



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PRAC
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
PRÁTICAS PSICOLÓGICAS CLÍNICAS EM INSTITUIÇÕES

A SAÚDE MENTAL POR UM FIO DE ALTA TENSÃO:

**MODELO DE DIAGNÓSTICO E DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL SISTÊMICA ADOTADO
NA GESTÃO DO ABSENTEÍSMO EM EMPRESA DO SETOR ELÉTRICO ENERGÉTICO.**

LAURA PEDROSA CALDAS

RECIFE, MARÇO, 2016



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PRAC
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
PRÁTICAS PSICOLÓGICAS CLÍNICAS EM INSTITUIÇÕES

A SAÚDE MENTAL POR UM FIO DE ALTA TENSÃO:

**MODELO DE DIAGNÓSTICO E DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL SISTÊMICA ADOTADO
NA GESTÃO DO ABSENTEÍSMO EM EMPRESA DO SETOR ELÉTRICO ENERGÉTICO.**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de
Pernambuco – UNICAP.

Doutoranda: LAURA PEDROSA CALDAS

Orientador: Prof. Dr. MARCUS TULIO CALDAS

RECIFE, MARÇO, 2016

C145s

Caldas, Laura Cândida Pedrosa

Saúde mental por um fio de alta tensão : modelo de diagnóstico e de intervenção psicossocial sistêmica adotado em empresa do setor elétrico na gestão do absenteísmo / Laura Cândida Pedrosa Caldas, 2016.

360 f. : il.

Orientador: Marcus Tulio Caldas

Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Doutorado em Psicologia Clínica, 2016.

1. Absenteísmo. 2. Doenças mentais. 3. Comportamento humano - Aspectos psicológicos. 4. Saúde mental. 5. Saúde e trabalho - Aspectos Psicológicos. 6. Mudança organizacional - Administração. 7. Psicologia Organizacional. I. Título.

CDU 159.964.2

Catarina Maria Drahomiro Duarte - CRB 4/463

NOME: CALDAS, LAURA PEDROSA

TÍTULO: A SAÚDE MENTAL POR UM FIO DE ALTA TENSÃO: MODELO DE DIAGNÓSTICO E DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL SISTÊMICO ADOTADO NA GESTÃO DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM EMPRESA DO SETOR ELÉTRICO ENÉRGICO BRASILEIRO.

TESE A SER APRESENTADA À UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTORA EM PSICOLOGIA.

APROVADA EM:

BANCA EXAMINADORA

PROF. DR. MARCUS TULIO CALDAS – Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

PROF.º DR. JOÃO CARLOS ALCHIERI – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Assinatura:  _____

PROF.ª DR.ª DAGMAR SILVA PINTO DE CASTRO – Universidade Metodista de Piracicaba/SP

Assinatura:  _____

PROF.ª DR.ª ANA LÚCIA FRANCISCO – Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

PROF.ª DR.ª SUELI SANTANA – Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

PROF. DR. ÉRICO HIGINO DE CARVALHO – Faculdade Redentor/RJ

Assinatura: _____

À minha filha e ao materno em mim **FERNANDA CALDAS RABELO DE OLIVEIRA**
Ao meu filho e ao desejo materno **RODRIGO CALDAS CATÃO DE MIRANDA**
Ao meu pai e exemplo **JOAQUIM SILVIO CALDAS**
À minha mãe afetiva **CARMEN LÚCIA VIEIRA**
Ao meu filho afetivo **VITOR HUGO TEIXEIRA DE LIMA**
Aos meus irmãos **ANA PAULA E JOÃO PAULO**
Aos meus tios **BARTOLOMEU SÁ E DIVA CALDAS DE SÁ**
Aos meus filhotes no afeto e nas possibilidades **GRUPO DOWN +**
Ao ser desintegrado em mim e meu objeto transicional – **FRANK**

GRATIDÃO

Costumo dizer que pessoas surgem em minha vida, trazendo algo imensurável de si. Algumas têm papel principal em minha história, em especial **FERNANDA**. E há pouco mais de 12h do dia 25 de fevereiro de 2012, trouxe **VITOR**. Meus filhos, prometo não falar tanto em doutorado, tese, **FRANK**, absenteísmo, trabalhador, sofrimento psíquico, riscos e intervenções psicossociais...

Outras, secundário e, a seu modo, a seu tempo e intensidade, aparecem de forma simples e pontual; outras, permanecem na lembrança e na saudade – fechamos nosso círculo nessa existência! A todas, indistintamente, gratidão pelo cumprimento de seu “*script*” em minha jornada... sejam quais forem suas próprias trilhas, eu permaneço firme em minhas crenças, valores e propósitos. Todas me permitiram crescer. Cresci também na dor, nas decepções e na incredulidade dos percursos que um ser humano é capaz de trilhar por suas motivações. Gratidão, em especial, àquelas que tenho o privilégio de chamar: **AMIGAS!** Simplesmente pelo meu afeto!

- Grata *A Essa Força Infinita* que chamo de **DEUS!** Agradeço a fé, o entusiasmo e a coragem para cumprir minha missão, principalmente na tentativa de conciliar alguns papéis quase sempre conflitantes: mãe, psicóloga, católica, amiga, docente, discente...
- À minha **FERNANDA**. Sem suas palavras de conforto, de incentivo e apoio teria sido difícil caminhar até aqui. Simplesmente, sou-lhe grata.
- Grata a você, **PAINHO**, pela oportunidade de invertermos um pouco o lugar de cuidado, sem que eu tenha perdido o exemplo e a figura de autoridade. As circunstâncias que lhe foi imposta obrigaram você a viajar mais cedo. Contudo, Deus tem seu tempo que nem sempre é o nosso tempo. Agradeço ao *Nome do Pai*, ao dom da vida e à conduta ética, especialmente frente ao homem-trabalhador, demonstrado em cada sentença, nos poemas e nas palavras: “*Eu vou estar presente em sua defesa, nem que seja de ‘maca’ ou de ‘cadeira de rodas’*”. **VOCÊ VEIO! GRATA.**
- À **CARMEN** (que não é de Bisset), pelo exercício da maternagem há 30 anos, pelo menos... só gratidão.
- Ao Mestre, com carinho! Prof.º Dr. **MARCUS TULIO CALDAS**, nenhuma palavra expressa a gratidão pelo acolhimento, pelo suporte, pela orientação firme e ao mesmo tempo respeitosa e discreta. Agradeço ao Psiquiatra, ao Mestre e ao Pai – nem tão perto, nem tão distante, mas discretamente presente para não me deixar desistir, quando todos os caminhos me levavam a um fim prematuro. Muito provavelmente o sr., prof. **MARCUS TULIO CALDAS**, não tenha clareza da dimensão que foi seu apoio, principalmente em 2015, ano difícil mais marcante – em seu sentido mais pleno. Sem “**FRANK**”, muitos **CALDAS & CALDAS** em devir. Acredite!
- À prof.ª **ZÉLIA MELO**, apesar de não conseguimos dar conta de nossas publicações, sigo firme com o compromisso e o propósito que assumimos.
- Gratidão especial às ‘meninas’ da secretária: **NÉLIA** e **NICÉAS**. Vocês duas fizeram a diferença pelo carinho e atenção que recebi, indistintamente.
- À Prof.ª **ANA LÚCIA FRANCISCO**. Suas críticas e orientações fizeram a diferença desde a Graduação, Pós-Graduações, Mestrado e, agora, no Doutorado...

- À Prof.^a Dr.^a **DAGMAR CASTRO**, por aceitar o convite para ser Membro da Banca Examinadora. Agradeço principalmente pelo suporte, quando em um olhar firme, sequer se dispõe. Grata pela contribuição na construção deste estudo.
- Ao Prof.^o Dr. ^o **JOÃO CARLOS ALCHIERI**, pelas aulas na pós-graduação em Psicologia Jurídica (marcas e sinais de surto) e por aceitar nosso convite para ser Membro da Banca Examinadora. Grata principalmente pela contribuição na construção deste estudo.
- À Prof.^a **SUELI SANTANA**, agradeço por aceitar nosso convite para ser Membro da Banca Examinadora. Obrigada pela contribuição na construção deste estudo.
- Ao DR. ^o **ÉRICO HIGINO**, colega de trabalho e profissional que tenho respeito e admiração, grata também por aceitar nosso convite para ser Membro da Banca Examinadora. Grata pela contribuição na construção deste estudo e por nossas trocas médico-psicóloga. Aprendo muito e sempre nos estudos do Absenteísmo-doenças
- Aos **DOCENTES** que fizeram parte de minha trajetória acadêmica, desde a graduação, pós-graduações, mestrado e agora no doutorado.
- Aos **PERICIANDOS** nos diversos processos que venho atuando como psicóloga perita, no Tribunal Regional do Trabalho-6, anônimos colaboradores que corroboram minha crença acerca da contribuição do psicólogo do trabalho; seja no SESMT (Serviço Especial em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho); seja nos agravos à saúde mental e comportamental instalados, cujo nexos causal encontra-se no labor.
- Aos inúmeros **COLEGAS ENERGIXIANOS**, a quem tenho prestado serviço como psicóloga: seja em atendimento breve e/ou aconselhamento, seja em situações de queixas de assédio moral e outras formas de violência no trabalho, ou em intervenções psicossociais em equipes, por demandas diversas. Essas ações e os resultados exitosos obtidos apenas (des)confirmam que o psicólogo, inserido no contexto organizacional, não é capaz de atuar com postura ética e neutra (sem essa tal de ‘neutralidade’ que nos afasta de sermos empáticos)
- À **ANA PAULA**, pelos vínculos afetivos, fraternos e familiares, essenciais agora que nosso painho precisou ‘viajar’
- Aos **COLEGAS** que, direta ou indiretamente, contribuíram para minha pesquisa
- Ao **I.D.E. PÓS GRADUAÇÕES** – lugar que me sinto em casa e onde trabalhar é fonte de prazer e realização pessoal e profissional. Agradeço aos jovens empreendedores **NATHALIA E FERNANDO**.
- Aos meus filhotes do **GRUPO DOWN+**: grata pelas lições e pelo amor incondicional. Juntos Somos +
- Aos meus **FILHOTES/DISCENTES** das diversas IES, tenho aprendido muito mais com vocês, podem acreditar.
- Aos **TRABALHADORES PARTICIPANTES** desta pesquisa. Sem a disponibilidade e contribuição não seria possível construir este estudo.

Laura Pedrosa Caldas

(Recife, 21 de março de 2016, às 2h28min)

*“É vivendo meu tempo que posso compreender os outros tempos,
é me entranhando no presente e no mundo,
assumindo resolutamente aquilo que sou por acaso...
que posso ir além”.*

Merleau-Ponty (1999)

SUMÁRIO

RESUMO	10
INTRODUÇÃO	12
ARTIGO 01:	22
ARTIGO 02:	55
ARTIGO 03:	89
ARTIGO 04:	151
ARTIGO 05:	229
ARTIGO 06:	273
CONSIDERAÇÕES FINAIS	334
CONCLUSÃO	335
ANEXOS	355

RESUMO

Descrever o modelo de diagnóstico e de intervenção psicossocial sistêmico e os resultados exitosos na Energix¹ é *objetivo geral* desta pesquisa e, os *específicos*, discutidos em 06 artigos: (01) propor parâmetros de diagnóstico de riscos psicossociais do contexto de trabalho e de intervenção psicossocial sistêmica que subsidie a gestão do absenteísmo e de outros indicadores de Gestão de Pessoas; (2) analisar as repercussões do absenteísmo por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) nos trabalhadores e no contexto laboral; (3) compreender os riscos psicossociais e os agravos à saúde mental do trabalhador e onexo causal do trabalho realizado; (4) identificar repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores adoecidos, no contexto laboral e impactos financeiros na Energix; (5) analisar os dados estatísticos estratificados do absenteísmo por TCM, entre 2010 e 2013, correlacionando-os com o Anuário Estatístico de Acidente do Trabalho (AEAT-INSS, 2015); e (6) justificar a inclusão do psicólogo no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). *Métodos*: revisão da literatura, pesquisa documental epidemiológica (Energix, 2010-2013) e a triangulação de métodos quanti-qualitativos (entrevista semiestruturada, Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) e grupos focais). *Crterios de Inclusão*: pesquisas bibliográficas, documentais e eletrônicas sobre absenteísmo por TMC (1980-2014), trabalhadores com ao menos um dia de trabalho perdido por TMC (2010-2013) e/ou em cargos de gestão na Energix (2010-2013). *Exclusão*: publicações fora do período determinado, absenteísmo por outras patologias e empregados que não tiveram absenteísmo por TMC e nem ocupam cargos de gestão. *Descritores*: absenteísmo, saúde do trabalhador, risco psicossocial, saúde mental e trabalho, TMC. *Resultados*: (1) o modelo de intervenção psicossocial sistêmico promove espaço de fala ao coletivo e possibilita intervenções exitosas, contribuindo à redução do absenteísmo-doença e à sustentabilidade do negócio; (2) pesquisas frequentes com profissionais de enfermagem; patologias prevalentes: depressão, ansiedade e uso abusivo de substâncias psicoativas; e danos da ordem econômico-financeira às organizações e aos cofres públicos com benefícios previdenciários; (3) segundo relatos, o sentido do trabalho, a subjetividade, a organização do trabalho e o modo de gestão geram riscos psicossociais e são fatores críticos de sintomatologias: emotividade, angústia, ansiedade, diminuição da libido, insônia, dor de estômago, hipertensão e bruxismo; (4) impactos nos trabalhadores com TMC: repercussões na dinâmica familiar, colegas e gestores descredenciam os sintomas de doenças psíquicas, prejuízos financeiros, perda de uma chance e intensificação de sintomas, com ideação e tentativa de suicídio; impactos na organização do trabalho, no relacionamento entre pares e na gestão das pessoas; e na Energix: custo baseado na remuneração/dia dos trabalhadores com absenteísmo por TMC, entre 2010 e 2013, num montante de R\$ 2.994.286,42; (5) o TMC é o sexto entre os dez grupos do absenteísmo na Energix e no INSS é o terceiro; o TMC compromete 5,5% do indicador enquanto no INSS não atinge 1%; e os TMC prevalentes: transtornos de humor (depressão), de ansiedade, neuróticos relacionados ao stress, somatoformes, de adaptação e por uso de substâncias psicoativas, no INSS e na Energix; e (6) a avaliação psicológica pode subsidiar o diagnóstico de riscos psicossociais e dos agravos à saúde mental. As competências do psicólogo possibilitam intervenções e contribuem à gestão do absenteísmo no SESMT.

