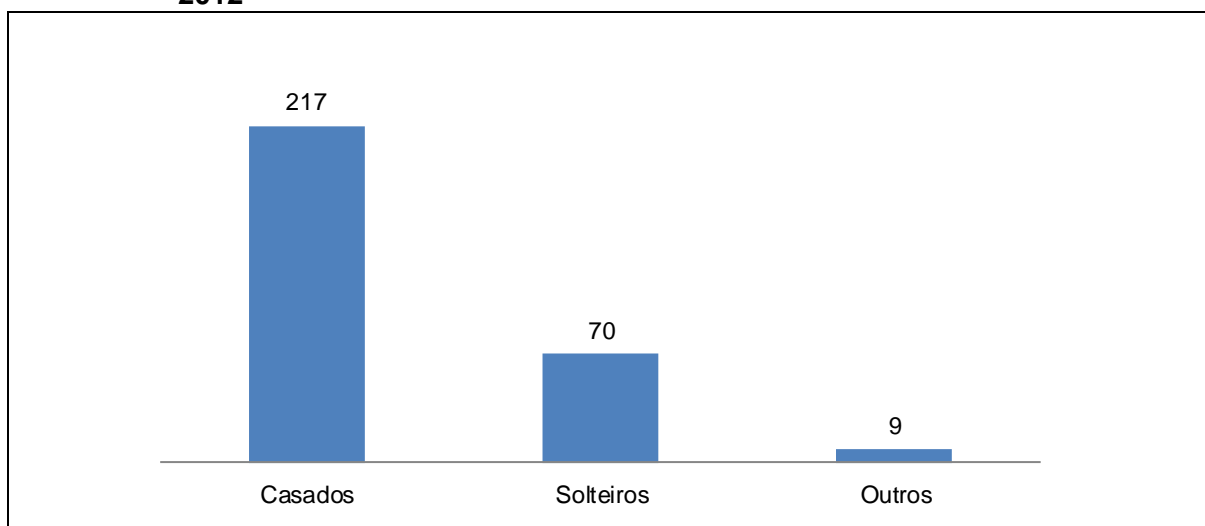
Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

No gráfico 4 é possível observar as especialidades médicas apresentadas nos atestados médicos conforme CID's informados nos documentos. Em escala do maior para o menor, a especialidade que tem maior representatividade é ortopedia com 30,7%, seguida por gastroenterologias com 9,6%, neurologia 7,4%, oftalmologia com 6,6%, odontologia com 6,6%, otorrino com 5,4%. De acordo com o levantamento, 80% dos atestados apresentados são referentes a consultas médicas e 20% está relacionado ao tratamento das patologias. Para Barros e Guimarães (1999), existe uma subjetividade no processo de diagnóstico das LER/DORT, a sua manifestação se dá apenas por meio de sintomas e os sinais da doença se apresentam somente em estágios mais avançados a incidência de atestados da especialidade ortopedia pode estar relacionado ao fato do trabalhador ter dificuldade em diagnosticar a doença. Conforme apresentado, o conceito de absenteísmo, as ausências também podem ser um sinônimo de insatisfação com a organização e geralmente vem representado por um atestado médico para evitar perdas financeiras para o trabalhador. Tal fato dificulta ainda mais o trabalho das organizações de diagnosticar e desenvolver programas/projetos para trabalhar a causa raiz do problema e conseqüentemente minimizar o absenteísmo.

5.1 Questionário Sociodemográfico dos Profissionais que apresentaram atestados no ano de 2012

Para melhor entendimento e análise do perfil dos profissionais que apresentaram atestados médicos no ano de 2012, foi realizada uma pesquisa sócio demográfica. A pesquisa buscou levantar informações relevantes do perfil dos profissionais com o objetivo de averiguar oportunidades de melhor entendimento das causas do absenteísmo.

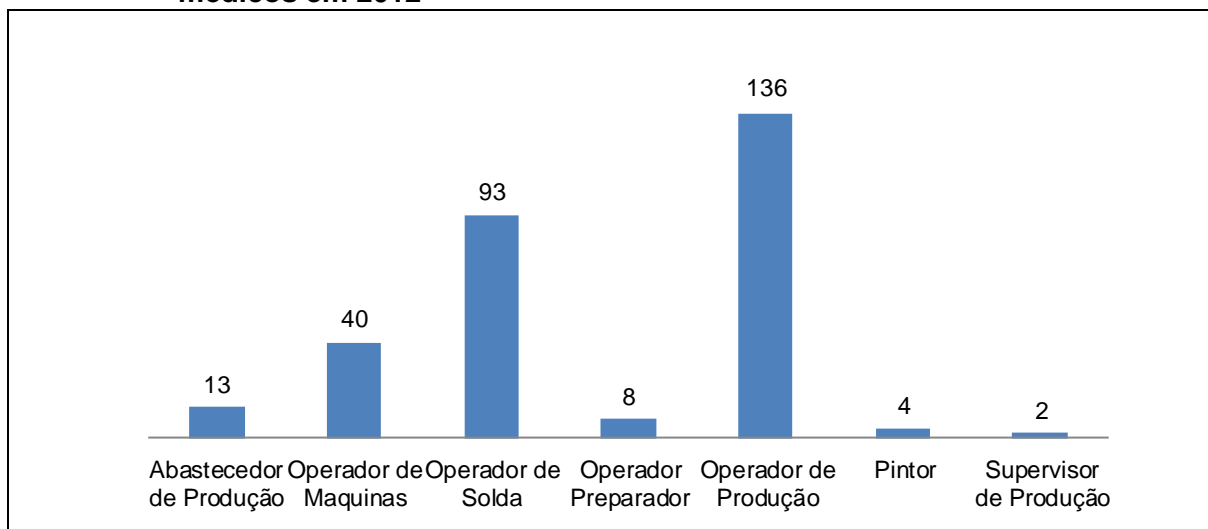
Gráfico 5 – Estado civil dos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

O Gráfico 5 aponta que dos 296 profissionais que apresentaram atestados médicos no ano de 2012, os casados (217) representam 73,31%, os solteiros (70) somam 23,64% e no quesito outros (9), que contemplam viúvos, divorciados e em união estável, representam 3,04%. A empresa em estudo possuía um quadro funcional composto de 385 trabalhadores nas áreas operacionais, sendo 224 casados, 139 solteiros e 22 outros. Dos 224 casados, 96% apresentaram atestados ante 50% dos solteiros. Diante do exposto, fica evidente que os colaboradores casados apresentaram mais atestados médicos no período analisado.

Gráfico 6 – Cargos ocupados pelos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012

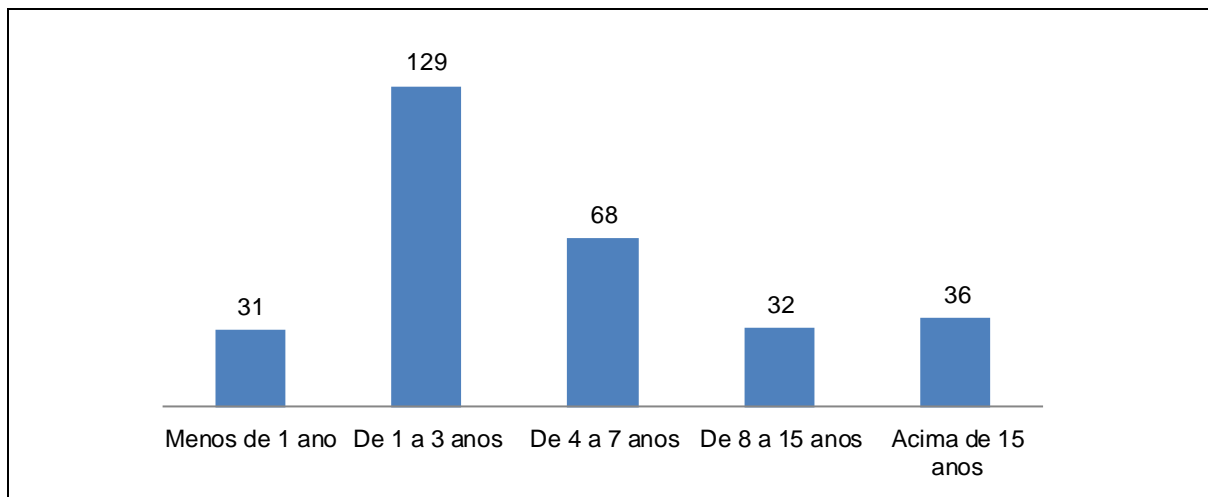


Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

O gráfico 6 demonstra o cargo ocupado pelos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012, dentre os cargos das áreas operacionais da empresa em estudo: operadores de produção, operadores de solda são os de maior representatividade somando, 136 operadores de produção e 93 operadores de solda. Tais cargos têm como características: a realização de atividades repetitivas e exigem maior esforço físico dos profissionais, conforme citado por Camargo, Fontes e Oliveira (2004) as LER apresentam-se, geralmente nos membros superiores, como: dor, parestesias, sensação de peso e fadiga, e podem manifestar-se em diferentes quadros clínicos, por exemplo, síndrome tensional do pescoço, tendinite de supraespinhoso, síndrome do túnel do carpo, entre outras. Os fatores psicossociais e organizacionais que referem-se aos aspectos do ambiente de trabalho como pressão, longas jornadas, conflitos com colegas e chefia podem contribuir para o adoecimento dos trabalhadores, Lancman e Sznelwar (2008) citam que diante de uma organização do trabalho restrita, que contemplam tarefas muito fragmentadas, e desprovidas de sentido o indivíduo é levado ao sofrimento psíquico. Diante do exposto, pode-se pressupor que, existe uma relação entre a quantidade de atestados apresentados versus a quantidade de profissionais que ocupam esses cargos que exigem maior esforço físico. Dos 296 profissionais que apresentaram atestados médicos 45,94% ocupam o cargo de Operador de produção, seguido por 31,65% que ocupam o cargo de operador de solda, 13,51% atuam no cargo de

operador de máquina, 4,3% no cargo de abastecedor, 2,7% operador preparador, 1,3% pintor e 0,6% no cargo de supervisor de produção.