Palavras-chave: Absenteísmo; Doenças Psíquicas dos Trabalhadores; Intervenções Psicossociais

¹Nome Fictício – a empresa onde foi realizada a pesquisa aceitou participar, fornecer os dados documentais necessários, além de autorizar a participação de seu público interno, restringindo a divulgação de sua identidade, conforme documento de Carta de Aceite, registrado no Comitê de Ética da UNICAP (CAAE 21.478713.4.0000.5206).

ABSTRACT

Describing the diagnosis and systemic psychosocial intervention model and the successful results at Energix¹ is the general objective of this research and the specifics discussed in 06 articles: (01) to propose parameters for diagnosis of psychosocial risks in the work context and psychosocial intervention. system that supports the management of absenteeism and other People Management indicators; (2) to analyze the repercussions of absenteeism due to Mental and Behavioral Disorders (CMD) in workers and in the work context; (3) understand the psychosocial risks and harms to the mental health of the worker and the causal link of the work performed; (4) identify repercussions of TMC absenteeism on sick workers in the work context and financial impacts on Energix; (5) analyze the stratified statistical data of TCM absenteeism between 2010 and 2013, correlating them with the Statistical Yearbook of Accident at Work (AEAT-INSS, 2015); and (6) justify the inclusion of the psychologist in the Specialized Safety Engineering and Occupational Medicine Service (SESMT). Methods: literature review, epidemiological documentary research (Energix, 2010-2013) and triangulation of quantitative and qualitative methods (semi-structured interview, Work Inventory and Illness Risks (ITRA) and focus groups). Inclusion Criteria: Bibliographic, documentary and electronic searches on TMC absenteeism (1980-2014), workers with at least one day lost to work by TMC (2010-2013) and / or in management positions at Energix (2010-2013). Exclusion: publications outside the specified period, absenteeism for other pathologies, and employees who did not have TMC absenteeism and do not occupy management positions. Keywords: absenteeism, occupational health, psychosocial risk, mental health and work, CMD. Results: (1) the systemic psychosocial intervention model promotes collective speech space and enables successful interventions, contributing to the reduction of sick-absenteeism and business sustainability; (2) frequent research with nursing professionals; prevalent disorders: depression, anxiety and substance abuse; and damage of the economic-financial order to organizations and public coffers with social security benefits; (3) According to reports, the meaning of work, subjectivity, work organization and management mode generate psychosocial risks and are critical factors of symptomatology: emotionality, anxiety, anxiety, decreased libido, insomnia, stomach pain, hypertension. and bruxism; (4) impacts on workers with CMD: repercussions on family dynamics, colleagues and managers disbelieve the symptoms of psychic illness, financial loss, loss of chance and intensification of symptoms, with ideation and suicide attempt; impacts on work organization, peer relationship and people management; and Energix: cost based on the compensation / day of workers with absenteeism by TMC, between 2010 and 2013, in the amount of R \$ 2,994,286.42; (5) TMC is sixth out of ten absenteeism groups at Energix and INSS is third; TMC commits 5.5% of the indicator while INSS does not reach 1%; and the prevalent CMD: mood disorders (depression), anxiety, stress-related neurotic, somatoform, adaptation and psychoactive substance use in INSS and Energix; and (6) psychological assessment can support the diagnosis of psychosocial risks and mental health problems. The psychologist's skills enable interventions and contribute to the management of absenteeism in the SESMT.

Keywords: Absenteeism; Workers Psychic Diseases; Psychosocial Interventions

¹Fictitious Name - the company where the research was conducted agreed to participate, to provide the necessary documentary data, as well as to allow the participation of its internal public, restricting the disclosure of their identity, according to the Letter of Acceptance registered in the UNICAP Ethics Committee. (CAAE 21.478713.4.0000.5206).

INTRODUÇÃO¹

A organização tem por *modus operante* as interações humanas, numa perspectiva sistêmica, com base na Teoria Geral de Sistemas, do Biólogo Ludwig Von Bertalanffy (2009), ou seja, refere às semelhanças sem prejuízo das diferenças. Nessa perspectiva, é uma estrutura viva e dinâmica. Composto por sistemas internos e externos, em constante interações. O primeiro, inclui as relações socioprofissionais e os sentimentos que delas emergem; a infraestrutura própria e as atividades que integram a missão do negócio. E o sistema externo que contempla outros públicos – pessoas e instituições, regulamentações e órgãos legisladores, a cultura socioeconômica, o meio ambiente, a tecnologia e outros elementos. Nessa perspectiva sistêmica, há que se considerar o trabalhador, sua singularidade, história de vida, personalidade e sua dinâmica familiar.

Essas variáveis internas e externas são interdependentes e as mudanças que ocorrem e um ambiente, transforma e, ao mesmo tempo, é transformada ou afetada pelas alterações provocadas no outro sistema. As mudanças no cenário socioeconômico e político, nacional e internacional, refletem em um estado de incertezas e repercutem na reestruturação nos processos empresariais. De um lado, extinguem-se postos de serviços; de outro, há enriquecimento de tarefas e funções, retroalimentado o sistema (Motta, 1971; Caldas, 2007; Bertalanffy, 2009; Borges & Yamamoto, 2014).

A organização pode ser entendida em três aspectos distintos: cognitivo, cultural e, em dimensão mais ampla, institucional. Ao correlacionar tais aspectos, é possível diagnósticos e intervenções na cultura organizacional, nos componentes estruturais, físicos, palpáveis; e simbólicos e socialmente estabelecidos por poderes formais e informais que a regulamenta e a diferencia de outras organizações (Motta, 1971; e Loiola, Bastos, Queiroz e Silva (2014 *in* Zanelli, Borges-Andrade & Bastos, 2014;).

É formada, antes e acima de tudo, por pessoas! Não se resume aos trabalhadores, mas inclui líderes e gestores que detém a tomada de decisão. Além desse coletivo, é formada por grupos e setores, constituindo a identidade de cada unidade de negócio, consideram-se as interações, conflitos, confrontos, coalisões, conchavos e alianças *intra* e intergrupos. Essa teia sistêmica provoca e é também impactada pelas interrelações entre o público interno e externo, assim como por fatores macroeconômicos, políticos e sociais. Da compreensão adequada e sustentável desse cenário, é

¹ Em respeito às questões relacionadas à equidade de gênero, fica explicitado que os termos por ventura utilizados nesta pesquisa, tais como trabalhador, empregado, psicólogo e similares, pelo termo genérico representativo do masculino, referem-se ao coletivo e inclui mulheres e homens.

possível estabelecer políticas que diferenciam e valorizam a Gestão e as Pessoas (Cattani, 1997; Caldas, 2007; Zanelli, 2013 *in* Borges & Mourão, 2013; e Zanelli, Borges-Andrade & Bastos, 2014).

A organização, como estrutura macro, é o somatório do conjunto de subjetivações ou singularidades de cada trabalhador. Inclui os fatores psíquicos e sociais que integram cada sujeito e seu coletivo, que são, pela organização, transformados. Carrega consigo o sentido que o trabalho tem para cada membro, denotando um lugar de construção, de aprendizado, de desenvolvimento e de crescimento. Nessa perspectiva simbólica e subjetiva, pode, para outro e em condições similares, ser percebida como fonte de insatisfação, de desvalorização e ausência de perspectiva, denotando riscos psicossociais.

Em meio a dualidade existente na cultura organizacional, que ora beneficia o empregador e, em outro, amplia as condições de empregabilidade dos trabalhadores. O sujeito é colocado frente a novos paradoxos, pois é seduzido pela tarefa, pelo status e pelo desafio. O ambiente é fonte de satisfação, de solidariedade e de engajamento. Essa relação trabalhador-ofício, quando embasada numa conduta ética, é capaz de estabelecer vínculos afetivos positivos.

Em extremo oposto, a precarização das condições de trabalho, quando *modus operante*, torna-se fonte de insatisfação, de sofrimento e, prolongado no tempo, tornam-se riscos psicossociais capazes de comprometer sua integridade, sua segurança, sua saúde e sua qualidade de vida, repercutindo no aumento do absenteísmo.

Neste sentido, o trabalho é algo imensurável e diretamente relacionado à subjetividade de cada trabalhador. Esses polos são subliminarmente dominantes por meio de estratégias de ‘motivação no trabalho’. Essa sedução não finda com as metas alcançadas. Pelo contrário, o nível de cobrança tende a crescer à medida que se atinge os resultados estabelecidos. O trabalhador, diante das cobranças exacerbadas, de metas inatingíveis e da precarização da condição laboral, tende a sentir-se impotente, desencadeando sintomas compatíveis com TMC. Os agravos à saúde psíquica são iminentes à medida que é capaz de compreender os riscos psicossociais, a si e ao coletivo.

A partir desses paradoxos nos modos de produção e no negócio, há que se considerar prejuízos à convivência, independentemente das relações socioprofissionais estabelecidas ou do poder instituído. Os fatores preponderantes são a competitividade, o isolamento social e as violências, provocando danos ao trabalhador, ao coletivo e à organização (Caldas, 2007/2008; Zanelli, Borges-Andrade & Bastos, 2014; Mendes e Ferreira, 2007; Dejourns, Aboucheli e Jayet, 2010).

Como saída, sugere-se promover a escuta dos trabalhadores, individualmente, considerando fatores dos ciclos vitais, características de personalidade e vínculos afetivos que estabelece com seu

ofício. Ampliar e promover a fala do coletivo, considerando aspectos visíveis e mensuráveis e, ainda, subjetivos e intangíveis, para obter diagnósticos e propor ações interventivas numa perspectiva holística, de modo a identificar e intervir nos riscos psicossociais que prejudicam trabalhadores e instituições.

Promover um ambiente saudável e encontrar estratégias de adaptação revelam-se estratégias saudáveis de mediação, onde as dificuldades e as demandas de trabalho não configurem em riscos psicossociais ao trabalhador. O obreiro, por sua vez, não contribua com ônus à organização, de modo consciente ou não, por meio de absenteísmo, presenteísmo, transgressões, acidente de trabalho, *turnover*, dentre outros.

São inúmeros os indicadores que norteiam boas práticas e pode intervir na melhoria de processos de gestão organizacional: pesquisa de clima, processo de seleção, *turnover*, práticas transgressoras e medidas disciplinares, por exemplo. Este estudo propõe utilizar o indicador do absenteísmo por TMC, por meio do protocolo de diagnóstico e de intervenção psicossocial sistêmico, que vem sendo adotado na *Energix* e justifica este estudo. Não se propõe garantir a redução dos números de dias perdidos ou de atestados médicos que oneram as organizações, mas contribuir para a gestão desse indicador.

Os resultados obtidos permitirão compreender, avaliar e intervir em fatores da ambiência organizacional da *Energix* que favorecem ao adoecimento e, conseqüentemente, para o absenteísmo. Assim, justifica esta pesquisa em nível de doutorado, principalmente quando se pretende dar ênfase, dentre as patologias, aos TMC que atinge os trabalhadores, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – quinta versão (DSM-5) e no Grupo F da CID-10.

Esse modelo se justifica ao exceder o diagnóstico, propondo práticas interventivas emergentes com ênfase na demanda do coletivo de trabalhadores. Denota ser relevante por identificar aspectos de subjetivação, dos impactos da história de vida e da personalidade assim como em razão do trabalho e dos riscos psicossociais. A metodologia sugere a participação do trabalhador, identificando oportunidades de melhoria em seu ofício. Os resultados poderão contribuir ao modo de gestão, à promoção de relações socioprofissionais saudáveis, à condição e à organização adequadas de trabalho, ou seja, à sustentabilidade do negócio.

Por meio desta pesquisa-interventiva espera-se elucidar fatores laborais e extra laborais de riscos psicossociais e suas repercussões, tanto no trabalhador vulnerável ao adoecimento quanto para as organizações. Poderá retroalimentar indicadores, modificar fatores do trabalho, priorizar estratégias e propor ações, programas e políticas de Gestão de Pessoas que possam contribuir à saúde, à segurança e ao bem-estar dos trabalhadores, justificando a pesquisa. Poderá confirmar outros

estudos que apontam resultados semelhantes, demonstrando que o absenteísmo por TMC é sistêmico; geram danos aos trabalhadores e às empresas.

Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão subsidiar a gestão do absenteísmo por TMC, sinalizando prejuízos ao trabalhador e às organizações, por meio do custo financeiro dispendido. A base de cálculo adotada é o valor remuneratório pago integralmente referente aos primeiros 15 dias perdidos. Além desses, há que se considerar outros impactos de difícil mensuração, a exemplo das metas gerenciais, do planejamento operacional, da produtividade e lucros esperados; e as repercussões invisíveis e até imensuráveis, como redistribuição de tarefas, insatisfação da equipe de trabalhadores assíduos, o retrabalho.