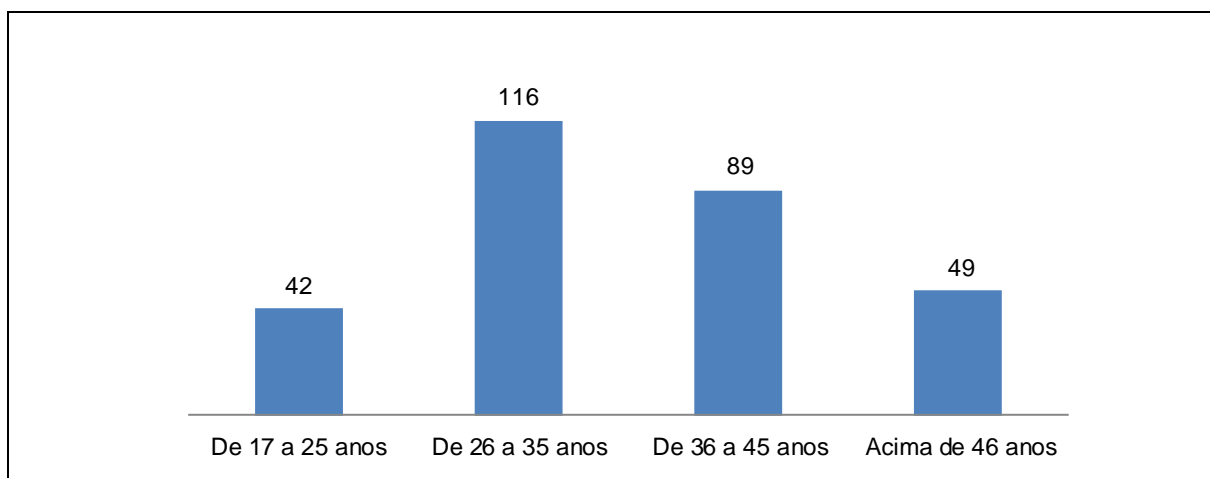
Gráfico 7 – Tempo de contrato com a empresa dos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

De acordo com o gráfico 7 a maioria dos profissionais que apresentaram atestados médicos no ano de 2012 trabalham na empresa de 1 a 3 anos o que representa 43,58% dos atestados apresentados, seguido dos profissionais com 4 a 7 anos de empresa 22,97%, os profissionais com maior tempo de contrato acima de 15 anos representam 12,16%, de 8 a 15 anos de empresa 10,81% e os profissionais com menos de 1 ano 10,47%. De acordo com informações do departamento de recursos humanos da empresa os profissionais com tempo de contrato de 1 a 3 anos atuam no cargo inicial da empresa de operador de produção que conforme o gráfico 6 foi o cargo que mais apresentou atestados médicos. Para uma análise mais aprofundada desse gráfico, seria interessante analisar a faixa etária dos profissionais que possuem contrato de 1 a 3 anos de empresa, para averiguar se existe alguma relação com a geração e se esses profissionais fazem uso de álcool que conforme Lacerda (1999) acomete mais as pessoas com faixa etária dos 20 aos 40 anos.

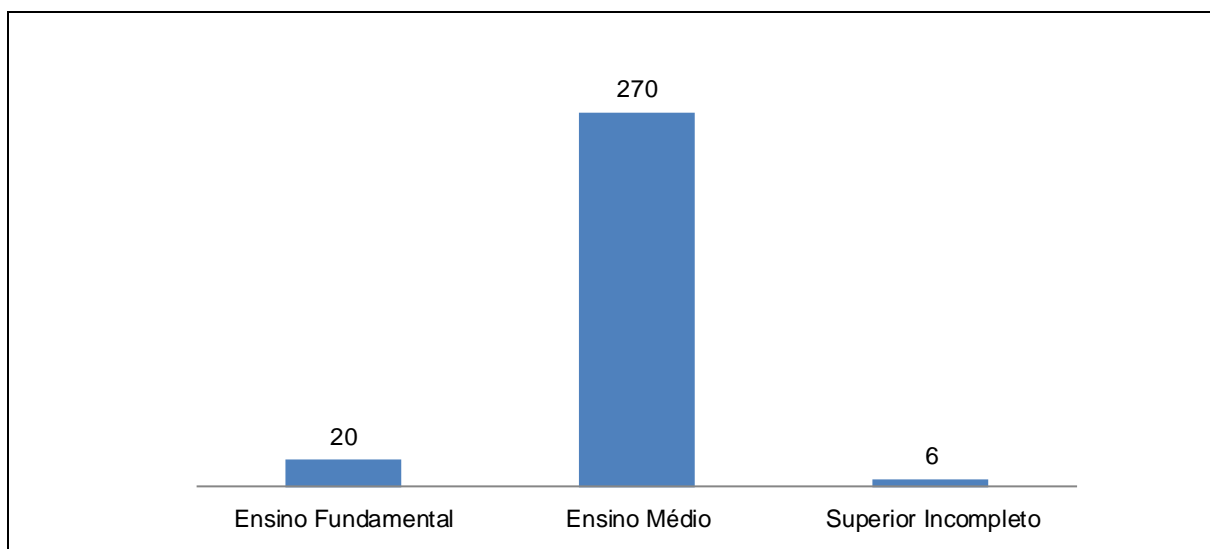
Gráfico 8 – Faixa etária dos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

No gráfico 8 podemos averiguar a faixa etária dos profissionais que apresentaram atestados médicos no ano de 2012, dos 296 profissionais 39,18% estão entre 26 a 35 anos, 30,06% estão entre 36 a 45 anos, 16,55% acima de 46 anos e 14,18% entre 17 e 25 anos. Se comparados a quantidade de atestados apresentados pelos profissionais na faixa de 17 a 25 anos com os profissionais acima de 46 anos os profissionais com faixa etária mais alta é apenas 14,29% superior, diante do exposto, pode-se pressupor que, os jovens estão adoecendo mais do que os profissionais com faixa etária mais elevadas. Conforme descrito, seria interessante comparar as informações do gráfico 7 Tempo de contrato com a empresa, com o gráfico 8 faixa etária para uma análise mais objetiva da informação. Mendes e Dias (1991) definem que a doença transita entre o subjetivo e o objetivo, entre o individual e o coletivo entre o físico e o mental, diante do exposto, a individualidade e a subjetividade existente no processo adoecer do trabalhador dificulta a análise dos dados e conseqüentemente o desenvolvimento de projetos para minimizar o absenteísmo.

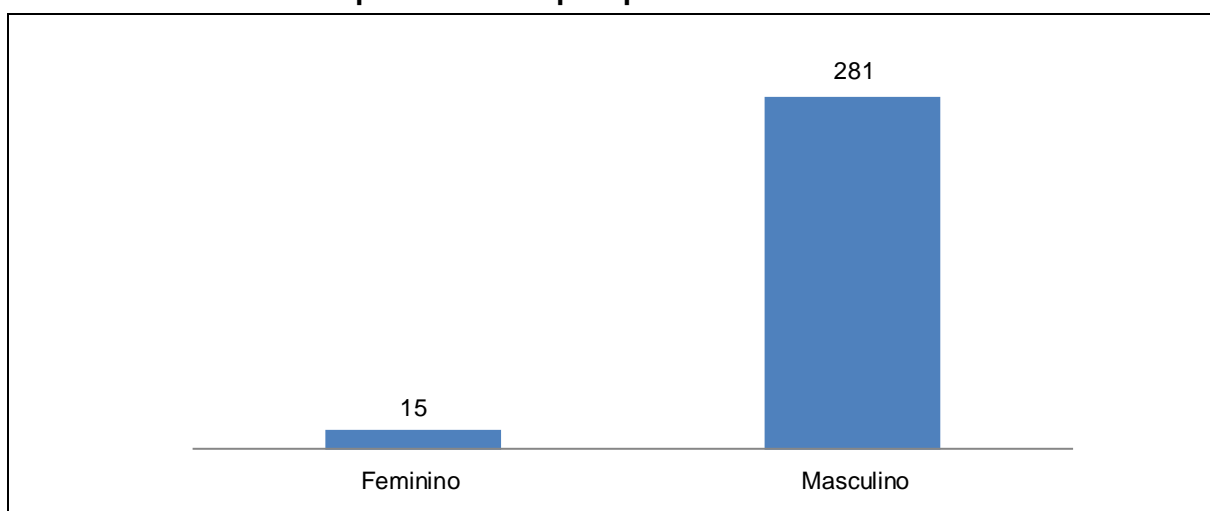
Gráfico 9 – Escolaridade dos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

Neste estudo, analisou-se também o nível educacional dos profissionais das áreas operacionais que apresentaram atestados médicos em 2012 (Gráfico 9). Segundo o departamento de recursos humanos da empresa, a partir de 2002 a empresa adotou como pré-requisito no processo de seleção a admissão de profissionais com, no mínimo, ensino médio para as áreas operacionais, portanto 91,21% (270) dos atestados recebidos são de profissionais com esse nível de ensino, seguidos de 6,7% (20) de profissionais com ensino fundamental e 2% (6) de colaboradores com ensino superior incompleto.

Gráfico 10 – Gênero dos profissionais que apresentaram atestados médicos em 2012



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

O Gráfico 10 apresenta a quantidade de atestados entregues à empresa por gênero, sendo que, dos 296 profissionais, 94,9% (281) são do sexo masculino e 5,1% (15) do sexo feminino. De acordo com informações fornecidas pelo departamento de recursos humanos da empresa, somente 15% dos profissionais que atuam nas áreas operacionais são do sexo feminino.

A análise dos resultados da pesquisa sociodemográfica revela algumas informações importantes que constam do Quadro 6.

Quadro 6 – Informações relevantes sobre o questionário sóciodemográfico.

Informações importantes pertinentes ao questionário sóciodemográfico	
1.	O índice de absenteísmo é maior nos cargos de Operador de produção e Operador de solda, que com base na teoria descrita no presente trabalho e a análise das atividades realizadas por esses profissionais pode-se supor que em função da atividade ser repetitiva influencia no adoecer desses profissionais.
2.	Os jovens estão adoecendo mais que os profissionais com faixa etária mais elevada. Não foi possível estabelecer a razão para tal fenômeno, entretanto pode-se pressupor que, na fase entre 26 e 45 anos, os profissionais sofrem mais com as pressões impostas pela busca da estabilidade financeira e profissional, ocasionando nesses profissionais mais estresse, refletindo negativamente em sua saúde.
3.	A incidência de atestados apresenta-se mais entre os profissionais com menos de oito anos de empresa. Acredita-se que tal fato se dá em função de os profissionais com menos tempo de empresa ocuparem os cargos de operador de produção e operador de solda, considerados trabalhos iniciais. Os profissionais com mais tempo de contrato com a empresa operam as máquinas mais complexas com menos atividades repetitivas e mais envolvimento no processo de preparação e de operação.

Fonte: Elaboração própria.

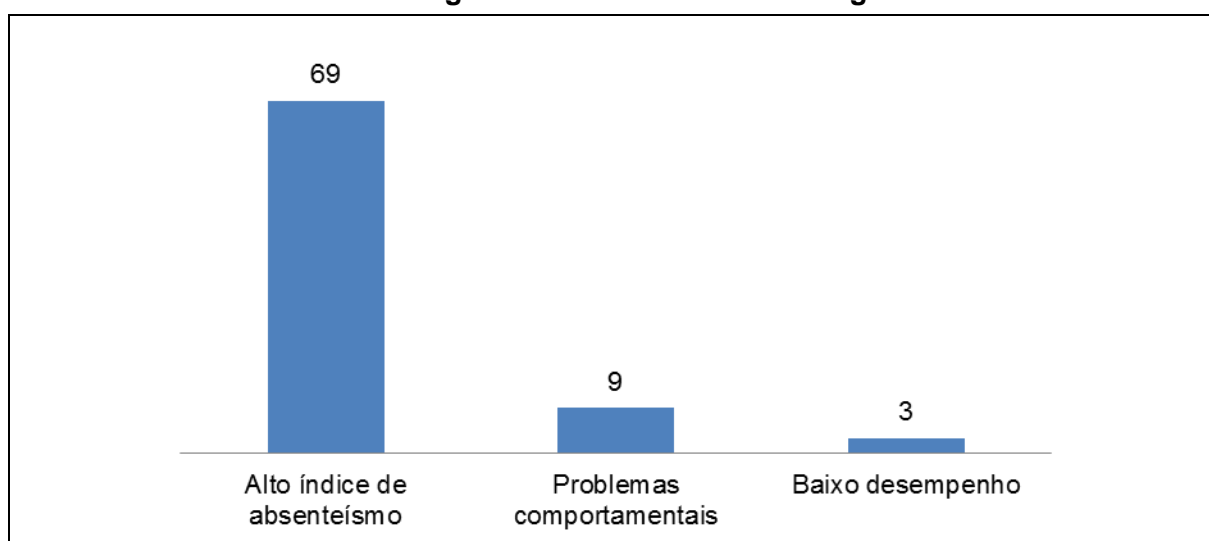
5.2 Entrevistas de Desligamento

Buscando entender os motivos que levam os seus trabalhadores a desligar-se da empresa ou a adotar um comportamento que a force a desligá-los, o departamento de gestão de pessoas da organização em estudo adotou a entrevista de desligamento como prática. Tal prática, porém, deve ser bem avaliada, pois, no processo de desligamento, existe a emoção, o que pode levar o trabalhador que está se desligando a omitir ou a potencializar o real problema que envolve sua

demissão. Para a análise das perguntas abertas, adotou-se o critério de representatividade das respostas, ou seja, são apresentadas as respostas com maior frequência.

A seguir, são apresentados os dados das entrevistas de desligamento realizadas no período de 2012 com 81 trabalhadores desligados das áreas operacionais por motivos de absenteísmo, seguidos daqueles que apresentaram problemas comportamentais e baixo desempenho.

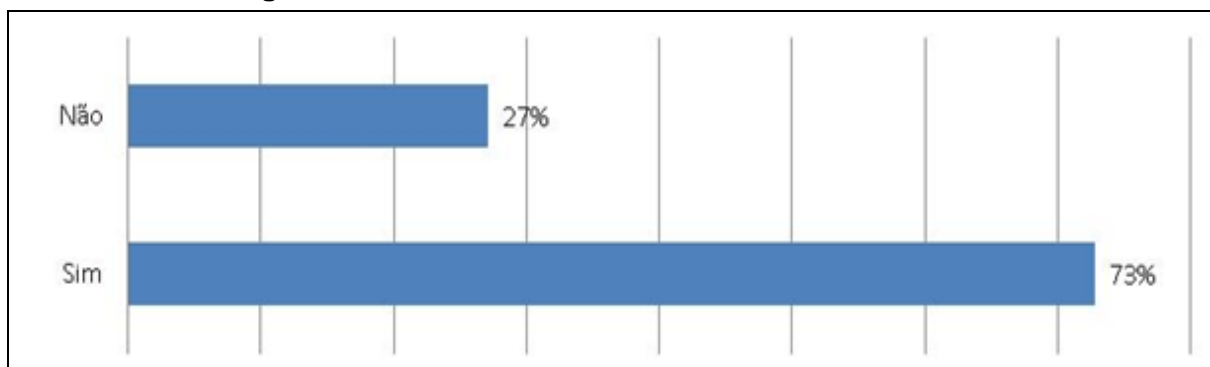
Gráfico 11 – Entrevista de desligamento – Motivos dos Desligamentos



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

Segundo o Gráfico 11, o desligamento de 81 trabalhadores em 2012 ocorreu em virtude de três principais causas, a saber: apenas três foram desligados por baixo desempenho, nove por problemas comportamentais e 69 em função do alto índice de absenteísmo relacionados às faltas sem justificativas e às faltas justificadas mediante atestados médicos. Nesse sentido, Michel (2009) afirma que as condições ambientais, a organização do trabalho, o conteúdo do trabalho, o envolvimento no trabalho e as relações interpessoais podem determinar riscos à saúde dos trabalhadores. Silva e Marziale (2003) defendem que o absenteísmo também é um sinônimo de insatisfação com a organização do trabalho. Diante do exposto, a empresa tem dificuldade para diagnosticar o real motivo do desligamento dos 81 trabalhadores, pois as ausências justificadas com atestados médicos podem ser ausências por insatisfação com a empresa, e não efetivamente por problemas de saúde.

Gráfico 12 – Entrevista de desligamento – Questão 1: Foi informado o motivo do desligamento?



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

De acordo com o Gráfico 12, dos 81 profissionais desligados 22 (27%) não foram informados por seus superiores o motivo do desligamento e 59 (73%) foram informados.

Gráfico 13 – Entrevista de desligamento – Questão 2: O seu superior acompanhava o seu serviço?

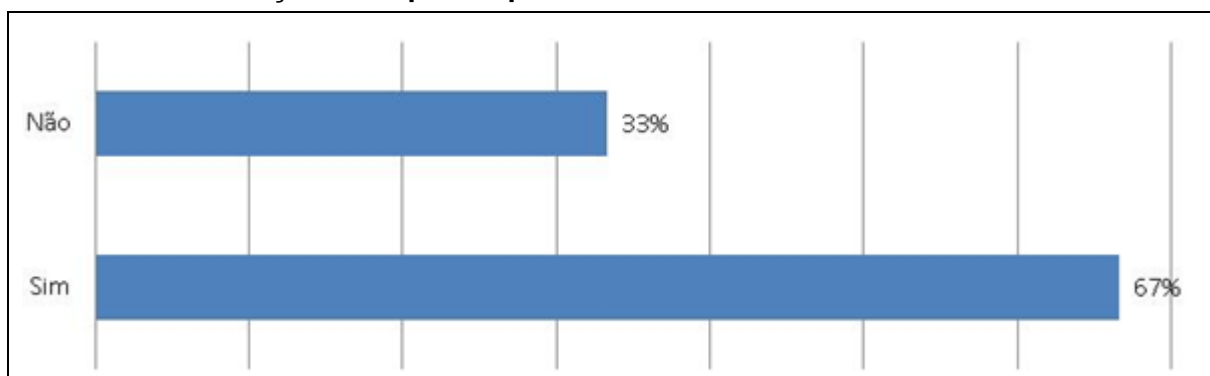


Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

Conforme o Gráfico 13, 72% dos superiores acompanhavam os trabalhos de seus subordinados, representando 58 dos 81 trabalhadores desligados, 13 (16%) trabalhadores relataram que os seus superiores não acompanhavam os seus trabalhos e 10 (12%) trabalhadores relataram que às vezes o superior acompanhava a realização de suas atividades na empresa. Fischer (1998) acredita que toda organização convive com o conflito e a cooperação e conceitua a gestão de pessoas como um mecanismo abstrato que simplifica a realidade, dá suporte e orienta a decisão das pessoas que vivem o ambiente organizacional atual. Nesse sentido, é importante ressaltar que o departamento de gestão de pessoas desenvolve as práticas de gestão de pessoas, e a equipe de gestores as utiliza na gestão das

equipes, ou seja, eles são os gestores de pessoas, e o acompanhamento das atividades da equipe faz parte do rol de atividades desses profissionais. O não acompanhamento pode fazer com que o trabalhador se sinta desprestigiado e, com isso, afetar o seu rendimento.