Portanto, se o trabalho pode ser a fonte do adoecimento psíquico e, com isso, provocar impactos negativos e de diversas ordens às organizações e aos trabalhadores; então, uma pesquisa-interventiva, utilizando métodos quanti-qualitativos demonstra ser relevante.

Essa pesquisa denota ser relevante em razão de repercussões, mesmo que indireta, nos casos de acidentes de trabalho, por influência principalmente de comportamentos de risco (conscientes ou não) e de déficit de atenção, verificados em trabalhadores com histórico de absenteísmo por TMC. A possibilidade de ser replicada em organizações distintas ao setor elétrico energéticos e por categorias profissionais, também justifica esse estudo. (Magalhães *at al*, 2011; Olivier, Perez e Behr, 2011; Salerno, Silvestre e Sabino, 2011; Assunção e Silva, 2012; Lopes, 2013; Mininel *et al*, 2013; e Rodrigues *at al*, 2013)

É possível estabelecer parâmetros do modelo de diagnóstico e de intervenção psicossocial sistêmico, adotado na *Energix* com resultados exitosos, e possibilitar sua generalização em empresas de outros setores econômicos e por categorias profissionais? Essa proposta interventiva pode atender outros indicadores de Gestão de Pessoas, além da gestão de absenteísmo por TMC? Para responder essas questões norteadoras, definiu-se como objetivo geral descrever o modelo de diagnóstico e de intervenção psicossocial sistêmico e os resultados exitosos na *Energix*. E, estruturados em forma de artigos², os seguintes objetivos específicos: (01) propor parâmetros de diagnóstico de riscos psicossociais do contexto de trabalho e de intervenção psicossocial sistêmica que subsidia a gestão do absenteísmo e de outros indicadores de Gestão de Pessoas; (2) analisar artigos científicos sobre repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores e no contexto laboral; (3) compreender os

² Por CALDAS, Laura Pedrosa (Doutoranda e Mestre em Psicologia com ênfase na Clínica das Instituições (UNICAP). Psicóloga na área de Gestão de Pessoas (CHESF). Psicóloga Perita (TRT-06). Coordenadora do Núcleo de Pós Graduações em Psicologia (Faculdade Redentor-RJ/IDE Pós Graduações). Docente em IES) e CALDAS, Marcus Tulio (Doutor em Psicologia (Universidade de Deusto-Espanha). Graduado em Medicina (Universidade Federal Fluminense-UFF). Professor Adjunto II (UNICAP). Docente convidado em IES). Recife: UNICAP (2016)

riscos psicossociais e os agravos à saúde mental do trabalhador e onexo causal do trabalho realizado; (4) identificar repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores adoecidos, no contexto laboral e impactos financeiros na *Energix*; (5) analisar os dados estatísticos estratificados do absenteísmo por TCM, entre 2010 e 2013, correlacionando-os com o AEAT/INSS (2015); e (6) justificar a inclusão do psicólogo no SESMT. Ressalta-se que as referências utilizadas em cada artigo estão relacionadas ao final desta pesquisa.

Para responder aos quesitos norteadores que problematizam esta pesquisa e subsidiar os objetivos propostos, define-se os caminhos metodológicos, visando a avaliar e a identificar oportunidades de melhoria no modelo de intervenção psicossocial sistêmico. Utiliza-se a triangulação de métodos e técnicas de natureza quanti-qualitativa, demonstrados em cada artigo.

O primeiro artigo utiliza a triangulação de métodos. Na etapa quantitativa, utiliza-se a pesquisa documental epidemiológica do absenteísmo-doença da Energix (2010-2013), estratificada por Grupos de doenças (CID-10,2003). Verticaliza-se a estratificação aos TMC prevalentes, além dos recortes de gênero, faixa etária, tempo de serviço e áreas ou unidades de negócio da Empresa com maior impacto no indicador.

Para compreender a dinâmica entre a saúde mental e o contexto laboral, o artigo utiliza os dados quantitativos do absenteísmo-doença e a análise das informações obtidas no diagnóstico para propor estratégias de intervenção psicossocial no protocolo sistêmico. Essa metodologia adotada na *Energix* vem sendo modelada e ajustada a cada ação interventiva, desde o projeto piloto, em 2006. Vem demonstrando resultados significativos, embasados nos indicadores de dias perdidos por TMC, participação no EMP, oportunidades de melhorias no contexto de trabalho identificadas pelos participantes da pesquisa interventiva.

Tem por base as *Clínicas do Trabalho*, mais especificamente a abordagem da Psicossociologia, uma vez que inclui diversos atores sociais que impactam na saúde mental dos trabalhadores, tais como familiares, comunidades do entorno, clientes e fornecedores e o próprio público interno, na perspectiva de Amado, Enriquez e Carreteiro.

Segundo Lhuillier (2014, p. 26 *in* Bendassolli e Soboll, 2011),

a psicossociologia oferece um conjunto de recursos essenciais para os campos da investigação e da ação, constituído pela articulação entre campo social, condutas humanas e vida psíquica. Seus objetos privilegiados são os sistemas mediadores entre indivíduo e sociedade: essencialmente o grupo, a organização e a instituição.

Além disso, tem por referência a diferenciação dos elementos que formam o contexto de trabalho, proposto pela abordagem da Psicodinâmica, quais sejam: as condições de trabalho, a organização do trabalho e as relações socioprofissionais, propostos por Mendes e Ferreira (2007) e

Dejours, Aboucheli e Jayet (2010). Essa estruturação contribui na utilização de instrumentos qualitativos como a entrevista clínica semiestruturada e os grupos focais. Auxilia ainda nas ações interventivas e no diagnóstico organizacional, permitindo apontar riscos psicossociais do trabalho.

Essas abordagens ou o modelo da intervenção psicossocial sistêmico, no entanto, não dão conta do fenômeno que envolve aspectos da subjetividade e do trabalho, inclusive da subjetivação coletiva dos trabalhadores e outros públicos que interferem direta e/ou indiretamente em sua relação com o trabalho. No entanto, distante de qualquer pretensão em se criar mais uma base Clínica. O objetivo é propor uma metodologia, ou seja, um conjunto de métodos e técnicas que possibilite diagnosticar e intervir em equipes de trabalho, considerando aspectos singulares do obreiro e da cultura organizacional.

O segundo objetivo específico, no artigo 02, descreve a pesquisa documental sobre o absenteísmo por TMC. Inicia com uma revisão do tema saúde do trabalhador, embasada na obra de Bernardino Ramazzini, publicada em 1700. E continua com o Estado da Arte da temática, descritos em 31 artigos revisitados, apontando as ocupações profissionais com maior número de pesquisas sobre o fenômeno, sinaliza as patologias prevalentes e prováveis repercussões para as organizações.

Semelhante ao primeiro, o terceiro objetivo específico, descrito no artigo 03, utiliza a triangulação de métodos. Com a mesma amostra, identifica trabalhadores com absenteísmo por TMC e patologias prevalentes, analisa o sentido do trabalho no processo de subjetivação e fatores de adoecimento. Correlaciona o contexto laboral ao sofrimento no trabalho, aos sintomas psicossomáticos, ao custo humano, aos danos físicos e psicossociais. E demonstra crenças e valores estigmatizantes de gestores sobre os reiterados absenteísmos dos subordinados.

É demonstrado no artigo 04 o quarto objetivo específico, que descrever os impactos nos trabalhadores com maior vulnerabilidade aos TMC e em sua dinâmica familiar; apontar repercussões dos dias perdidos por TMC na tarefa, no setor, no relacionamento socioprofissional e na gestão das pessoas; e demonstrar o impacto financeiro do absenteísmo por TMC, considerando o custo remuneratório dos trabalhadores com uma ou mais ocorrências, no período de 2010 a 2013. O caminho metodológico, semelhante ao primeiro e terceiro artigos, é a triangulação de métodos de natureza quanti-qualitativa. E os instrumentos utilizados são: dados epidemiológicos do absenteísmo (2010-2013), a entrevista clínica individual semiestruturada e o *Statistical Package for the Social Science* – versão 21 (SPSS-21).

O quinto objetivo específico demonstra o Índice de Absenteísmo-doença (IAD) no período; descreve o *ranking* do absenteísmo-doença prevalente dos Grupos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10) e a colocação do Grupo F; correlaciona o percentual de afastamento por TMC ao Quadro de Pessoal (Q.P.) da *Energix*; avalia o percentual de dias

perdidos e de ocorrências de absenteísmo por TMC, considerando o recorte de gênero; e analisa os TMC e suas subclassificações prevalentes no período. É descrito no artigo 05.

As respostas obtidas nos cinco objetivos específicos trazem evidências incontestáveis, da ordem socioeconômica, política, da promoção de saúde e de segurança para os trabalhadores, que justificam a reestruturação da Norma Regulamentadora n. 04 sobre a equipe que forma o SESMT, incluindo, entre os profissionais de saúde no SESMT, o psicólogo. Esse profissional contribuirá com ações de prevenção, recuperação e promoção da saúde mental no trabalho, além de ações de diagnóstico e de intervenção dos riscos psicossociais do trabalho. Outro diferencial é o uso dos instrumentos que permitem a avaliação psicológica, somando esforços no diagnóstico de doenças psíquicas ocupacionais, em parceria com o médico do trabalho.

Sobre as correlações entre os dados do absenteísmo por TMC da *Energix*, que subsidiam esta pesquisa, e os dados disponibilizados nos AEAT/INSS (2010-2013), ressalta-se, previamente, que as doenças que tem gerado maior pagamento de benefícios são, respectivamente, dos Grupos S e T (traumatismo, lesão e envenenamento), Grupo M (osteomuscular e do tecido conjuntivo) e Grupo F (transtorno mental e comportamental), nos quatro anos consecutivos. Pesquisas sobre absenteísmo por categorias profissionais demonstram que é o TMC é um dos Grupos que mais afasta o trabalhador de seu posto de trabalho. Muito embora, considerando o total de dias perdidos e de ocorrências, comparados com demais Grupos prevalentes, seja menor. (Pintor, 2010, Santos & Mattos, 2010, Vieira *et al*, 2010, Ferreira *et al*, 2011; Minayo, Assis e Oliveira, 2011, Pinto, Figueiredo e Souza, 2013, e Mascarenhas e Barbosa-Branco, 2014).

Os dados do INSS (BRASIL, 2010/2013 também apontam os TMC é Grupo de enfermidades mais subnotificados, chegando a 71%, em 2010. Esse informe demonstra que as empresas não reconhecem o nexos causal do trabalho sobre as patologias do Grupo F (CID-10) e o trabalhador adoecido necessita recorrer à perícia médica para garantir seus direitos previdenciários. O próprio INSS denota fragilidades no diagnóstico das enfermidades psíquicas, pois não exige a seus peritos a especialização em psiquiatria e, para minimizar, divulgou as Diretrizes de Conduta Médico Pericial em TMC, mediante Portaria n.º 20 INSS/DIRBEN/2006, fragilizando os direitos do trabalhador (BRASIL, 2006/2010/2013).

Essas constatações advindas do AEAT-INSS e de pesquisas analisadas reforçam quanto perverso pode ser o trabalho e, portanto, quanto se faz necessário um diagnóstico e estratégias de intervenção para melhorar seu contexto. Se o adoecimento psíquico tem por nexos causal o próprio trabalho, é exatamente em sua ambiência onde se encontra a maior dificuldade para resgatar a saúde,

uma vez que o sujeito muitas vezes é isolado ou até descartado, simplesmente porque não foi suficientemente capaz de manter íntegra sua estrutura psíquica, corrompendo o que se espera desse trabalhador.

Soma-se à essa prevalência de afastamentos por TMC, o tempo que o trabalhador precisa para recuperar a saúde mental e readaptar-se profissionalmente, inclusive em razão do comprometimento de sua capacidade produtiva, das despesas com assistência médica e medicamentos que comprometem sua saúde financeira, além de sua imagem profissional. Outros fatores dificultadores do retorno pleno são as discriminações que essas enfermidades carregam e seu impacto nas relações socioprofissionais, as dificuldades para inserir esse trabalhador em sua equipe de trabalho ou em um novo setor e as recaídas que denunciam, de modo silencioso, situações que configuram violências, tais como: isolamento social, brincadeiras jocosas, rótulos e alcunhas que prejudicam a autoestima da pessoa já adoecida.

Portanto, avaliar e cuidar dos fatores de subjetivação no trabalho podem ultrapassar aspectos singulares do trabalhador e da compreensão do fenômeno. Possibilita promover vínculos psicológicos adequados, tanto do trabalhador, individualmente, quanto de seu coletivo de trabalhadores, fortalecendo a cultura e o sistema organizacional.

Desde a obra ‘Doenças dos Trabalhadores’, é recorrente apontar onexo causal entre a doença do trabalhador e seu trabalho. Tal vulnerabilidade é decorrente das relações assimétricas de poder estabelecidas entre as partes. Não se pode negligenciar que o primeiro tem por objetivo seu sustento e depende das oportunidades e das exigências do segundo. No entanto, nenhum dos lados sai ileso e não se vislumbra vantagens quando essa relação assimétrica provoca adoecimento, principalmente da ordem psíquica (Ramazzini, 1700; Couto, 1987; Alves 1995; Alves, Godoy & Santana, 2006).

Por fim, entende-se que, diante da precarização das condições e da organização do trabalho, é possível encontrar respostas como: violência, resistência, sabotagem, transgressão; enfim: doenças. O fato de o trabalhador apresentar estrutura de personalidade mais saudável, ser mais resistente e suportar o sofrimento no trabalho sem adoecer, não exime a organização de sua responsabilidade. Esse trabalhador é um desvio de curva. O esperado é a quebra da resistência e falhas nos mecanismos de defesa diante do sofrimento, desencadeando doenças psicossomáticas. Desse adoecimento, são prevalentes o *stress* em nível de exaustão, a depressão, a ansiedade, o pânico; e, no auge do adoecimento psíquico, a ideação e o ato de suicídio. O cuidado com a saúde, a segurança e a qualidade de vida da classe trabalhadora, além de um compromisso ético, é uma possibilidade de manter as

organizações em condição plena de concorrência no mercado, inclusive garantindo rentabilidade por meio de ações em bolsas de valores, mensuradas por indicadores de sustentabilidade.

Canavial

- Acorda, Maria!

- Acorda, Zé!

O sol já vem,

Veste a camisa,

Pega a enxada,

Não tem café!

(Vai começar mais um dia
de Zé e Maria no canavial)

O sol nem acordou ainda,

Mas a família de Zé já acordou.

Acordou Zé,

Acordou Maria,

Acordaram os filhos,

O mundo acordou.

Sob o frio desconforto da madrugada,

Zé, Maria e a filharada,

Em coluna por um

Desfilam com as foices e as enxadas,

Rumo ao campo de batalha:

A batalha comum.

(No bernal, rapadura com farinha,

Muito mais farinha... e água).

Zé e a família seguem a pé.

Já se perdem nas contas seus janeiros

Porfiando sol a sol,

Para nada!

Agora, sol a pino, eles descansam,

Encheram os próprios buchos:

Rapadura com farinha

E a cana furtada ao “coroné”.

Após o longo dia de labuta,

O corpo escaldado ao sol ardente,

À casa regressam – é sol poente.

Sem fé, sem esperança, sem moral,

Zé pergunta meio boçal:

- Maria, tem algum para comer?

- Nada! Não tem nada, Zé!

Gregório



ARTIGO 01

MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL SISTÊMICO NA GESTÃO DO ABSENTEÍSMO E EM OUTROS INDICADORES DE GESTÃO DE PESSOAS.

CALDAS, LAURA PEDROSA¹

CALDAS, MARCUS TULIO²

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi propor parâmetros de diagnóstico de riscos psicossociais do contexto de trabalho e de intervenção psicossocial sistêmica que subsidie a gestão do absenteísmo e de outros indicadores de Gestão de Pessoas. E específicos: promover a fala de trabalhadores sobre aspectos da subjetividade e vínculos com o trabalho; descrever fatores de riscos à saúde dos trabalhadores e à sustentabilidade do negócio; e modelar parâmetros da intervenção psicossocial sistêmica, verificar sua efetividade na gestão do absenteísmo-doença e na promoção de relações socioprofissionais saudáveis. Dentre as abordagens das Clínicas do Trabalho, este modelo interventivo proposto aproxima-se da Psicossociologia (na perspectiva de Amado, Enriquez e Carretero). Para o diagnóstico do contexto de trabalho na ótica dos trabalhadores, utilizou-se as dimensões: condições e organização do trabalho, relações socioprofissionais e modos de gestão de pessoas (Dejours, Aboucheli e Jayet). As pesquisas realizadas, utilizando esse conceito, parecem favorecer a uma melhor compreensão dos participantes sobre os aspectos laborais. Realizou-se um estudo piloto, utilizando a triangulação de métodos quanti-qualitativo. A análise documental epidemiológica e, na etapa qualitativa, a pesquisa-interventiva permitiram identificar a área com maior impacto no índice de absenteísmo-doença. Participaram da qualitativa os 44 empregados da área e sua gestora. O instrumento utilizado na etapa diagnóstica foi uma entrevista semiestrutura, com aplicação censitária. As informações colhidas contribuíram na definição das estratégias interventivas adotadas. Os resultados obtidos demonstraram que o modelo de intervenção psicossocial sistêmico atendeu ao objetivo de espaço de fala ao coletivo de trabalhadores – ninguém melhor para entender o contexto de trabalho – e a possibilidade de intervir nesse contexto, promover um ambiente laboral digno e saudável; gerando lucros e a sustentabilidade do negócio.

Palavras chaves: Diagnóstico Organizacional; Riscos Psicossociais; Intervenção Psicossocial Sistêmica

1. Doutoranda e Mestre em Psicologia, com ênfase na Clínica das Instituições. Especialista em Gestão de Equipes, Dinâmica de Grupo (UNICAP) e Psicologia Organizacional e do Trabalho (CRP/02). Psicóloga (*ENERGIX*). Perita (TRT-06). Coordenadora do Núcleo de Psicologia (Faculdade Redentor/RJ IDE Pós Graduações) e Docente em IES.

²Doutor em Psicologia pela Universidade de Deusto, Espanha. Graduação em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, UFF. Professor Adjunto II (UNICAP). Docente convidado em IES.

ABSTRACT

The objective of this research was to propose parameters for diagnosis of psychosocial risks in the work context and systemic psychosocial intervention that support the management of absenteeism and other indicators of People Management. And specifics: promote workers' speech about aspects of subjectivity and ties to work; describe risk factors for workers' health and business sustainability; and to model parameters of systemic psychosocial intervention, to verify its effectiveness in the management of absenteeism-disease and in the promotion of healthy socio-professional relationships. Among the approaches of the Labor Clinics, this proposed interventional model approaches Psychosociology (from the perspective of Amado, Enriquez and Carreiro). To diagnose the work context from the workers' perspective, the following dimensions were used: work conditions and organization, socio-professional relations and people management modes (Dejours, Aboucheli and Jayet). The research carried out using this concept seems to favor a better understanding of the participants about the labor aspects. A pilot study was performed using the triangulation of quantitative and qualitative methods. The epidemiological document analysis and, in the qualitative phase, the interventional research allowed to identify the area with the greatest impact on the absenteeism-disease index. The qualitative participants were 44 employees and their manager. The instrument used in the diagnostic stage was a semi-structured interview with census application. The information collected contributed to the definition of the intervention strategies adopted. The results showed that the systemic psychosocial intervention model met the goal of the workers' collective speech space - no one better to understand the work context - and the possibility of intervening in this context, promoting a decent and healthy work environment; generating profits and business sustainability.

Keywords: Organizational Diagnosis; Psychosocial risks; Systemic Psychosocial Intervention

INTRODUÇÃO

A organização é primordialmente formada por pessoas, considerando não apenas os trabalhadores, os líderes, as chefias, a alta gestão e as tomadas de decisões imbricadas entre eles, mas o público externo com os quais a organização, direta e indiretamente, relaciona-se. Essa organização se torna ainda mais ampla quando se considera a subjetividade, a história de vida, as características de personalidade, os anseios e frustrações de cada indivíduo.

Loiola, Bastos, Queiroz e Silva (2014 *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014) descrevem a organização sob três perspectivas: cognitivista, culturalista e institucionalista. A correlação dos aspectos abordados pelos autores sugere um olhar sistêmico dessa organização, incluindo os componentes estruturais, físicos, palpáveis; assim como os aspectos simbólicos e socialmente estabelecidos pelo poder, tanto formais quanto informais, além das políticas e práticas de Gestão de Pessoas. E não menos importante: as pessoas!

Numa análise simbólica, a organização é o palco onde se insere diariamente atores sociais, trabalhadores ou protagonistas, que utilizam estratégias para se adaptar ao ambiente laboral e executar seu ofício, impactando e sendo também impactado sistêmica e constantemente, até mesmo quando os vínculos formais são interrompidos, seja pela aposentadoria ou demissão, por exemplo.

Além desse conjunto de indivíduos, a organização é formada por grupos e equipes que se formam por objetivos de trabalho, independente do modelo de estruturação, seja permanente ou com objetivos de curto prazo, que se desfaz a cada trabalho concluído. Cada área, setor ou mesmo célula de trabalho possui sua identidade, seu modo operante, tem um significado dinâmico, complexo; uma identidade que a singulariza das unidades do negócio e que estabelecem distinções entre si. Portanto, as interações intragrupos ou intersetores contribuem nos confrontos e conflitos, uma vez que possuem aspectos psíquicos e sociais que transformam cada sujeito e o coletivo de trabalhadores e, por outro lado, é por ele transformado. (Albornoz, 1994; Antunes, 1995; Titoni, 1995; Zanelli, 2013 *in* Borges e Mourão, 2013; Cattani, 1997; Caldas, 2007, Bendassolli e Soboll, 2011).

A partir dessa concepção, considera-se a organização como uma estrutura viva, dinâmica, um sistema aberto, em constante interações. Carrega consigo o sentido e o significado que o trabalho tem para cada indivíduo que nela ou dela participa. Portanto, para uns esse trabalho e essa organização são espaços de construção, de crescimento, de aprendizado. Gera satisfação, orgulho, comprometimento. Faz com que alguns se percebam reconhecidos, valorizados e capazes de estabelecer vínculos afetivos positivos. Mas não é assim com todos, infelizmente. Embora em mesmo espaço físico, exercendo as mesmas atividades, sob a mesma subordinação, com remunerações e

outros aspectos visíveis similares, para cada pessoa o trabalho e o contexto organizacional ocupam um lugar, uma prioridade e um vínculo distintos.

Uns percebem as condições de trabalho, em termos de equipamentos, ferramentas, temperatura, limpeza e outros aspectos como adequadas e suficientes para cumprir seu plano de trabalho; outros, em condições iguais, têm percepções antagônicas. Assim como as coisas, são as pessoas. Para uns, o modo de gestão e as relações com os pares são adequadas. Outros, mal suportam ir trabalhar, pois o ambiente é fonte de sofrimento e os fatores do trabalho tornam-se riscos psicossociais capazes de comprometer sua qualidade de vida e sua saúde. Nesse sentido, o trabalho é algo imensurável e diretamente relacionado à subjetividade de cada trabalhador (Albornoz, 1994; Antunes, 1995; Titoni, 1995; e Caldas, 2007/2008).

Desse modo, considerar todos esses aspectos, sejam eles visíveis, palpáveis e mensuráveis ou, pelo contrário, subjetivos e intangíveis, precisam ser considerados quando se pretende diagnosticar os riscos psicossociais que podem prejudicar a saúde dos trabalhadores e, numa perspectiva holística, intervir nos fatores que afetam esse coletivo.

Os indicadores para nortear a definição do contexto que se pretende avaliar e intervir são diversos: os assédios moral e sexual, as práticas transgressoras e outras formas de violências no trabalho; os tipos de absenteísmos; o *turnover*; o resultado da pesquisa de clima; os acidentes; ou mesmo as pedidas disciplinares. Este estudo propõe como critério de avaliação e proposta de ações interventivas o indicador do absenteísmo-doença. Não se pretende, através dessa proposta metodológica, garantir a redução dos números de dias perdidos ou de atestados médicos apresentados, mas contribuir para a gestão desse indicador, principalmente quando é prevalente numa determinada equipe.

Compreender, avaliar e principalmente intervir em fatores do contexto de trabalho que podem contribuir para o adoecimento psíquico, ou seja, às doenças do Grupo F (transtornos mentais e comportamentais) do CID-10 (2003) que atingem os trabalhadores e, conseqüentemente, para a gestão do absenteísmo, justificam este artigo.

Segundo os dados do INSS, disponibilizados nos Anuários Estatísticos de Acidente do Trabalho, referente à 2010, 2011 e 2012, as doenças que têm gerado maior quantidade de benefícios são dos Grupos S e T (lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas), do Grupo M (sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo) e em terceiro, do Grupo F (transtornos mentais e comportamentais), nos três anos consecutivos. Embora os dados do INSS não sinalizem o quantitativo de dias perdidos por grupo de doenças, pesquisas realizadas no Brasil, com diversas categorias

profissionais, demonstram que as doenças mentais fazem parte de um dos grupos de patologias que mais afastam o trabalhador de seu posto de trabalho, considerando o total de dias perdidos, embora o total de ocorrências seja relativamente menor. (Pintor, 2010, Santos e Mattos, 2010; Ferreira *et al*, 2011; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Brasil, 2013; Pinto, Figueiredo e Souza, 2013; e Mascarenhas e Barbosa-Branco, 2014).

Além do tempo que o trabalhador precisa para recuperar a saúde mental, ainda demanda um período para se readaptar, inclusive em razão dos preconceitos que as doenças mentais carregam e que impactam nas relações socioprofissionais. Algumas das dificuldades para inserir esse trabalhador, em seu antigo grupo de trabalho ou numa nova equipe, são denunciadas nas situações que configuram violência, tais como: isolamento social, brincadeiras jocosas, rótulos e alcunhas que prejudicam e comprometem a autoestima desse trabalhador já adoecido.

Esses fatos reforçam o quanto perverso pode ser o trabalho e, portanto, quanto se faz necessário um diagnóstico e estratégias sistêmicas de intervenção para melhorar as relações de trabalho. Se o adoecimento psíquico tem por nexos causais o próprio trabalho, é exatamente em sua ambiência onde se encontra a maior dificuldade para resgatar a saúde, uma vez que o sujeito muitas vezes é isolado ou até mesmo descartado, simplesmente porque não foi suficientemente capaz de manter íntegra sua estrutura psíquica, rompendo o que se espera do trabalhador – um sujeito capaz de superar as fragilidades subjetivas de sua estrutura de personalidade.

Para compreender a dinâmica entre a saúde mental e o contexto laboral, as chamadas *Clínicas do Trabalho* vêm propondo estratégias diagnósticas e interventivas, baseadas metodologias distintas. Dentre elas, destacam-se: a Psicossociologia do Trabalho, a Clínica da Atividade, a Psicodinâmica do Trabalho e a Ergologia. Em comum: a ênfase na promoção da saúde mental dos trabalhadores (Bendassolli e Soboll, 2014).