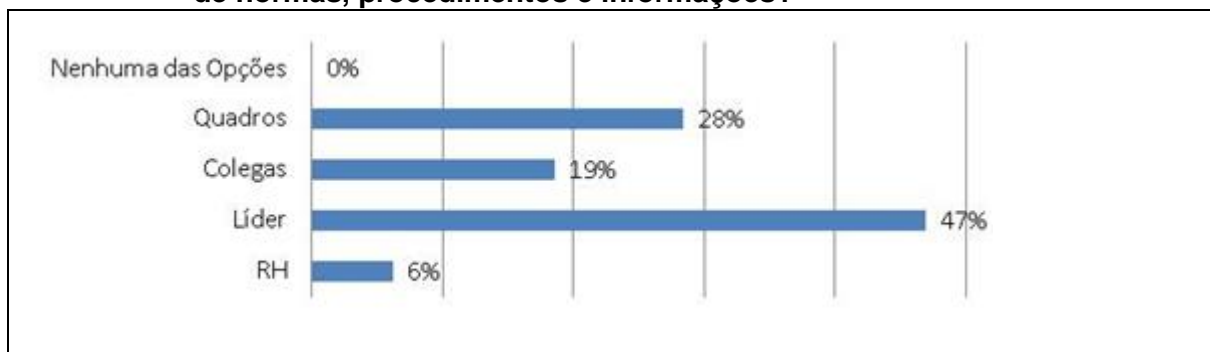
Gráfico 14 – Entrevista de desligamento – Questão 3: O local de trabalho oferecia condições adequadas para se trabalhar?



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

O Gráfico 14 apresenta as condições de trabalho da organização em estudo. De acordo com os profissionais entrevistados, 54 afirmaram que a empresa oferecia boas condições de trabalho; já na opinião de 25 trabalhadores, a empresa não oferecia boas condições de trabalho. Para Mendes e Dias (1991), as doenças ocupacionais estão diretamente relacionadas à realização da atividade laboral e às condições de trabalho que os trabalhadores estão inseridos. Fatores como ruído, temperatura, ar, iluminação podem afetar a saúde e, conseqüentemente, a produtividade do trabalhador.

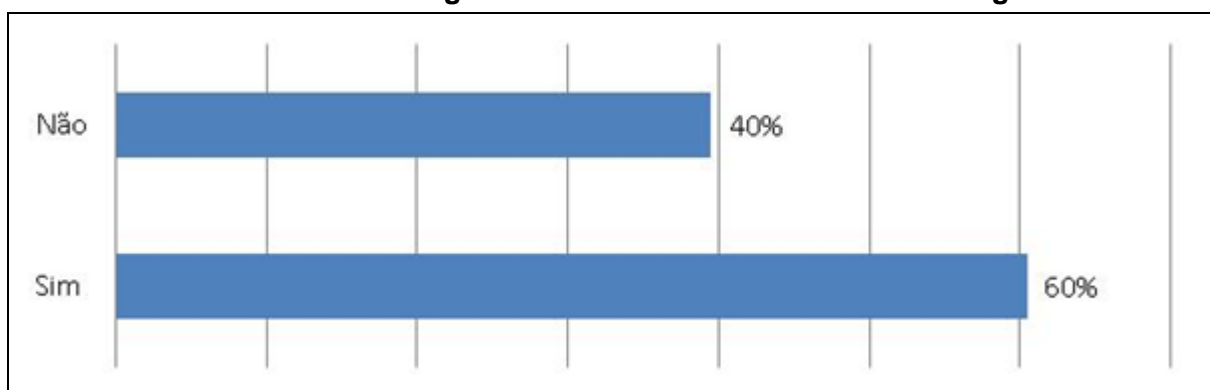
Gráfico 15 – Entrevista de desligamento – Questão 4: Como chegavam as mudanças de normas, procedimentos e informações?



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

Conforme o Gráfico 15, para 38 (47%) trabalhadores, as informações de interesse de todos chegavam por meio do seu superior, 23 (28%) trabalhadores conheciam as informações por intermédio dos quadros de avisos, 15 (19%) eram informados por meio dos colegas de trabalho e cinco (6%) procuravam o departamento de recursos humanos da organização para obter as informações. O Gráfico 15 demonstra que a comunicação entre os gestores e seus trabalhadores é falha. Camargo, Fontes e Oliveira (2004) acreditam que as relações entre chefia e colegas e os conflitos que elas podem gerar são fatores psicossociais organizacionais e podem levar o trabalhador ao sofrimento.

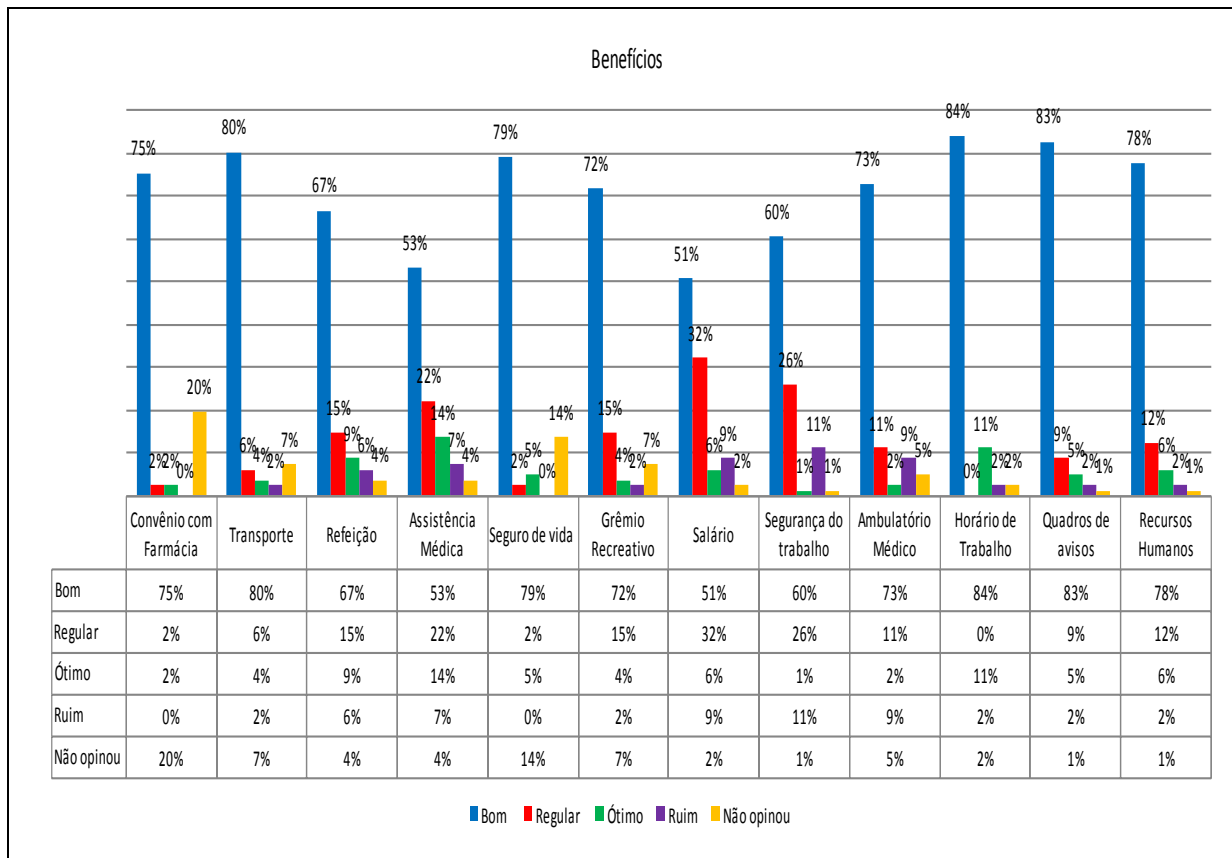
Gráfico 16 – Entrevista de desligamento – Questão 5: Sentiu falta de algum benefício?



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

O Gráfico 16 apresenta a pergunta na qual os trabalhadores são questionados sobre o pacote de benefícios oferecidos pela organização. Dos 81 profissionais desligados, 49 (60%) sentiram falta de benefícios, sendo a cesta básica e o plano de saúde os mais citados pelos entrevistados. Por outro lado, 32 (40%) trabalhadores não sentiram falta de nenhum benefício.

Gráfico 17 – Entrevista de desligamento – Questão 6: Opinião sobre os benefícios/serviços oferecidos pela organização

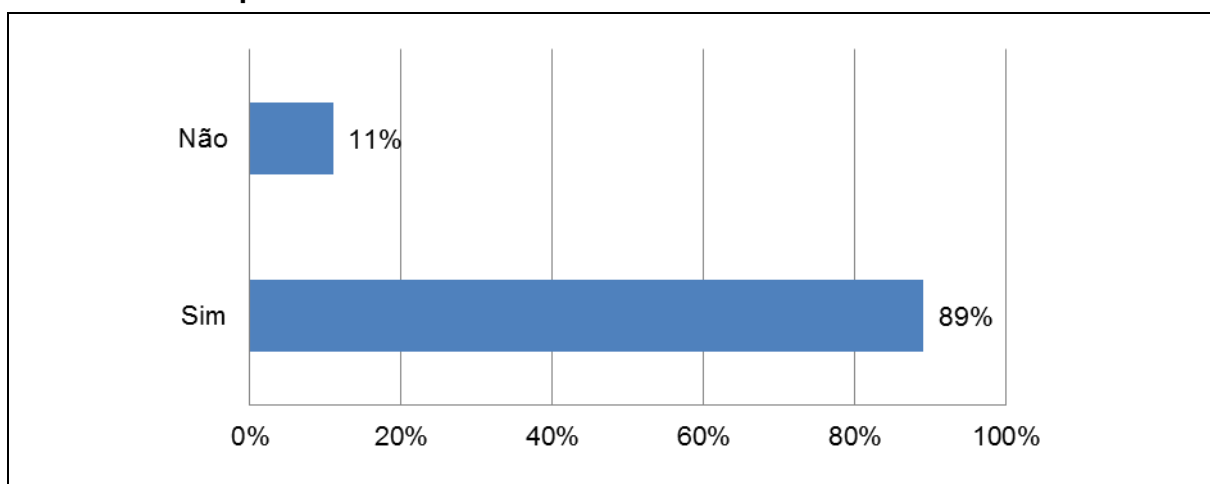


Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa

Em relação à opinião dos profissionais referente aos benefícios e serviços oferecidos pela empresa, os que mais chamam a atenção entre os pontos abordados são os salários, a assistência médica e a segurança do trabalho. De acordo com as observações anotadas nas entrevistas de desligamento, a insatisfação com os salários se dá pela falta de uma política salarial ou de um programa de cargos e salários com a finalidade de diferenciar os trabalhadores recém-contratados dos profissionais mais experientes. A assistência médica, a maior observação encontrada, trata-se do valor que é descontado do trabalhador e do novo contrato de coparticipação. Já no departamento de segurança do trabalho existe a insatisfação pela forma de abordagem dos profissionais do setor. O quesito falta de uma política salarial está inserido no processo que Chiavenato (2010) denomina *Os seis processos básicos de Gestão de Pessoas*, que é o processo de recompensar pessoas que trata de remuneração, benefícios e incentivos. O autor defende que o equilíbrio desses processos é primordial para que a organização alcance melhores resultados. As relações de trabalho e a abordagem adotada pelos

profissionais que exercem cargo de chefia devem ser constantemente avaliadas, pois, segundo Camargo, Fontes e Oliveira (2004), são fatores que podem afetar a saúde do trabalhador.