Nenhuma delas, no entanto, parece dar conta dos fenômenos que envolvem aspectos da subjetividade e do trabalho, inclusive da subjetivação coletiva dos trabalhadores e outros públicos que interferem direta e indiretamente na relação trabalhador-trabalho. No entanto, distante de qualquer pretensão em se criar mais uma abordagem, o objetivo deste estudo é propor uma metodologia – um conjunto de métodos e técnicas – que possibilite diagnosticar e intervir em equipes de trabalho, considerando aspectos singulares do trabalhador e da cultura organizacional. A proposta vem sendo modelada e ajustada a cada ação interventiva, desde o projeto piloto, em 2006. O resultado aponta melhorias no indicador do absenteísmo-doença e nas avaliações dos participantes.

A base teórica que se aproxima desta prática é a psicossociologia do trabalho. Contribui, principalmente, ao ampliar os públicos que se consideram importantes no diagnóstico do contexto de trabalho, a exemplo da escuta individual dos trabalhadores, seus familiares, comunidades do entorno, clientes, fornecedores. Inclui também a realização de grupos focais com gestores e propostas interventivas em equipes específicas de trabalho, identificadas a partir de critérios predefinidos, a exemplo dos maiores impactos nos indicadores de absenteísmo por transtornos mentais e comportamentais.

Segundo Lhuillier (2014, p. 26 *in* Bendassolli e Soboll, 2011),

a psicossociologia oferece um conjunto de recursos essenciais para os campos da investigação e da ação, constituído pela articulação entre campo social, condutas humanas e vida psíquica. Seus objetos privilegiados são os sistemas mediadores entre indivíduo e sociedade: essencialmente o grupo, a organização e a instituição.

Por outro lado, identifica-se na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho uma diferenciação dos componentes do contexto de trabalho de fácil compreensão, proposto por Dejours (1998/1999/2003/2004) e Dejours, Aboucheli e Jayet, (2010). O uso dessa estruturação nos instrumentos qualitativos, como entrevista semiestruturada e grupos focais, auxiliam no diagnóstico organizacional e possibilitam apontar riscos psicossociais desse contexto.

Para tanto, Dejours, Aboucheli e Jayet (2010) consideram três componentes distintos: as relações socioprofissionais, a organização e as condições de trabalho. A organização de trabalho é constituída pelos elementos prescritos e previamente identificados na modelagem de cada cargo, e inclui: a divisão e características da tarefa, a produtividade esperada, as regras formais e informais, as normas e medidas de controle, a pressão, a jornada, o ritmo e o tempo, dentre outros. Integram as Condições de Trabalho: o ambiente físico, os instrumentos e os equipamentos de trabalho, o mobiliário e a matéria-prima utilizada. Já as Relações Socioprofissionais são estabelecidas nas diversas formas de interação, sejam respaldadas na hierarquização e no poder formal, presentes no *locus* de produção; sejam nas coalizões informais e estabelecidas na contracultura organizacional. Toda e qualquer relação profissional forma a dimensão social do trabalho. Nesta última dimensão também se insere o modo de gestão predominante em cada contexto de trabalho, que tanto pode favorecer a relações saudáveis quanto às diversas formas de violência, inclusive o assédio moral (Caldas, 2007; Caldas, 2008; e Caldas e Caldas, 2011).

O contexto de trabalho precisa ser considerado ainda numa dimensão psicossocial e cultural, bem como seus elementos formais e informais. Para tanto, o profissional que realiza o diagnóstico e intervenções precisa de competências, ou seja, de conhecimento técnico, de habilidade profissional

ou experiência e principalmente de postura ética diante do trabalhador e sua subjetividade, considerando as influências tanto das condições e da organização do trabalho quanto das relações entre com seus pares e do modo de gestão.

Segundo Zanelli *et al* (2010), essas dimensões são indissociáveis, ainda que na etapa diagnóstica demande reconhece-las em partes, é preciso uma compreensão múltipla das realidades construídas. São esses elementos que, na pesquisa-interventiva sistêmica, proposta neste artigo, permitirão ressignificar as interações humanas em seus processos de (pre)conceitos, de (re)ações e dos fatores que geram vínculos afetivos com a organização ou, de outra ordem, das vivências de sofrimento e de adoecimento, como explicam Dejours, Aboucheli e Jayet, (2010).

A satisfação e o comprometimento com o trabalho estão fortemente relacionados a sentimentos de justiça, de valorização e de reconhecimento experienciados por cada trabalhador, além de um fazer criativo, uma tarefa com sentido e a liberdade de expressão sob seu ofício. Já o sofrimento psíquico e a insatisfação se expressam em fatores diversos, que não se restringem ao trabalho. Afinal, cada trabalhador carrega consigo sua história de vida, sua estrutura de personalidade, seus anseios e expectativas, além de um sentido de trabalho que é singular, é complexo e se modifica ao longo de sua história e de seus vínculos. Pode gerar angústia, medo, insegurança, incerteza e outros sentimentos que influenciam nos fatores extralaborais e que, persistindo no tempo e dependendo da intensidade como é percebido, podem ser fonte de adoecimento psíquico (Dejours, 1998/1999/2003/2004; e Dejours, Aboucheli e Jayet, 2010).

Essas contradições que afetam cada trabalhador e as equipes de modo distintos caracterizam os riscos psicossociais laborais. Quando não são diagnosticados previamente podem resultar em danos à saúde, à qualidade de vida e à segurança das pessoas. São as maiores causas de absenteísmo por TMC, conforme dados dos Anuários Estatísticos dos Acidentes de Trabalho do INSS, entre 2010 e 2012. Por outro lado, os acidentes ou doenças ocupacionais têm influências de ordem sistêmica, extrapolando o indivíduo e a organização. Contudo, independente das causas de adoecimento, o absenteísmo prejudica sobremaneira o próprio trabalhador, em sua capacidade produtiva, com o aumento das despesas com assistência médica e medicamentos, além da própria imagem profissional.

Em contrapartida, as organizações não saem ilesas desses riscos psicossociais que acometem a saúde dos trabalhadores. Repercutem nos custos integralmente assumidos pelas organizações com o absenteísmo dos 15 (quinze) primeiros dias perdidos, além de outros custos indiretos, tais como: a redistribuição de tarefas e comprometimento das metas gerenciais, insatisfação dos trabalhadores assíduos, o retrabalho, a diminuição da produtividade e dos lucros; e repercute na sociedade, quando

o trabalhador doente passa a receber sua remuneração através de seguro previdenciário, cuja despesa com o benefício é assumida pelo INSS, impactando nos cofres públicos.

Os riscos psicossociais e suas repercussões, tanto para o trabalhador que adoece quanto para as organizações e a sociedade em geral, são dados que justificam este artigo. A proposta de um modelo metodológico de intervenção psicossocial sistêmico que possa contribuir, dentre outros indicadores, na gestão do absenteísmo com ênfase nos TMC, denota ainda a relevância deste estudo. É apontado a viabilidade de ações que permitem analisar, intervir e até modificar aspectos do trabalho que podem gerar adoecimentos.

A relevância desta pesquisa-interventiva está ainda na possibilidade de realizar diagnósticos organizacionais que elucidem fatores laborais e extralaborais que impactam nos indicadores de Gestão de Pessoas ou em outras políticas do negócio. Justifica ainda por definir e priorizar estratégias de intervenção que contribuem para a segurança, a saúde e o bem-estar do empregado e do coletivo de trabalhadores, além de contribuir para a sustentabilidade do negócio.

Denota ainda ser relevante em razão das práticas interventivas emergentes elucidadas que vem contribuindo efetivamente para a melhoria contínua no modo de gestão, na promoção de relações socioprofissionais saudáveis entre os pares e no diagnóstico de fatores referentes às condições e à organização do trabalho, identificando aspectos adequados, produtivos e favoráveis do contexto que favorecem à lucratividade e à sustentabilidade do negócio.

A questão que norteou este estudo foi compreender quais os fatores relacionados ao trabalhador, a sua história de vida e a sua subjetividade sinalizam vulnerabilidades, cuja causa ou concausa de adoecimento psíquico podem ser atribuídas ao trabalho?

Para responder a essa questão norteadora, definiu-se como objetivo geral propor parâmetros de diagnóstico de riscos psicossociais do contexto de trabalho e de intervenção psicossocial sistêmico que subsidie a gestão do absenteísmo e de outros indicadores de Gestão de Pessoas. E específicos: promover a fala de trabalhadores sobre aspectos da subjetividade e vínculos com o trabalho; descrever fatores de riscos à saúde dos trabalhadores e à sustentabilidade do negócio; e modelar parâmetros da intervenção psicossocial sistêmica, verificar sua efetividade na gestão do absenteísmo-doença e na promoção de relações socioprofissionais saudáveis.

A seguir, são demonstrados os caminhos metodológicos utilizados, os indicadores definidos para avaliar as intervenções psicossociais e as oportunidades de melhorias identificadas tanto aos trabalhadores, quanto à *Energix*, empresa do setor elétrico energético brasileiro, onde o modelo de intervenção sistêmico é aplicado, desde 2006.

Dentre os resultados obtidos, o modelo interventivo sistêmico confirma dados apontados na literatura, ou seja, que promover um contexto de trabalho saudável pode reduzir danos à saúde do trabalhador e os impactos negativos no índice de absenteísmos e outros indicadores de Gestão de Pessoas. Outro dado significativo verificado é que intervir nos fatores de subjetivação no trabalho podem ultrapassar aspectos singulares do trabalhador e sua compreensão do fenômeno. É possível, de um lado, promover vínculos psicológicos do coletivo de trabalhadores com seu trabalho e melhorias em sua saúde e seu bem-estar. De outro, é igualmente possível promover repercussões indelevelmente positivas na produtividade e na sustentabilidade organizacional.

DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

Para conceber um diagnóstico organizacional, faz-se necessário, antes, compreender o(s) conceito(s) de organização e, em seguida, as dimensões que a constitui, conferindo-lhe identidade e dinamismo. Segundo Loiola, Bastos, Queiroz e Silva (2014 in Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014), a organização pode ser compreendida na integralidade da estrutura, das relações sociais do trabalho e das estratégias organizacionais.

Para delimitar esse conceito, primeiro é necessário esclarecer que não existe uma, mas diversas concepções de organização. Trata-se de delimitações conceituais, à luz de diversos estudos acerca da temática. Schvarstein (*apud* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014) distingue instituição e organização. A primeira, tem caráter abstrato, normativo e integra crenças, valores, ideias e determinismo legais, jurídicos e culturais. A organização é compreendida como instituição materializada, ou, dito de outra forma, a organização é, segundo os autores, instituinte e capaz de modificar “o que é socialmente instituído, por sua natureza dinâmica e singular (Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014).

Ainda nas concepções trazidas pelos autores, a organização pode ser compreendida, conforme proposto por Lapassade (1977 in Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014), como possibilidade de relações de interdependência social, assim como os grupos e as instituições, diferenciadas em níveis, onde o primeiro refere aos grupos que, nesse contexto, pode ser entendido, por exemplo, como unidades ou áreas organizacionais; o segundo, as relações que constitui a organização e, em terceiro nível, a instituição, que normatiza tanto os grupos quanto as próprias organizações e pode ser compreendido como sistema mediador entre a sociedade e o Estado.

Para Laraia (1977 in Silva, Zanelli e Tolfo, 2014), a organização é um agrupamento social, com identidade simbólica e que se materializa nos elementos que formam uma cultura e, nesse

enfoque, a cultura organizacional. Para tanto, são constituídas *por* e *para* pessoas. Seus principais elementos, segundo Shirvastava (1985 *in* Silva, Zanelli e Tolfo, 2014), são: os mitos ou situações da história que não precisa ser confirmada, as sagas ou os fatos heroicos que fortalecem a imagem constituída em seu percurso, o tipo de linguagem que é própria de determinada cultura, os rituais e cerimônias, assim como seus sistemas de valores.

O conceito de cultura, na perspectiva de Kroeber (1949 *in* Silva, Zanelli e Tolfo, 2014, p. 493), contribui para uma compreensão de sua influência no comportamento humano. Explica o autor:

a cultura se sobrepõe à herança genética; o contexto cultural diminui progressivamente a força dos instintos humanos; a cultura constitui instrumento de adaptação; o ser humano superou os obstáculos das diferenças ambientais; o ser humano aprende, ou seja, não se move a partir de padrões genéticos; o processo de socialização influencia o comportamento; a cultura resulta do aprendizado obtido da totalidade da experiência histórica das gerações antecedentes; os gênios são pessoas com alto nível de inteligência que acessam conhecimentos e experiências produzidos pelos seres humanos vivos e mortos de seu sistema cultural.

O conceito de cultura proposto por Kroeber (1949) favorece a uma compreensão dos aspectos subjetivos do trabalho e suas influências mútuas retroalimentadas. Nessa concepção, a organização assume um caráter sistêmico, proposto neste modelo de intervenção. Desse modo, para conceber um diagnóstico organizacional, primeiro é necessário conhecer sua cultura e seu clima. De posse dos elementos formais e informais, materiais e simbólicos, é possível compreender a organização em sua perspectiva psicossocial e as repercussões na subjetivação do trabalhador e de seu coletivo.

RISCOS PSICOSSOCIAIS

A abordagem psicossocial, na concepção de Maisonneuve (1977), critica o modelo segmentado de ser humano, nas perspectivas das ciências e propõe uma junção integralizada desse sujeito, numa visão singular, nos grupos e no social. Da mesma forma, sugere que a sociologia, no que se refere às estruturas institucionais e às regulações sociais coletivas; assim como a psicologia, nos aspectos psicológicos do comportamento e das funções mentais, sozinhas, não explicam a integralidade da conduta humana. Nem uma nem outra constitui a psicossociologia, mas a interação dos processos sociais e psíquicos em níveis de condutas e interações entre pessoas, grupos e instituições sociais.

A psicossociologia contribui como perspectiva epistemológica pela possibilidade de dialogar com outras ciências, a exemplo da medicina, antropologia, sociologia, direito. Reconhece o trabalho sob diversos níveis e sob uma perspectiva processual, ou seja, em contextos que remetem aos aspectos macrossociais. De um lado, sugere incluir o sujeito e suas singularidades, de outro, considerar

aspectos sociais que ultrapassam os muros da organização (Albornoz, 1994; Antunes, 1995; Titoni, 1995; Barus-Michel, Enriquez e Lévy (2005 *in* Bendassolli e Soboll, 2011), Amado e Enriquez (2011 *in* Bendassolli e Soboll, 2011) e Carreteiro (2011 *in* Borges, Guimarães e Silva, 2014).

Outra contribuição da psicossociologia do trabalho, segundo esses autores, é possibilitar pesquisas com categoriais profissionais específicas, a exemplo do estudo com ex-bancários no Rio Grande do Norte (Borges e Maranhão, 2006 *in* Borges, Guimarães e Silva, 2014), que subsidiou um projeto de lei estadual regulamentando a inserção da categoria desempregada em instituições estaduais.

O cenário da *Energix*, onde o modelo interventivo sistêmico vem sendo aplicado, aponta aspectos macroeconômicos (a crise no setor elétrico), que vem repercutindo na cultura organizacional (processo de demissão incentivada, elegível aos aposentados) e seus impactos demonstrados no índice de absenteísmo, principalmente por TMC, no período de 2010 a 2013. Ao realizar o diagnóstico organizacional, as falas dos trabalhadores entrevistados sinalizaram aspectos de sua subjetividade, principalmente daqueles que temem o futuro desta e de outras empresas nesse segmento de mercado.

O termo '*risco*', numa perspectiva das ciências humanas e segundo Becker e Oliveira (2008), passou a ser socializado a partir da ideia de sociedade de risco, na pós-modernidade e pode ser correlacionado aos aspectos psicossociais emergentes. Passa pela possibilidade de controle do futuro, ou fator de risco, como circunstância com probabilidade de ocorrência, ou seja, um determinado contexto ou evento onde um risco (psicossocial) é iminente e, portanto, pode sofrer intervenções preventivas.

Conforme estudos sobre a cultura organizacional apresentados anteriormente, são inúmeros os riscos advindos do contexto de trabalho e dos agentes etiológicos que podem tornar o coletivo de trabalhadores vulneráveis a danos à saúde, principalmente de ordem psíquica. Embora não seja possível relativizar os fatores de subjetividade, reconhecer os riscos epidemiológicos psicossociais pode contribuir na prevenção e até na redução de fatores do ambiente laboral que podem determinar tais interações.

Entre os conceitos de riscos psicossociais, o foco se mantém na organização do trabalho e como esse se manifesta, incluindo inclusive aspectos das relações e interações sociais que extrapolam a ambiência laboral. Portanto, pode-se resumir o conceito, conforme proposto por Carmo e Cohn (2006), como a estimativa de ocorrer um evento relativo aos agravos à saúde mental, baseando-se em probabilísticas evidenciadas em fatos passados. Os riscos psicossociais laborais, especificamente, são definidos por Briceño (2009) como características relativas aos fatores organizacionais que podem

afetar a saúde física e psicossocial de trabalhadores. Esses fatores do contexto de trabalho “são aquelas características do trabalho que funcionam como estressores, ou seja, implicam em grandes exigências no trabalho, combinadas com recursos insuficientes para o enfrentamento das mesmas” (Guimarães, 2006, p. 99 *in* Borges, G. e Silva, 2014)

Ressalta-se que o diagnóstico dos fatores psicossociais de riscos e de agravos à saúde mental dos trabalhadores, tanto individual quanto dos diversos contexto da equipe e da cultura organizacional, é condição imprescindível ao modelo de intervenção sistêmico, de modo a reduzir os impactos e danos do absenteísmo, conforme análise dos Anuários Estatísticos de Acidentes de Trabalho, emitido pelo INSS (Brasil, 2013), que demonstram o montante de benefícios pagos por doenças do Grupo F (CID-10), concedidos e subnotificados. Além disso, contribui à Lista B de Doenças Relacionadas ao Trabalho, conforme a Portaria n.º 1.339 (1999) e às Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança no Trabalho (2015).

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

A realização de intervenções para reduzir fatores de riscos psicossociais possibilita, entre outras, a definição de políticas de promoção de saúde e bem-estar no trabalho. Os resultados apontados em estudos confirmam que promover um contexto de trabalho saudável ajuda, entre outros fatores, a reduzir impactos nos índices de absenteísmo-doença e melhorar a produtividade (Caldas, 2014, Caldas e Nóbrega, 2004, e, Caldas e Bispo, 2006; e Caldas e Caldas, 2011).

As intervenções podem utilizar estratégias socioeducativa, psicoterapêutica ou ainda psicossocial. Os objetivos são inúmeros, desde a compreensão e aceitação de um diagnóstico, incluindo a criação de estratégias de enfrentamento e o conhecimento de recursos que permitam expressar sentimentos, atitudes ou outros aspectos psicológicos e sociais. As intervenções podem ser realizadas em qualquer contexto institucional: na escola, na família, na igreja, dentre outros tantos. Este estudo deteve-se às possibilidades de intervenção psicossocial no contexto de trabalho, conforme parâmetro proposto.

A revisão de literatura realizada por Santos, Sousa, Brasil e Dourado (2011) sobre os estudos encontrados sugerem que as intervenções resultam em alívios significativos aos TMC, principalmente relacionados à sobrecarga, à depressão, promovendo melhoria na qualidade de vida dos participantes. Entre as pesquisas localizadas pelos autores, descrevem ações interventivas exitosas com cuidadores. No entanto, a maioria das propostas interventivas encontradas na literatura revisada, não apontam pressupostos teóricos nem tampouco descrevem estratégias e técnicas utilizadas, dificultando, desse modo, sua replicação com novas pesquisas e a reprodução em novos contextos. (Andrade (2009) e Andren e Elmatahl (2008 *in* Santos, Sousa, Brasil e Dourado, 2011) identificam três tipos de intervenção, a seguir.

Entende-se por intervenção psicoeducacional ou de natureza socioeducativa, as ações que apresentam componentes educacionais, desde o diagnóstico até as estratégias de comunicação e cuidado de pacientes com sintomas neuropsiquiátricos. Inclui aspectos da ordem emocional e de sobrecarga psíquica.

As intervenções psicossociais, por sua vez, possibilitam e incentivam os participantes a buscarem recursos internos e no próprio grupo que permitam mobilizar e recorrer novas instâncias para superar dificuldades, em contexto diversos, o que inclui o trabalho. Um de seus objetivos é construir e consolidar redes de apoio, reduzindo cargas e danos psicossociais, a partir do diagnóstico e da identificação dos fatores dificultadores ou das causas de riscos psicossociais. Definem esta intervenção como “um conjunto de técnicas designadas para utilizar mecanismos de ação cognitiva,

comportamental ou social focados diretamente na melhoria do bem-estar psicológico e/ou social” (p. 165). Entre os objetivos, possibilita cuidar dos cuidadores, permitindo o enfretamento de estados emocionais que podem comprometer a tarefa, assim como a aprendizagem para lidar com dificuldades e circunstâncias desafiadores da prática profissional.

E as intervenções psicoterapêuticas, que envolvem as possibilidades de terapia de grupo com públicos específicos. Os grupos terapêuticos podem ampliar o cuidado e envolver familiares ou outros públicos indiretos que possam ter repercussões sobre o grupo em processo interventivo. Segundo as autoras, os grupos terapêuticos propostos são baseados na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Esses três tipos de abordagens de intervenção têm em comum não serem de natureza farmacológicas.

Esta proposta de modelo interventivo sistêmico, envolvendo os trabalhadores com absenteísmo-doença e suas equipes de trabalho, ou seja, seus pares e gestores, com seus parâmetros de uma pesquisa-interventiva utiliza recursos e ações dos três tipos expostos. Primeiro, inclui palestras, análise e observação de comportamentos em terceiros, por meio de multimídias, recursos e técnicas que permitem que possibilitam emergir fenômenos da dinâmica grupal, como estratégias socioeducativas. Segundo, na etapa diagnóstica, todos os integrantes da equipe de trabalho são submetidos à entrevista semiestruturada e, dentre os fatores investigados, inclui-se aspectos da história de vida, conforme detalhado adiante. Algumas das oportunidades de melhorias identificadas inclui fatores individuais em razão de demandas de ordem psicológica, sendo sugerido tratamento com psicólogos e psiquiatras assistentes, tanto individual quanto para casais ou mesmo envolvendo a dinâmica familiar. E, terceiro, nas falas e trocas existentes nos encontros dos grupos, não se perde de vista o aspecto terapêutico. Inicia na experiência de estabelecer vínculos grupais e de confiança entre seus componentes, quando são expostos em cada encontro o momento atual e as principais queixas e preocupações dos participantes, nos acordos explícitos estabelecidos e limites traçadas de convivência, responsabilizando e comprometendo a todos com o sigilo, visando a evitar conflitos danosos, por exemplo.

Adiante, é descrito o caminho metodológico utilizado e que justificou esta pesquisa de natureza quanti-qualitativa.

MÉTODO E TÉCNICAS

A metodologia definida é de natureza quanti-qualitativa, utilizando a triangulação de métodos (Turato, 2008; Souza, Driessnack e Mendes, 2007; e Silverman, 2009). O maior impacto por doenças psíquicas no indicador de absenteísmo-doença, conforme os dados documentais do absenteísmo-doença na *Energix*, define a área onde o projeto piloto é realizado. Inicia, em 2006, a modelagem e os parâmetros da pesquisa interventiva sistêmica, conforme descrito adiante.

Na proposta piloto, é considerado o absenteísmo prevalente por área, independentemente do tipo de patologia, com o maior número de ocorrências. À medida que vêm sendo realizadas novas ações interventivas, outras variáveis são pesquisadas, a exemplo de denúncias de assédio moral e outras formas de violências no trabalho. Vem sendo aprofundado, principalmente, o impacto econômico do total de ocorrências e dos dias perdidos e os recortes transversais de gênero, raça/etnia, faixa etária, escolaridade, cargo/função, tempo de serviço, dentre outros.

Para demonstrar esta proposta, decidiu-se por resgatar o caminho metodológico e os procedimentos utilizados. Trata-se de uma pesquisa-interventiva ou intervenção psicossocial de natureza quanti-qualitativa, dividida em duas etapas. A primeira, refere-se ao estudo documental dos dados prevalentes do absenteísmo-doença e, a segunda, ao diagnóstico e à intervenção psicossocial sistêmica na área com maior impacto no referido indicador. Dos dados quantitativos coletados, define-se os critérios de seleção da *Filial* onde será realizado o diagnóstico de riscos psicossociais e, em seguida, a pesquisa-interventiva sistêmica. E visando a estruturar esta proposta, segue-se descrevendo, além de métodos e técnicas, os instrumentos, a análise e a discussão dos resultados obtidos.

Diferentemente do modelo interventivo em outras abordagens da *Clinica do Trabalho*, essa proposta considera imprescindível a participação individual e censitária dos trabalhadores que formam a equipe da área identificada. Além das entrevistas, são sugeridas ações socioeducativas e interventivas, incluindo gestor e subordinados. (Carreteiro e Barros, 2011 *in* Bendassolli e Soboll, 2011).

É importante ressaltar que a referida proposta metodológica vem sendo realizada desde 2006, e, com a conclusão exitosa da primeira intervenção psicossocial aderente à metodologia sistêmica, foram replicadas, até 2013, em mais de 15 setores, com os mais variados negócios, a exemplo de equipe de engenheiros, de profissionais do financeiro, do jurídico, de linhas energizadas e de manutenção, de análise de agentes bioquímicos, dentre outros.

O protocolo da intervenção psicossocial sistêmica contempla, na fase qualitativa, quatro (04) etapas distintas: (a) diagnóstica, que inicia com a definição da área, a estruturação do instrumento de coleta de dados de riscos psicossociais e a realização das entrevistas individuais, preferencialmente censitária, por meio de um roteiro semi-estruturado; (b) pré-interventiva, onde são apresentados os dados coletados e a análise dos resultados obtidos com as entrevistas com os trabalhadores e o gestor da área sob intervenção, ou seja, para todos os envolvidos, indistintamente; (c) intervenção sistêmica, que inicia com a validação e legitimação dos achados na etapa diagnóstica e, em seguida, com a identificação de oportunidades de melhorias para cada item de impacto no indicador de absenteísmo-doença ou qualquer outro indicador que venha a ser definido para a realização da metodologia de intervenção psicossocial sistêmica; e (d) pós-intervenção, que refere-se à devolutiva das três primeiras etapas, além da definição de políticas, programas e ações de promoção de saúde, segurança e bem-estar no trabalho.

A metodologia, criada e adotada pela psicóloga e autora deste artigo, é descrita adiante, considerado a fase quantitativa ou análise documental do absenteísmo-doença, e a qualitativa, contendo suas quatro etapas.

ETAPA QUANTITATIVA

POPULAÇÃO

Participam da população desta pesquisa aproximadamente 6.000 trabalhadores da *Energix*, com ou sem ocorrências de absenteísmo por doença de qualquer espécie, em 2006.

AMOSTRA DOCUMENTAL

Fazem parte da amostra documental do estudo piloto, os dados epidemiológicos do absenteísmo-doença, referente à 2006, contendo as patologias prevalentes por Grupos (CID-10), o total de dias perdidos e de ocorrências, assim como as *Filiais* com maiores impactos no indicador e respectivos trabalhadores com maior número de atestados médicos, na época. Os dados foram analisados considerando as seguintes variáveis sociodemográficas: recorte de gênero, faixa etária, escolaridade, cargo/função, raça/etnia, tempo de serviço na *Energix* e tempo no cargo.