Gráfico 18 – Entrevista de desligamento – Questão 7: Voltaria a trabalhar na Empresa?



Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

De acordo com o Gráfico 18, dos 81 trabalhadores desligados, 72 (89%) voltariam a trabalhar na empresa e 9 (11%) não retornariam.

Gráfico 19 – Entrevista de desligamento – Questão 8: Ajude-nos a melhorar, dê a sua opinião/sugestão de melhorias para a empresa

Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

O Gráfico 19 traz o resumo das questões abertas das entrevistas de desligamento. Por meio dessas questões a empresa solicita sugestões de melhorias e a opinião dos funcionários sobre os benefícios/serviços prestados a eles. Analisando os documentos, observa-se que nem todos os entrevistados responderam as duas questões. Entre as principais sugestões, o plano de saúde foi a mais abordada e vem ao encontro do que apresenta o Gráfico 17, o qual aponta que 22% dos entrevistados consideraram o benefício regular. Em seguida, os entrevistados citaram a cesta básica como um benefício importante, e que a empresa não fornece, 30 dos 81 entrevistados mencionaram o programa de cargos e salários como uma oportunidade de melhoria para a organização. Outro ponto interessante das sugestões foi o fato de 29 entrevistados citarem a capacitação da equipe de supervisores de produção como uma oportunidade de melhoria.

As entrevistas de desligamento registram informações importantes para o processo de aperfeiçoamento das práticas de gestão de pessoas e consequente redução no índice de absenteísmo partindo do pressuposto que a insatisfação com a organização do trabalho pode influenciar no absenteísmo. No Quadro 7 estão relacionadas as principais informações.

Quadro 7 – Principais informações para o processo de aperfeiçoamento das práticas de gestão de pessoas

1. Nas questões relacionadas à chefia, no que diz respeito a acompanhar os trabalhos dos colaboradores desligados, apenas 72% afirmaram existir um acompanhamento.
2. Com relação à comunicação, somente 47% afirmaram que as informações chegavam até eles por meio da liderança e 29 profissionais sugeriram nas questões abertas mais capacitação para a equipe de liderança.
3. A falta de políticas mais claras torna a organização sem perspectivas para os colaboradores. Isso fica evidenciado nas questões abertas em que os profissionais desligados sugerem à organização a implantação do programa de cargos e salários.
4. O pacote de benefícios oferecido pela empresa foi outro ponto abordado, chamando a atenção para o valor de desconto do plano de saúde e a cesta básica, que é um benefício não fornecido pela organização.

Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

5.3 Entrevista com os Gestores das Áreas Operacionais

A entrevista com os gestores das áreas operacionais foi elaborada com quatro questões abertas que permitem aos profissionais expressar opiniões e sugestões sobre os fatores que contribuem para o absenteísmo e as melhorias que a organização poderia adotar para minimizar o problema. A entrevista foi realizada individualmente e conduzida por uma profissional do departamento de recursos humanos. A empresa dispõe de 11 profissionais que fazem a gestão das áreas operacionais, sendo 10 supervisores de produção e um gerente de produção.

Quadro 8 – Entrevista com os gestores das áreas operacionais: Questão 1

Questão 1 – Em sua opinião, quais são os principais fatores que contribuem para o absenteísmo?	
Respostas	Número de respostas
Problemas ergonômicos	10

Insatisfação com o salário	5
Insatisfação com a empresa	6
Problemas pessoais	7
Ritmo de trabalho	6
Doenças	5

Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

De acordo com a opinião dos gestores das áreas operacionais (Quadro 8), o principal fator gerador do absenteísmo são os problemas ergonômicos, ou seja, as atividades repetitivas e que requerem certo esforço físico para serem executadas, seguido de problemas pessoais, tais como: endividamento, necessidade de mudança de cidade, abertura do próprio negócio, entre outros. O ritmo de trabalho é proporcionalmente igual à insatisfação com a empresa. Os fatores insatisfação salarial e doenças foram os menos apontados.

Quadro 9 – Entrevista com os gestores das áreas operacionais: Questão 2

Questão 2 – Quais são as reclamações/solicitações mais frequentes dos seus liderados?	
Respostas	Número de respostas
Reajuste salarial	12
Temperatura da fábrica no período do verão	12
Valor do desconto do plano de saúde	10
Solicitação para trabalhar em outra função	9
Cesta básica	9

Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

As principais reivindicações dos profissionais das áreas operacionais são reajustes salariais e a temperatura da fábrica. É interessante analisar as respostas dos gestores que pontuam na questão 1, para os quais o fator insatisfação salarial não seria o principal fator gerador do absenteísmo. O fator temperatura da fábrica fica mais evidente no verão com a chegada das altas temperaturas e, segundo os gestores, é motivo de reclamações de todos os profissionais. O plano de saúde aparece em seguida: 10 dos 12 gestores afirmaram que seus liderados reclamam dos valores pagos pelo benefício. A cesta básica, segundo nove entrevistados, é motivo de insatisfação, e a solicitação para alterar o posto de trabalho ou função

também é motivo de reclamação constante, sendo a maior alegação a não adaptação à atividade.

Quadro 10 – Entrevista com os gestores das áreas operacionais: Questão 3

Questão 3 – Em sua opinião, a empresa tem oportunidades de melhorias para reduzir os índices de absenteísmo? Se sim, por favor, dê exemplos.	
Respostas questão 1	Número de respostas
Sim	12
Respostas questão 2	Quantidade
Investir na automação de alguns processos	2
Melhorar a ergonomia de alguns cargos	8
Melhorar a temperatura da fábrica	9
Desenvolver programa de cargos e salários	10
Mais palestras para conscientizar os profissionais sobre os riscos de acidentes de trabalho	2

Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

De acordo com os entrevistados, a empresa possui oportunidades de melhorias tanto no ambiente de trabalho e processo produtivo quanto no pacote de benefícios oferecidos por ela, e que o resultado de tais esforços refletiriam na melhor condição de trabalho e na satisfação dos colaboradores e, conseqüentemente, na redução dos índices de absenteísmo. Entre as melhorias voltadas ao pacote de benefícios estão o desenvolvimento do programa de cargos e salários e mais investimento em palestras de conscientização sobre riscos de acidentes de trabalho. As melhorias de ambiente e do processo produtivo são: melhorar a temperatura da fábrica, investir na automação de alguns processos e melhorar a ergonomia de alguns cargos.

Quadro 11 – Entrevista com os Gestores das áreas operacionais: Questão 4

Questão 4 – Como você contribui no seu dia-a-dia para minimizar o absenteísmo?	
Respostas	Número de respostas
Conversando com os meus liderados	9
Atendendo as orientações do departamento de segurança do trabalho	8
Atendendo as solicitações dos colaboradores com relação à melhoria no processo de trabalho	4

Alterando o posto de trabalho dos profissionais quando necessário	10
Solicitando ajuda do ambulatório médico	7
Conversando com o departamento de recursos humanos	9

Fonte: Dados coletados do departamento de recursos humanos da empresa.

Com a Questão 4, objetivou-se entender se a equipe de gestores das áreas operacionais em seu processo de gestão inclui a gestão das pessoas como parte de suas atividades valorizando o fator humano, ou se a gestão é totalmente focada apenas no fator resultado. De acordo com as respostas, é possível observar que a base da gestão desses profissionais tem uma tendência ao diálogo. Dos 12 entrevistados, nove conversam com os liderados, 10 alteram o posto de trabalho quando necessário, nove procuram o departamento de recursos humanos para passar as solicitações, sete buscam ajuda do ambulatório médico, oito trabalham conforme as orientações do departamento de segurança do trabalho e quatro atendem as solicitações dos seus profissionais quanto a melhorias no processo de trabalho.

O resultado das entrevistas com os gestores das áreas operacionais equipara-se aos principais pontos observados pelos profissionais que se desligaram da empresa. O Quadro 12 relaciona as informações mais relevantes para a análise de oportunidade de melhorias para empresa e conseqüente redução do absenteísmo.

Quadro 12 – Informações mais relevantes para a análise de melhorias para a empresa

Detalhamento das informações
1. Segundo os gestores, os fatores que envolvem o pacote de benefícios geram insatisfação aos seus colaboradores. Tanto a falta da cesta básica como o valor descontado pelo plano de saúde foram abordados por ambos.
2. Os gestores acreditam também que fatores ergonômicos podem potencializar os índices de absenteísmo. Tal percepção somada à alta quantidade de atestados médicos apresentados pelos profissionais que atuam nas áreas com atividades que requerem mais esforço físico leva pesquisadora deste estudo a pressupor que a ergonomia pode ser um fator gerador de absenteísmo.
3. O ambiente, mais precisamente a temperatura da fábrica, é outro fator de insatisfação

dos colaboradores e que, segundo os gestores da área, também pode influenciar no absenteísmo.