PROCEDIMENTOS

Identificada a *Filial* 06 para o estudo piloto, delineou-se o modelo de diagnóstico e de intervenções psicossociais que será demonstrado na metodologia, adiante. Essa proposta

metodológica é subsidiada pelas abordagens da Psicossociologia do Trabalho, além do modelo explicativo do contexto de trabalho, proposto pela Psicodinâmica do Trabalho, e fica denominada de Sistêmica, pois inclui outros aspectos além dos fatores sociais e psíquicos dos trabalhadores, além de outros públicos que extrapolam inclusive os muros da *Energix*, a exemplo da dinâmica familiar e profissionais de saúde assistentes.

Os critérios de inclusão foram os dados totais do absenteísmo por transtornos mentais e comportamentais, referente à 2006, considerando os recortes sociodemográficos da amostra documental assim como as patologias prevalentes, filtradas por ocorrências e por dias perdidos. Os critérios de exclusão foram: atestados registrados fora do período determinado e absenteísmo por outro Grupo (CID-10), fornecidos pela *Energix*.

Essa população gerou quase 48 mil dias perdidos de trabalho. Para um cálculo aproximado do custo das faltas por motivo de doenças, define-se como parâmetro a remuneração média por dia que, na época, era de R\$ 300,00. A partir deste parâmetro, a *Energix* sofre um impacto financeiro de R\$ 14.400.000,00.

Desse total de afastamentos, 38% corresponderam aos empregados lotados na *Filial 06*, ou seja, o equivalente a quase 18 mil dias perdidos ou um prejuízo financeiro da ordem de R\$ 5.400.000,00. Os dados estratificados do absenteísmo-doença apontam ainda que a maior prevalência de adoecimento foi gerada numa das áreas da *Filial 06*, correspondendo a 14% do total de atestados médicos apresentados na localidade. Desses, cerca de 48% referiu-se a um período de afastamento inferior a 15 dias, ou seja, faltas custeadas integralmente pela empresa e, quase 52%, acima desse período, repercutindo em ônus para o INSS. Estes dados subsidiaram esta pesquisa-interventiva.

Além da definição amostral, os estudos documentais apontavam como prevalentes nesta divisão as patologias do Grupo F (CID-10), principalmente F-33 (Transtorno Depressivo Recorrente), F-43 (Reações ao stress grave e transtornos de adaptação) e F-10 (TMC por uso abusivo de álcool e outras drogas). Além de doenças do Grupo M (CID-10) ou doenças osteomusculares, com destaque às LER/DORT, artroses dos membros superiores e inferiores e problemas na coluna vertebral.

Nessa pesquisa, utiliza o método de amostragem proposital e de variedade de tipos por doença (Turato, 2008), que permitiu identificar a *Filial 06* e, nela, o setor que apresenta maior impacto no absenteísmo por TMC no período. Com esses dados, entrou-se em contato com o gestor e, em seguida, apresentou-se o projeto piloto à equipe que, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), aceitaram participar deste estudo.

ETAPA QUALITATIVA

POPULAÇÃO:

Formada por 5.600 empregados do quadro de pessoal da *Energix*, em 2013. Dessa população, foi definida a amostra de dos trabalhadores participantes pelo critério proposital ou por variedade de tipos por estado de saúde.

EMPREGADOS PARTICIPANTES

A amostra foi composta por todos os 44 empregados lotados na área operacional com maior comprometimento no índice de absenteísmo-doença da *Filial 06*. Os empregados participantes foram divididos por equipe de trabalho, sendo 23 lotados no serviço de malote e correspondências, 11 no serviço de gráfica e reprografia e 09 no serviço de microfilmagem.

Dentre os dados sociodemográficos, destaca-se que a maioria é de gênero masculino (38 homens e 05 mulheres), autodeclarados pardos, com faixa etária média está entre 40 e 55 anos de idade, a escolaridade está entre o nível fundamental e o nível médio incompleto, inclusive com trabalhadores analfabetos, o tempo médio de vínculo empregatício é de 15 a 25 anos, na mesma atividade.

Outro dado significativo coletado no diagnóstico organizacional foi que a mesma área onde observou-se o maior impacto no índice de absenteísmo-doença, também foi a área melhor avaliada na pesquisa de clima e também o melhor serviço diagnosticado na pesquisa de satisfação do cliente interno. Essa contradição sugeriu a seguinte questão norteadora: o trabalhador, para oferecer o melhor serviço, conforme critérios de avaliação adotados pela *Energix*, precisa comprometer sua saúde e gerar impactos negativos nos indicadores de absenteísmo-doença?

A pesquisa de campo foi dividida em quatro etapas. A seguir, serão apresentados, por etapa, o período de realização, os instrumentos, os procedimentos, a coleta e análise dos dados e os resultados obtidos.

ETAPA DIAGNÓSTICA

Nessa primeira, foi apresentado aos participantes o projeto e solicitado a assinatura no TCLE, além de estabelecer uma agenda para a coleta de dados.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

A seguir, estão descritos os instrumentos utilizados e procedimentos adotados na etapa diagnóstica do contexto de trabalho dos três serviços contidos no setor, localizado na *Filial 06*.

- (1) **Contrato de Consultoria Interna para Diagnóstico:** este contrato explicita os objetivos desta pesquisa, a metodologia, a fundamentação teórica que respalda a intervenção, os resultados que se pretende atingir e as responsabilidades tanto da pesquisadora quanto das pessoas lotadas no setor pesquisado. Incluiu ainda um cronograma para agendamento das entrevistas, contendo: identificação do empregado, data, hora e local das entrevistas.
- (2) **Roteiro de entrevista individual semiestruturado:** a entrevista é realizada mediante análise situacional a partir das seguintes temáticas pesquisadas: (a) **Dados sociodemográficos do entrevistado:** idade, escolaridade, dinâmica familiar, condição financeira, lazer, atividade física/sedentarismo, hábitos alimentares, religião, etnia autodeclarada, condições de sono, uso de álcool, tabaco e outras drogas; tempo de Empresa e trajetória profissional; (b) **Condições de saúde:** investiga as principais doenças, crônicas ou não, diagnosticadas. Contempla também sinais e sintomas dos TMC prevalentes no estudo do absenteísmo da *Energix*, diferenciando pela estrutura de personalidade (história de vida) e sua psicodinâmica (identifica se há ou não nexos de causalidade relacionados ao trabalho), além de doenças psíquicas hereditárias; (c) **Dados do Contexto de Trabalho:** condições de trabalho, relações socioprofissionais, organização do trabalho, avaliação dos participantes do modo de gestão, aspectos facilitadores e dificultadores na produtividade, expectativa com a pesquisa e sugestões de temas para a etapa interventiva. Por último, é questionado o sentido do trabalho (*lato sensu*) para cada participante.
- (3) **Roteiro de entrevista para o gestor:** esta entrevista segue os mesmos parâmetros técnicos e éticos das demais entrevistas, acrescentando questões relacionadas à autoanálise da conduta gerencial e profissional, do modo de gestão ideal e possibilidades de melhoria.
- (4) **Termo de Livre Consentimento Esclarecido:** todos os sujeitos são esclarecidos quanto aos objetivos, da importância de sua participação nesta pesquisa-interventiva e cientes da não obrigatoriedade. De acordo com o compromisso ético do profissional de Psicologia³, a pesquisa favorece a fala dos entrevistados, garantindo o sigilo das informações obtidas.

³Código de Ética da Psicologia, Art. 6º: o Psicólogo garantirá o caráter confidencial das informações que vier a receber em razão de seu trabalho, bem como do material psicológico produzido.

- (5) **Estudo Ergonômico:** realizado por profissionais com competência técnica, a análise ergonômica dos postos de trabalho das equipes permite identificar nas condições laborais fatores que comprometem as condições osteomusculares e outros fatores de saúde dos participantes, identificados nessa avaliação.

Faz-se necessário clarificar que a Ergonomia é um campo interdisciplinar que envolve a atuação de engenheiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e médicos com o objetivo de planejar ambientes de trabalho melhor ajustados às características humanas. Na ótica da psicologia, busca-se a harmonia na relação homem-máquina, ampliando a segurança, o conforto e a satisfação do trabalhador. A base das intervenções ergonômicas é a análise do trabalho, que envolve as tarefas, as condições de trabalho, equipamentos e fatores organizacionais. (Tamayo, 2004)

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS NA ETAPA DIAGNÓSTICA

A partir dos dados coletados, foram identificados fatores de riscos psicossociais relativos às condições de trabalho e que podem causar danos à saúde dos participantes, considerando cada equipe pesquisada.

1. **Malote e correspondências:** os carrinhos utilizados pelos empregados para transportar o malote estavam enferrujados, com os pneus murchos, sem condições de uso. Eram muito pesados; as bolsas dos malotes não eram higienizadas de modo adequado; a posição e altura das caixas de armazenamento do malote ('cantil') eram inadequadas; tanto quanto o mobiliário para recepção, triagem, armazenagem e distribuição das correspondências. Também não eram fornecidos protetores solares quando expostos ao sol nem capas e galochas quando expostos à chuva, ao transitarem entre os prédios da *Filial 06*. Observou-se que os trabalhadores não tinham lugar adequado para descanso, uma vez que suas atividades eram intermitentes, com três deslocamento pelos prédios durante a jornada e um período longo ociosos; e não realizavam nenhuma atividade física ou mesmo ginástica laboral nesses períodos de descanso.
2. **Microfilmagem:** o odor da amônia utilizada na atividade era muito forte e não tinha passagem de ar; a sala não tinha ventilação nem iluminação adequadas; o local de trabalho ficava alagado e intransitável no período de chuva; com o advento da digitalização, o serviço tornou-se escasso, contribuindo para uma ociosidade excessiva.
3. **Gráfica e Reprografia:** o maquinário era antigo e com conservação precária; era forte odor de graxa na sala; algumas máquinas eram afiadas como navalha para o corte de papel, gerando

risco de acidente grave; as atividades não eram bem planejadas, pois os clientes internos não tinham critérios de prazo para solicitação dos serviços, obrigando os trabalhadores a realizarem horas excedentes de jornada e em outros momentos, longos períodos ociosos.

Tais fatores sugerem umnexo causal entre as condições de trabalho e as patologias osteomusculares de alguns empregados. Nos estudos, principalmente de Dejours (1998/1999/2003/2004) e Dejours, Aboucheli e Jayet (2010) são evidenciados que precárias condições de trabalho, conforme a realidade descrita, são fatores que podem comprometer a saúde do trabalhador.

Outro dado coletado que merece destaque refere ao sentido do trabalho. Para a maioria dos entrevistados, e independente de equipe de serviço, era descrito unicamente como fonte de sustento; crença de que as atividades desempenhadas estavam dissociadas do negócio da Empresa; percepção negativa do trabalho que, por ser insignificante, torna-os trabalhadores *invisíveis* na *Energix*.

Desse modo, a fragmentação da tarefa e a falta de sentido do trabalho, além de execução de tarefas e fonte de sustento, reforçam os estudos de Caldas (2007). Revelam que os aspectos subjetivos de sujeitos que vivenciaram situações que configuram assédio moral assumem um sentido igualmente negativo, semelhante aos participantes desta pesquisa de intervenção psicossocial sistêmica.

O trabalho, quando não tem sentido saudável, não se configura como fonte de reconhecimento e valorização, passa a provocar sofrimento psíquico, insatisfação e baixo comprometimento, prejudicando tanto a tarefa quanto à Empresa. Prolongadas no tempo, podem comprometer a saúde do trabalhador e gerar absenteísmo-doença.

Ao analisar como esses trabalhadores se percebem no contexto laboral, observa-se uma predominância de comprometimento da autoestima, baixa escolaridade, além de não se perceberem reconhecidos nem valorizados, embora cientes que o serviço que oferecem é o melhor avaliado na Empresa.

Acerca das relações socioprofissionais estabelecidas com os pares nas equipes, destaca-se: são pouco colaborativos entre eles; o relacionamento interpessoal é violento, danoso e inadequado; falta solidariedade e apoio, denotando uma competitividade exagerada, conflitos, além de fofoca.

Estes dados obtidos nas entrevistas corroboram pesquisas realizadas que apontam diversas formas de violência no trabalho como fatores de riscos psicossociais. Além dos dados evidenciados, fatores relacionados à singularidade do trabalhador também podem gerar danos à saúde. (Caldas, 2007/2008, Barreto, 2003).

Outro fator de risco psicossocial apontado em pesquisas e que pode repercutir no adoecimento de trabalhadores refere-se ao poder organizacional. Quanto mais abusivo e violento, mais poderá comprometer a saúde mental, explica Dejours (1998/1999/2003/2004) e Dejours, Aboucheli e Jayet, (2010). Nesta pesquisa, o modo de gestão apresentou baixo risco de sofrimento psíquico. Embora o diagnóstico evidencie um foco maior na tarefa em detrimento das pessoas, não há qualquer relato de abuso de poder, de práticas violentas ou tratamento desrespeitoso. A gestora, além de ser legitimada pelo grupo, reconhece esses pontos de melhoria em sua gestão.

Dentre os elementos da organização de trabalho que apresentaram riscos psicossociais, na percepção dos participantes, destacam-se: regras formais incompatíveis com as informais, cobranças contraditórias das atividades; má distribuição das tarefas em relação ao tempo útil, com excessivos intervalos ociosos, nenhuma perspectiva de encareiramento, principalmente em razão de amarras legais da *Energix* que não permitem mudanças de cargo ou função comissionadas, única forma de ascensão, para profissionais com escolaridade abaixo de nível superior.