4. Apesar de a entrevista de desligamento apontar falhas na comunicação entre os gestores e os trabalhadores, aqueles apontam o diálogo como uma forma de minimizar os índices de absenteísmo.

Fonte: Elaboração própria.

Na próxima seção, apresenta-se as práticas adotadas pela organização em estudo.

5.4 Práticas de Gestão de Pessoas em Relação à Saúde do Trabalhador no Setor de Produção

A empresa em estudo trabalha em conformidade com todas as normas de segurança e saúde do trabalhador. Conforme pesquisa realizada com o supervisor responsável pelo departamento de segurança e saúde da empresa, é possível observar a seriedade do trabalho e o compromisso da organização para oferecer a seus trabalhadores um ambiente de trabalho seguro e agradável para se trabalhar. Na sequência, aponta-se os principais programas administrados pelo departamento:

- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO);
- Programa de Prevenção de riscos ambientais (PPRA);
- Laudo Técnico de Controle do Ambiente de Trabalho (LTCAT);
- Programa de Prevenção de Risco para Prensas e similares (PPRPS);
- Laudo Ergonômico;
- aplicação das Normas Regulamentadoras (NRs) relativas atividade econômica da empresa;
- gestão de fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) aplicados aos riscos de cada função;
- Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), o qual conta com serviço médico especializado, tendo médico do trabalho, enfermeira do trabalho e fonoaudióloga;

- campanhas de saúde do trabalhador voltadas à alimentação balanceada, tabagismo, qualidade de vida, álcool, doenças cardiovasculares, diabetes.

Para minimizar os impactos causados pelas doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, a empresa está em fase de implantação de um programa de rodízio dos colaboradores que atuam nas funções que apresentam maiores incidências de atestados médicos, Tal programa, que nasce a partir do desenvolvimento do presente trabalho, visa, além da diversificação dos movimentos realizados durante as operações, um maior envolvimento intelectual dos colaboradores, pois estes passam a atuar em várias fases do processo produtivo, o que irá proporcionar maior entendimento de todo o processo produtivo.

5.5 Práticas Atuais da Área de Gestão de Pessoas da Empresa Pesquisada

A empresa já adota algumas práticas de gestão de pessoas, as quais são descritas no Quadro 13.

Quadro 13 – Práticas atuais da área de gestão de pessoas

Detalhamento das práticas
1. Programas de encareiramento que estimulam os profissionais a construir suas carreiras na organização estimulando a motivação e a satisfação, uma vez que a desmotivação é um dos fatores citados como um possível gerador do absenteísmo.
2. Programas de formação profissional que visam formar e qualificar profissionais para cargos de operador de solda, abastecedor de linha, operador preparador, líder de produção, supervisor de produção. Tais programas contribuem para o desenvolvimento profissional, pessoal e intelectual dos profissionais, pois trabalham os aspectos técnicos e comportamentais, sendo importantes aliados para a retenção de profissionais. Ademais, o programa de formação profissional estimula o aprendizado e proporciona aos participantes, além da perspectiva de crescimento profissional, a valorização e o reconhecimento, sendo a falta desses aspectos citados como possíveis geradores de absenteísmo.
3. A empresa disponibiliza uma psicóloga para prestar atendimentos a todos os seus profissionais. Esses atendimentos abrangem desde situações enfrentadas na empresa até problemas pessoais e familiares. Tal prática minimiza os impactos negativos que o trabalho pode causar, conforme cita Fontes e Guimarães (2004), para os quais o ingresso no trabalho pode ser uma fonte de sofrimento e angústias, traduzindo em doenças psicossociais, psicossomáticas ou psiquiátricas.
4. Entre os programas de incentivo oferecidos pela organização, há o TMC (<i>Times de Melhorias Contínuas</i>), que estimula a criatividade e dá oportunidade a todos os profissionais darem ideias voltadas a melhorias no processo de trabalho, na redução de riscos de acidente e de custos operacionais e na melhoria de produtividade. O

<p>programa consiste na formação de <i>times</i> de melhorias que realizam reuniões semanais pré-agendadas para análise de problemas e das propostas de melhorias. Os projetos aprovados são divulgados em todos os canais de comunicação da empresa e o <i>time</i> recebe uma premiação em dinheiro. O programa estimula o engajamento com a empresa, o trabalho em equipe, o envolvimento intelectual e a possibilidade de aumento de renda, fatores que, segundo o embasamento teórico, podem contribuir para a redução do absenteísmo, visto que proporciona um ambiente de trabalho mais participativo.</p>
<p>5. A empresa implantou há um ano a Avaliação de Desempenho, prática de gestão de pessoas adotada por muitas organizações, principalmente as multinacionais. A aplicação da avaliação, segundo a responsável pelo processo, possibilita aos colaboradores ouvirem e darem <i>feedback</i>, porém, apesar de considerar uma importante prática, ainda não foi possível verificar se houve influência positiva nos índices de absenteísmo.</p>
<p>6. Treinamento e capacitação para a equipe de liderança: a empresa investe na capacitação de todos os profissionais que exercem cargos de chefia, e os treinamentos têm enfoques técnicos e comportamentais. É importante ressaltar que dos 11 profissionais ocupantes dos cargos 10 foram formados internamente, o que confirma o compromisso da empresa em formar profissionais e retê-los.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Apesar de a empresa já adotar algumas práticas de gestão de pessoas, o índice de absenteísmo fechou com média de 3,18% em 2012 nas áreas operacionais. Conforme citado, o absenteísmo tem sido sinônimo de insatisfação com a organização do trabalho, e não existe um entendimento realista de como os colaboradores se sentem diante de imposições da chefia e do sistema de salários (SILVA; MARZIALE, 2003). Uma prática de gestão de pessoas que pode auxiliar a minimizar a insatisfação dos funcionários é o Programa de Cargos e Salários, uma vez que tal prática possibilita aos colaboradores uma visão de progressão futura, entretanto a empresa em estudo ainda não o adotou. O trabalho social também é uma prática adotada em organizações para engajar os colaboradores e consequentemente obter profissionais motivados e comprometidos com os valores da organização. A empresa em estudo possui poucos trabalhos nesse sentido, e o departamento de recursos humanos não possui um profissional especializado para prestar auxílio internamente e nem projetos que envolvem a sociedade.

Com relação à equipe de liderança, é importante avaliar se os profissionais que a compõem estão aptos a assumir cargos de chefia, visto que, dentro do escopo das suas atividades, a gestão de pessoas se torna a mais importante missão, e na maioria das vezes esses profissionais têm um perfil mais técnico. Diante do exposto, pode-se pressupor que esse despreparo da equipe de chefia em gerir pessoas afete

as relações laborais e comprometa a saúde do trabalhador. No Gráfico 19, no qual se apresenta a entrevista de desligamento dos profissionais que estão sendo desligados da empresa, registra-se a sugestão para a capacitação da equipe de liderança.

5.6 Atestados Médicos e as Práticas de Gestão de Pessoas

A seguir, o Quadro 14 mostra um comparativo entre as práticas de gestão de pessoas e os atestados médicos apresentados em 2012.

Quadro 14 – Práticas de Gestão de Pessoas e Atestados Médicos apresentados em 2012

Fator	Relação com os atestados médicos	Prática de gestão de pessoas
Ambiente de trabalho	Os atestados apresentados podem estar relacionados com a insatisfação com o ambiente de trabalho independentemente da especialidade.	1. Implantação do Programa 5s. 2. Em análise para a implantação do programa de revezamento de postos de trabalho que requerem mais esforço físico.
Comunicação e Relacionamento entre os gestores e equipe	Os atestados apresentados podem estar relacionados com a falta de comunicação e o relacionamento que os funcionários mantêm com a chefia independentemente da especialidade.	1. Capacitação contínua da equipe de gestores das áreas operacionais. 2. A empresa disponibiliza uma psicóloga para prestar atendimento para todos os colaboradores.
Ergonomia	366 atestados de 2012 referentes à especialidade ortopedia.	1. Em análise para a implantação do programa de revezamento de postos de trabalhos que requerem mais esforço físico.
Reconhecimento	Os atestados apresentados podem estar relacionados com a falta de reconhecimento profissional.	1. Programa de Melhoria Contínua TMC. 2. Programa de encarecimento.

Retenção de profissionais ou satisfação com a empresa	Os atestados apresentados podem estar relacionados com a insatisfação do profissional com a organização do trabalho ou com as políticas organizacionais.	<ol style="list-style-type: none">1. Avaliação de desempenho.2. Programa de formação profissional.
---	--	---

Fonte: Elaboração própria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, desenvolvido em 2012, tem como objetivo entender quais são as principais doenças que acometem os profissionais das áreas operacionais de uma indústria metalúrgica e analisar as práticas de gestão de pessoas que venham a atender a saúde do trabalhador e minimizar os índices de absenteísmo.

O estudo do absenteísmo baseado em sua teoria e na realidade de cada organização fornece informações importantes a respeito da saúde dos trabalhadores, da satisfação com a organização e com o próprio trabalho, além de fornecer ao departamento de gestão de pessoas subsídios para reavaliar os seus subsistemas. Desse modo, além dos fatores ergonômicos, das más condições de trabalho, pressão por resultados, da fragmentação das atividades e da falta de envolvimento intelectual, os fatores organizacionais, tais como: políticas da empresa, liderança deficiente, excesso de regras, falta de política salarial, entre outros, contribuem para a insatisfação dos trabalhadores e o conseqüente aumento do absenteísmo.

A partir da análise das entrevistas de desligamento dos profissionais desligados que solicitaram o desligamento, da pesquisa sociodemográfica dos profissionais que apresentaram atestados médicos, da análise das principais especialidades apresentadas nos atestados médicos e das entrevistas com os gestores das áreas operacionais, fica evidente que as principais patologias que acometem os profissionais das áreas operacionais estão relacionadas à ortopedia, com 30,7% dos atestados, seguida de gastroenterologias, com 9,6%, neurologia, com 7,4%, oftalmologia, com 6,6%, odontologia, com 6,6%, otorrino com 5,4%. Existe uma concentração de emissão de atestados médicos para os cargos de Operador de produção e operador de solda que são cargos que exigem maior esforço físico dos colaboradores.

A empresa em estudo desligou 81 profissionais em 2012 sendo o principal fator do desligamento altos índices de absenteísmo. Entre os pontos apresentados nas entrevistas de desligamentos os que mais influenciaram nos índices de absenteísmo são os relacionados à falta de uma política salarial, falha na comunicação entre os gestores e as equipes, o pacote de benefícios segundo os

trabalhadores não atendem a expectativa principalmente pela falta da cesta básica e do valor pago pelo plano de saúde, a condição de trabalho é um fator apontado como gerador de insatisfação e de adoecimento principalmente relacionado à temperatura da fábrica.

Os gestores das áreas operacionais apontaram nas entrevistas condições semelhantes às apontadas pelos trabalhadores como fatores geradores de absenteísmo, sendo a ergonomia, a temperatura da fábrica e a falta de uma política salarial as mais representativas.

Nesse sentido, pode-se pressupor que a empresa em estudo possui oportunidades de melhorias em três âmbitos que envolvem diretamente a saúde e a satisfação dos trabalhadores: melhorias no processo de trabalho de alguns cargos, melhorias nas instalações da fábrica, ou seja, melhorias no ambiente de trabalho, melhorias nas políticas de gestão de pessoas da organização. Conforme discutido no presente trabalho, os fatores ambiente de trabalho, o novo processo de trabalho que, além de fragmentado baseia-se apenas em resultados, e o fator insatisfação com a empresa favorece o adoecer dos trabalhadores. Algumas patologias, tais como: estresse laboral, álcool e drogas são oriundas de fatores como pressão, angústia, falta de perspectiva, insatisfação, fuga, entre outros, e podem ser decorrentes do ambiente de trabalho com problemas ergonômicos e de gestão.

A tratativa para a redução do absenteísmo não envolve apenas o aspecto financeiro muito praticado na atualidade, por exemplo, prêmio para os trabalhadores que não faltam, conforme citado no presente trabalho, pois existe a necessidade de dar ênfase aos aspectos emocionais, todavia muitas vezes tal tratativa é ignorada.

É importante ressaltar a dificuldade que as organizações enfrentam para diagnosticar as causas do absenteísmo, pois os aspectos subjetivos contidos no processo impossibilitam um diagnóstico objetivo do problema. Na empresa em estudo tal dificuldade fica evidente, no relato dos trabalhadores e dos gestores das áreas operacionais que relacionaram condições que geram insatisfação e os fatores que segundo a teoria são causadores de problemas de saúde. Além dos fatores tangíveis como ambiente de trabalho, remuneração e benefícios os fatores intangíveis, tais como, reconhecimento, participação, comunicação e expectativa de crescimento precisam ser constantemente avaliados. A gestão do absenteísmo é

complexa e contínua, e envolve os aspectos emocionais de cada indivíduo o que força as organizações a aperfeiçoarem suas práticas de gestão de pessoas.

Apesar de todo o levantamento realizado na empresa em estudo, é importante ressaltar as limitações encontradas para a realização desta pesquisa. Os estudos relacionados ao absenteísmo possuem restrições de objetividade principalmente se estiverem relacionados com a insatisfação dos trabalhadores com a organização. A ausência do trabalhador, seja ela justificada ou sem justificativa não permite à organização entender o real problema, uma vez que o profissional não expõe a sua opinião seja por temor de perder o emprego ou por acreditar que não será ouvido. O reduzido número de pesquisas sobre o tema é outro fator limitante, as pesquisas encontradas são diagnósticas e não abordam melhorias das práticas da gestão de pessoas e as suas efetivas contribuições para minimizar o absenteísmo. Para um melhor entendimento do alto índice de atestados da especialidade ortopedia seria necessário um estudo mais aprofundado com profissionais especialistas em ergonomia que inclua o levantamento das atividades diárias desses profissionais e o esforço físico envolvido.

Para a continuidade do trabalho apresentado nesta dissertação fica como sugestão a análise dos índices de absenteísmo após um período de seis meses da implantação das melhorias sugeridas no estudo de caso.

REFERÊNCIAS

ABREU, R. C.; MONTEIRO, J. C.; FRANÇA, A. C. L. **Gestão de Pessoas: desafios estratégicos das organizações contemporâneas**. São Paulo: Atlas, 2009.

ALMEIDA, M. I. **Acidentes de trabalho e a repolitização da agenda da saúde do trabalhador**. São Paulo: Fiocruz, 2011.

ALVES, M. A.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 195-200, mar./abr. 2006.

AMABILE, T. M.; CONTI, R. Changes in the work environment for creativity during downsizing. **Academy of Management Journal**, v. 42, n. 6, p. 630-640, dez. 1999.

AREIAS, M. E. Q.; CAMANDULE, A. Q.; FONTES, S. Histórico das relações entre empregador e empregado. In: GUIMARÃES, L. A. M. (Org.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. v. 4.

AZEVEDO R. C. S. Drogas e trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 36-47. v. I.

BARBOSA, R. H. S. A Teoria de Práxis':Retomando o referencial Marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-26, mar./jun. 2010.

BARROS, C. A.; GUIMARÃES, L. A. M. Lesões por esforços repetitivos – LER: aspectos psicológicos. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 62-69. v. I.

BORGES, L. O.; YAMAMOTO O. H. O mundo do trabalho. In: BORGES, J. E. A.; BASTOS, A. V. B.; ZANELLI, J. C. (Org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 24-62.

CAMARGO, D. A.; FONTES, A. P.; OLIVEIRA J. I. Diagnóstico das LER/DORT e saúde mental. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 145-159. v. III.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

COLLIS, J. R.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COOPER, C. L. A natureza mutante do trabalho: o novo contrato psicológico e os estressores associados. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. (Org.). **Qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2007. p. 3-8.

DE MASI, D. **O ócio criativo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DUTRA, S. J. **Competências**: conceitos, e instrumentos para a Gestão de Pessoas da empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2004.

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

FISCHER, A. L. **A constituição do modelo competitivo de Gestão de Pessoas no Brasil**: um estudo sobre as empresas consideradas exemplares. 1998. 358 f. Tese (Doutorado em Administração)–Faculdade de Administração e Economia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

FISCHER, A. L. et al. **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. Relações de trabalho e políticas de gestão: uma história das questões atuais. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 5-15, out./dez. 1992.

FONTES, A. P.; GUIMARÃES, L. A. M. Estratégia de coping e estresse ocupacional. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. II.

FRANÇA, L.; ARELLANO, A. C. Qualidade de vida no trabalho. In: Limongi – França, Ana Cristina e tal. **As pessoas na organização**. 9 ed. São Paulo: Ed. Gente, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMEZ, C.M; Costa, S.M da F.T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997.

GONÇALVES, C. M.; COIMBRA, J. L. Significados construídos em torno da experiência profissional/trabalho. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NORTE DE PORTUGAL/GALIZA, 4., 2003, Porto. **Anais...** Porto: IEF/Delegação Regional do Norte, 2003. p. 353-366.

GONÇALVES, P. Acidentes de Trabalho - Agente Biológico. **Vox Forensis**, Espírito Santo do Pinhal, v. 3, n. 1, fev./abr. 2010.

GUIMARÃES, L. A. M.; FREIRE, H. B. G. Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. II.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

LACERDA, A. L. T. Álcool e local de trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Saúde mental e o trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 17-30. v. I.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LAWLER III, E. E.; MOHRMAN, A. M. Administração de recursos humanos: construindo uma parceria estratégica. In: GALBRAITH, J. R.; LAWLER III, E. E. **Organizando para competir no futuro**. São Paulo: Makron Books, 1995.

LEVI, L. O guia da comissão europeia sobre estresse relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. In: ROSSI, A. M.; PERREWE, P.; SAUTER, S. L. (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Atlas, 2007. p. 167-180.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1990.

MARRAS, J. P. **Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico**. 11 ed. São Paulo: Futura, 2000.

MARTINS D. A. Programas de prevenção ao alcoolismo no trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Saúde mental e o trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 217-240. v. I.

MAXIMILIANO, A. C. A. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, R. (Ed.). **Patologia do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública da USP**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-347, 1991.

MICHEL, O. **Saúde do trabalhador- Cenários e Perspectivas numa Conjuntura Privatista**. São Paulo: LTR, 2009.

MIDORIKAWA, E. T. **A odontologia como saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional: definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador**. 2000. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas)–Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MUÑOZ, M. M. Absentismo laboral. In: BENAVIDES, F. G.; RUIZ-FRUTOS, C.; GARCÍA GARCÍA, A. M. **Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales**. Barcelona: Masson, 1997.

MURTA, G. S.; TRÓCOLLI, T. B. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 2, n. 1, p. 39-47, jan./abr. 2004.

OLIVEIRA D. A. Doença Ocupacional e a Prova no Processo do Trabalho. **Revista do TRT/EMATRA (1ª Região)**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 46, p. 73-82, jan./dez. 2009.

PACHECO M. S. **Evolução da gestão de recursos humanos: um estudo de 21 empresas**. 2009. 90 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações)–Faculdade de Economia e Administração Contábil da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PAOLI, P.; MERLLIER, D. **Third European Survey on Working Conditions 2000**. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001.

PINTO, G. A. **A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absenteísmo em uma usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 10, n. 40, p. 62-67, 1982.

RODRIGUES, P. F. V.; BELLINE M. I. B. A organização do trabalho e as repercussões na saúde do trabalhador e de sua família. **Revista Texto & Contexto**, Porto Alegre, v. 9, p. 345-356. 2010.

ROSSI, A. M. **Estressores ocupacionais e diferenças do gênero**. In: ROSSI, A. M.; PERREWE, P. L.; SAUTER, S. L. (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2007. p. 3-8.

SALIM, C. A. Doenças do trabalho exclusão, segregação e relações do gênero. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 11-24, jan./mar. 2003.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Problemas da saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Acta Scientiarum*. **Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.

SUSSEKIND, A. L. et al. **Instituições de direito do trabalho**. São Paulo: LTR, 2003. v. 1.

ULRICH, D. **Os campeões de recursos humanos: inovando para obter melhores resultados**. São Paulo: Futura 2000.

ULRICH, D. **Recursos humanos estratégicos: novas perspectivas para os profissionais de RH**. São Paulo: Futura, 2000.

VAISSMAN M. **Alcoolismo no local de trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

VASCONCELOS, L.C. F.; MACHADO, J. M. H. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZACCARELLI, S. B. **Programação e controle da produção**. São Paulo: Pioneira, 1987.

WEBGRAFIA

BRASIL. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

_____. **Decreto-Lei nº 5.482**, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 15 maio 2013.

CASTRO, A. C.; LEÃO, L. H. C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300023&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 dez. 2013.

CASTRO, K. C. **Álcool e trabalho**: Uma experiência de tratamento de trabalhadores de uma universidade pública do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4949>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

GONÇALVES, C. M.; COIMBRA, J. L. **Significados construídos em torno da experiência profissional/trabalho**. 2002. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0119&area=d7&subarea=>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

LEÃO, L. H. C.; CASTRO, A. C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300023&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jun. 2013.

MALLADA, F. J. R. **Gestão do absenteísmo nas empresas espanholas**. 1º maio 2004. Disponível em: <<http://kplus.cosmo.com.br/materia.asp?co=131&rv=Direito>>. Acesso em: 1 jul. 2013.

MARTINS, E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 639-644, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a13.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ler_dort.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2013.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Convenções ratificadas pelo Brasil**. 2001. Disponível em: <<http://www.oit.org.br/convention>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **História**. Disponível em: <<http://www.oit.org.br/content/hist%C3%B3ria>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Recomendações.**

Disponível em: < <http://www.oit.org.br/content/recommendations> >. Acesso em: 30 jun. 2013.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em: <www.previdencia.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2013.

RIBEIRO, H. P. **A violência oculta do trabalho:** as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/v5tv3/pdf/ribeiro-9788575412824.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

SAJIORO JR., E. Universidade corporativa: um estudo de caso. In: MOSTRA ACADÊMICA UNIMEP, 9., 8 nov. 2011, Piracicaba. **Anais eletrônicos...** Piracicabha: Unimep, 2011. Disponível em: <www.unimep.br/phpg/mostra_academica/anais/9mostra/5/152.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2013.

VASCONCELOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. **Política nacional de saúde do trabalhador:** ampliação do objeto em direção a uma política de estado. Disponível em: <bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe>. Acesso em: 15 jul. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

Demitido

Demissionário

Nome: _____ RE: _____

Setor: _____ Turno: _____ Filhos: _____

Idade: _____ Estado civil: _____ Cargo: _____

Data de Admissão: _____ Data Saída: _____

1) *Somente para demissionário:* Qual o motivo de seu pedido de demissão?

Somente para demitido: Foi informado sobre o motivo do seu desligamento?

Sim Não

2) Seu superior acompanhava seu serviço?

Sim Não Às vezes

3) O local de trabalho oferecia condições adequadas para se trabalhar? É organizado?

Sim Não

4) Como chegavam até você as mudanças de normas, procedimentos e informações que lhe diziam respeito?

RH Líder Colegas Quadros Nenhuma das opções

5) Sentiu falta de outros benefícios? Quais?

6) Dê sua opinião sobre:

Convênio com Farmácia: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim
Transporte: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim
Refeição: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim
Assistência Médica: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim
Seguro de Vida: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim
Grêmio Recreativo: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim
Salário: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim
Segurança do Trabalho: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim
Ambulatório Médico: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim
Horário de Trabalho: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim
Quadro de avisos: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim
Recursos Humanos: () Bom () Regular () Ótimo () Ruim

7) Voltaria a trabalhar na empresa?

() Sim () Não

8) Que sugestões você daria para melhorar o andamento da empresa?

9) Comentários gerais:

Limeira, de de 2013

Assinatura do Funcionário

Parecer do Entrevistador:

APÊNDICE B – ENTREVISTA COM OS GESTORES**ENTREVISTA GESTORES ABSENTEÍSMO**

Nome: _____ RE: _____

Setor: _____ Turno: _____ Data de admissão _____

Cargo: _____

Questão 1 - Em sua opinião, quais são os principais fatores que contribuem para o absenteísmo?

Questão 2 - Quais são as reclamações/solicitações mais frequentes dos seus liderados?

Questão 3 - Em sua opinião, a empresa tem oportunidades de melhorias para reduzir os índices de absenteísmo? Se sim, por favor, dê exemplos.

Questão 4 - Como você contribui no seu dia a dia para minimizar o absenteísmo?

APÊNDICE C – PROPOSTA DE MELHORIAS NO AMBIENTE DE TRABALHO

Propostas Melhoria no ambiente de trabalho
Recomenda-se estudar a possibilidade de melhorar a ventilação da fábrica, pois conforme análise dos dados a temperatura da fábrica é alvo de constantes reclamações no período das altas temperaturas.

APÊNDICE D – PROPOSTA DE MELHORIA NO PROCESSO DE TRABALHO

Melhoria no processo de trabalho
Conforme os dados documentais: atestados médicos e entrevistas com os gestores das áreas operacionais os cargos de soldadores e operadores de produção tiveram grande representatividade quanto a apresentação de atestados médicos. Convém a empresa analisar a possibilidade de criar um comitê de ergonomia para analisar os postos de trabalho dos cargos citados, com o propósito de avaliar se é possível propor melhorias no processo e ou no método de trabalho para minimizar esforço físico desnecessário e reduzir a quantidade de movimentos necessários para realizar uma determinada atividade.
Ampliar os estudos referente os atestados da especialidade ortopedia, uma vez que esta especialidade teve grande representatividade na amostra. Com estudos mais precisos e com o cruzamento de dados é possível ter uma informação mais precisa sobre o problema e propor soluções mais eficazes.

APÊNDICE E – PROPOSTA DE MELHORIAS NOS PROCESSOS DE GESTÃO DE PESSOAS

Melhorias nos processos de gestão de pessoas
<p>Conforme a análise dos dados é possível pressupor que uma das insatisfações dos trabalhadores da empresa em estudo é a remuneração. A sugestão para minimizar tal insatisfação é a implantação do programa de cargos e salários com políticas salariais claras e de conhecimento de todos. O programa de cargos e salários já é uma prática em muitas organizações e quando é elaborado dentro da realidade de cada organização minimiza a insatisfação com relação a remuneração, pois o trabalhador dispõe de informações sobre a sua atual e futura posição na organização.</p>
<p>Convém analisar a possibilidade de implantar um programa de plano de carreira que atenda e dê oportunidade de ascensão a todos da organização, com o objetivo de nortear o trabalhador quanto a sua trajetória na organização e estimular os profissionais a galgar novas oportunidades e construir sua carreira na organização. O projeto visa reter os profissionais, como também promover a igualdade de acessos dentro da organização, estimular os trabalhadores a buscar o aperfeiçoamento educacional para assumir novos desafios profissionais e promover o reconhecimento dos profissionais diferenciados.</p>
<p>A pesquisa de clima é uma prática de gestão de pessoas muito difundida em organizações na atualidade e que poderia ser adotada pela empresa em estudo. A pesquisa de clima tem por objetivo ouvir os trabalhadores e entender as suas necessidades fornecendo informações para direcionar a área de gestão de pessoas na elaboração de projetos, programas de treinamento e capacitação, budget de investimentos, entre outros.</p>
<p>Ampliar os programas de capacitação para os gestores das áreas operacionais e do departamento de segurança do trabalho. Esses profissionais são os representantes da organização no chão da fábrica e conseqüentemente devem ser os mais preparados para lidar com as pessoas. Os gestores das áreas operacionais da empresa em estudo são oriundos da própria empresa, são grandes conhecedores dos processos de produção, porém, requerem investimentos na capacitação para realizar a gestão das pessoas. A capacitação dos profissionais do departamento de segurança justifica-se pela baixa avaliação que tiveram nas entrevistas de desligamentos tanto dos profissionais demitidos quanto dos que solicitaram o desligamento. O relacionamento entre trabalhador e chefia é um dos grandes promotores de patologias do trabalho.</p>
<p>Analisar a viabilidade de promover programas de promoção a saúde e o bem estar dos trabalhadores, tais como, ginástica laboral, revezamento de postos de trabalho, semana da saúde, palestras de conscientização e grupos tratamento sobre tabagismo, álcool, drogas,</p>

utilizar o grêmio recreativo para promover eventos esportivos envolvendo a família dos colaboradores, entre outros. De acordo com as entrevistas realizadas com os gestores o fator “problema pessoal” tem um peso nos índices do absenteísmo, sendo o endividamento das famílias o mais frequente e conseqüentemente o que mais motiva o profissional a solicitar o seu desligamento da empresa para receber suas verbas rescisórias e quitar as suas dívidas. Para minimizar o problema a empresa poderia ministrar palestras sobre o tema e analisar a possibilidade de montar um atendimento personalizado com horário marcado para assessorar os trabalhadores sobre orçamento financeiro.

Analisar a viabilidade econômica da organização para ampliar seu pacote de benefícios incluindo a cesta básica e maior participação financeira da empresa no plano de saúde. Conforme os documentos analisados a falta dos benefícios remete a constantes reclamações dos trabalhadores. Convém a empresa analisar a viabilidade de concessão dos benefícios e caso não seja possível, divulgar a decisão e os motivos para os trabalhadores.