Segundo Dejours, Aboucheli e Jayet (2010), em suas pesquisas, a organização do trabalho, constituída por regras formais, prescritas, previamente definidas nas políticas de gestão das pessoas, favorecem situações de injustiça, de ausência de reconhecimento e valorização das entregas dos trabalhadores, diminuta oportunidade de criar sobre sua atividade e, portanto, capaz de gerar sofrimento e até agravos a saúde mental dos trabalhadores.

ETAPA DE INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

Após a coleta dos dados na etapa diagnóstica e a validação dos resultados obtidos, foi planejada a partir das expectativas e das oportunidades de melhorias identificadas pelos participantes e realizada a etapa de intervenções psicossociais, conforme descrito adiante.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Fazem parte do relatório referente à etapa diagnóstica da área com maior impacto no índice de absenteísmo-doença da *Filial 06*, os seguintes dados coletados: o estudo ergonômico dos postos de trabalho, a observação das atividades desempenhadas e as informações obtidas e categorizadas das entrevistas, tanto censitária (com a equipe), quanto com a gerente imediata.

A partir do relatório dos achados da etapa diagnóstica, sua apresentação devolutiva e legitimada por todos os trabalhadores entrevistados e a gestora da área, os participantes são reunidos em subgrupos para definir, em conjunto, os procedimentos da etapa interventiva, os temas a serem

trabalhados, bem como um contrato de consultoria interna, definindo regras de convivência entre o grupo e a pesquisadora-facilitadora.

Fica definido, além das temáticas, o quantitativo de 12 encontros quinzenais, com duração de um turno da jornada de trabalho, com data previamente agendada, realizados nas salas de treinamento da *Energix*. Além dos encontros temáticos, semiestruturado, foram realizadas ações socioeducativas envolvendo outros profissionais de saúde, segurança e de educação corporativa, além de mais três (03) encontros, sendo um de avaliação da nova etapa, um para devolutiva da pesquisa e uma confraternização/celebração.

INDICADORES

São indicadores definidos para mensurar a etapa interventiva:

- Percentual de redução das ocorrências de absenteísmo-doença, um ano após concluir a intervenção psicossocial, comparado ao exercício de 2006.
- Percentual de redução de acidente de trabalho no setor, no ano seguinte à intervenção.
- Índice de realização do Exame Médico Periódico (EMP).
- Índice de participação nos encontros pelos empregados e também a gestora.
- Índice de satisfação do cliente interno (empregados e gestora), medido por meio de um instrumento de avaliação de reação.
- Índice de implantação das oportunidades de melhoria identificadas.

TEMAS TRABALHADOS:

Os encontros são estruturados a partir da análise de conteúdo das entrevistas, conforme metodologia proposta por Bardin (2006) e as temáticas realizadas com nesse grupo são, as seguintes: (1) Sentido/Significado, Satisfação, Comprometimento e Motivação no Trabalho; (2) Ética no Trabalho; (3) Assédio Moral e outras Violências no Trabalho; (4) Relacionamento Interpessoal; (5) Trabalho em Equipe; (6) Marketing Pessoal e Autoestima; (7) Saúde, Segurança e Qualidade de Vida; (8) Dependência Química; (9) Trabalho e Família; (10) Orçamento Doméstico; (11) Aposentadoria e Projeto de Vida; e (12) Resiliência.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS:

- (1) Contrato de Consultoria Interna para a Etapa de Intervenção:** descreve os objetivos da pesquisa-interventiva, a metodologia, os resultados que se pretende atingir e as responsabilidades tanto da pesquisadora quanto das equipes participantes.

(2) Código de Ética e Conduta: as intervenções referentes ao tema ética no trabalho são balizadas nas políticas da *Energix*, conforme documento formal.

(3) Estratégias de Intervenção Psicossociais

Nesta etapa, são utilizados como recursos e técnicas: (1) palestras sobre as temáticas definidas, leitura de textos e artigos, além de cartilhas específicas; (2) Análise de comportamento em terceiros, por meio de cenas de filmes; (3) Técnicas de Dinâmica de Grupo, respaldadas na abordagem da Psicologia Social; (4) Análise de *SWAT* (desafios, oportunidades, fraquezas e forças) de cada equipe, da área e da *Filial 06*; e (5) Oficinas para identificar oportunidades de melhoria no setor.

Ressalta-se ainda que, no início de cada de cada encontro, os participantes são estimulados a descrever fatos relevantes de sua vida pessoal, os quais julguem confortáveis em compartilhar no grupo; e, ao final de cada intervenção, é realizada uma avaliação do encontro e a expectativa para o próximo.

Além desses recursos e ações descritos, ainda são realizadas, conforme demandas, avaliação psicológica, encaminhamento para médico e psicólogo assistente credenciado, orientação e acompanhamento familiar, além de orientação gerencial (*coaching*), conforme as demandas trazidas nos encontros.

A etapa interventiva, embora conduzida pela pesquisadora, conta com a participação de outros profissionais de saúde, considerando cada área de atuação. Ao assistente social é solicitado tratar algumas questões relativas à dinâmica familiar, ao orçamento doméstico, além de contribuições nos temas de preparação para a aposentadoria e projeto de vida. São realizadas ainda ações culturais (cinema, teatro, visita a museus e galerias de arte, passeio aos principais pontos turísticos, sob orientação de um turismólogo). Cabe ao fisioterapeuta e ao educador físico orientações sobre a prevenção e recuperação de doenças osteomusculares, a importância da atividade física e a valorização da academia de ginástica, contida no Centro de Promoção de bem-estar no Trabalho. Já o médico do trabalho aborda temas relacionados à saúde física, com ênfase na prevenção ao câncer de próstata, mama, órgãos sexuais e reprodutivos feminino, cujos exames ainda são um tabu entre homens e mulheres, assim como a conscientização e a sensibilização dos participantes sobre a importância da realização do Exame Médico Periódico, uma vez que a *Energix* excede às exigências legais, incluindo exames como: ultrassonografias (prostática, pélvica e mamária), mamografia, densitometria óssea, colposcopia, citologia oncológica, tonometria binocular, ergométrico, exame laboratorial, consultas cardiológica, oftalmológica, odontológica, nutricional, psicológica e ginecológica, custeados integralmente pela Empresa. E alguns temas são discutidos de forma

multidisciplinar, incluindo os profissionais de saúde, a exemplo uso problemático do álcool e de outras drogas e seus diversos impactos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir, são apresentados os resultados dos indicadores estabelecidos nesta etapa interventiva e outros achados desta ação, que extrapolam mensurações quantitativas, permitem responder aos objetivos propostos e ainda apontar oportunidades de melhorias para a *Energix*, para a *Filial 06* e principalmente para os participantes deste estudo. Espera-se ainda contribuir com insumos para novas pesquisas interventivas.

1. **Percentual de redução das ocorrências de absenteísmo-doença:** para este parâmetro é realizada a análise documental dos dados do absenteísmo-doença de 2008, ou seja, considerando o prazo de um ano após concluir a intervenção psicossocial, comparado aos exercícios de 2006 e 2007. O total de ocorrências de absenteísmo-doença em 2008 é reduzido em 39,4%, comparado os anos de 2006 e 2007, sinalizando que novas pesquisas devem ser realizadas para confirmar se de fato há correlação entre os achados.
2. **Percentual de redução de acidente de trabalho:** embora extrapole aos objetivos propostos nesta pesquisa, o índice de acidente de trabalho na *Filial 06* também é elevado, em relação às demais *Filiais*. Semelhante ao indicador de absenteísmo-doença, considera-se o total de ocorrências após o primeiro ano da conclusão da pesquisa, comparando os anos de 2006 (24 acidentes), 2007 (15 acidentes) e 2008 (nenhum registro de acidente de trabalho), reduzindo em 87%, no período.
3. **Índice de realização do EMP:** conforme histórico documental, os participantes não realizam os EMP. Em 2003 e 2004, cerca de 10% cumpre e recebe o Atestado Saúde Ocupacional (ASO); em 2005, sobe para 29% dos EMP concluídos. Já em 2006, esse número cresce para 34% e nos anos seguintes, desde 2007, 100% dos participantes passam a realizar seus exames, inclusive contribuindo no diagnóstico precoce de dois empregados com neoplasia maligna, tratado em tempo hábil.
4. **Índice de participação dos empregados na intervenção psicossocial:** o percentual de participação é de 92%, conforme ata de presença. Atribui-se este resultado, dentre outras, as ações socioeducativas transversais nesta etapa. Algumas, mais específicas, têm por objetivo sensibilizar os participantes acerca da importância da autogestão da saúde e de ações

preventivas, principalmente considerando o histórico de adoecimento e de absenteísmo da amostra estudada.

5. **Índice de satisfação dos participantes com as estratégias interventivas:** mensurado por meio de um instrumento de avaliação de reação construído para esta finalidade, 98% dos participantes e 92% da gestão sinalizam satisfação.

Os resultados alcançados apontam a possibilidade de replicar esta pesquisa-interventiva tanto em outras áreas da *Energix* quanto em outras instituições de diversos setores, contribuindo para a redução dos impactos do contexto do trabalho na saúde do trabalhador, melhorando as condições de produtividade, gerando retorno financeiro às organizações e criando vínculos afetivos do trabalhador com o seu ofício.

OPORTUNIDADES DE MELHORIA IDENTIFICADAS:

A partir desta pesquisa-interventiva, é possível identificar e implementar algumas melhorias operacionais na *Filial 06* e algumas políticas e processos específicos sobre a gestão do absenteísmo-doença. Adiante, oportunidades identificadas nessas intervenções.

- **Melhorar a relação cliente-fornecedor interno entre os trabalhadores da *Filial 06* e os secretários:** um dado coletado ainda no diagnóstico é a queixa do tratamento inadequado que recebem de alguns secretários (principal cliente interno do setor). A relação entre eles compromete, inclusive, a autoestima dos participantes, além da falta de reconhecimento e valorização desses colegas. A partir deste dado, é realizada uma pesquisa de clima relacional, visando a perceber o modo de relação socioprofissional entre eles e identificar melhorias. Após a realização da pesquisa, é sugerida uma oficina para os secretários. O objetivo é demonstrar o significado do trabalho dos colegas e melhorar a relação entre eles.
- **Realizar reuniões periódicas com as equipes da *Filial 06* (juntas e individualmente):** essa sugestão é motivada pelas queixas dos participantes e pela avaliação da gestora, que considera importante as reuniões para minimizar a carência de informações e melhorar a relação entre os pares e a gestão e equipe.
- **Dar suporte aos líderes informais:** acompanhar as demandas e conquistas dos subordinados e dar suporte aos coordenadores (líderes informais) dos serviços do setor. Sugere-se, inclusive, a realização sistemática de reuniões com temas que extrapolem o trabalho e valorizem as pessoas e as datas significativas.

- **Promover encontros trimestrais com a psicóloga pesquisadora, visando à melhoria contínua dos resultados obtidos:** esta é uma sugestão dos participantes. Segundo eles, esta ação promove oportunidade de fala, de expressar insatisfações, sofrimentos, assim como as conquistas e melhorias que venham a obter.
- **Proporcionar treinamento de formação de líderes para os coordenadores dos serviços:** alguns líderes informais denotam postura inadequada no modo de lidar com a equipe. É sugerido que participem de cursos de formação gerencial oferecido na *Energix*, de modo a promover relações socioprofissionais saudáveis.
- **Encaminhar trabalhadores para acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico com profissionais da rede credenciada, quando necessário:** alguns participantes apresentam, ainda na etapa diagnóstica ou mesmo interventiva, demandas da ordem psíquica. O tema é tratado com todos, sensibilizando sobre a importância do cuidado com a saúde mental.
- **Encaminhar para assistente social demandas da dinâmica familiar:** algumas questões dessa esfera repercutem no contexto do trabalho, demandando um suporte. Destaca-se alguns eventos previsíveis do ciclo vital, como: morte, divórcio, síndrome do “ninho vazio”, problema afetivo-sexual, dentre outros.
- **Fazer um trabalho de Endomarketing:** a etapa diagnóstica aponta fatores relacionados à ausência de reconhecimento e de valorização. Há falas que retratam o ‘*trabalhador invisível*’ na *Energix*, denotando sofrimento psíquico e impacto significativo no índice de absenteísmo por TMC. Portanto, justifica um trabalho de endomarketing na Empresa, ressaltando os resultados das pesquisas de clima e de satisfação do cliente interno, onde esse grupo é avaliado como melhor prestador de serviço e reforçando a importância do serviço e dos trabalhadores para o negócio.
- **Implantar o prêmio de reconhecimento profissional:** num dos encontros, é estabelecido, de modo democrático, critérios de promoção e alguns indicadores de desempenho profissional. A partir desse modelo participativo, o processo de promoção passa a ser legitimado pela equipe. Entre os critérios, identifica-se entre os pares aqueles que se destacam e são elegíveis à promoção. É criado o Prêmio Destaque e os premiados recebem um troféu e um *bóton* alusivo à premiação, gerando orgulho entre eles e despertando a curiosidade dos demais empregados da *Energix*. Em cada depoimento há a expressão que reduz significativamente a insatisfação gerada com o ‘*pingado*’ (termo da cultura sobre as promoções anuais, indicadas apenas pelo gerente, diferentemente do modelo adotado na intervenção).

- **Promover ações socioeducativas perenes:** a partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, fica acordado que sistematicamente serão realizadas rodas de conversas, cartilhas, encontros e ações, inclusive externa, visando a contemplar temas diversos de interesse do grupo. Os primeiros temas abordados referem-se à sexualidade na terceira idade, alcoolismo e suas implicações, o tabu em torno do exame de próstata, a prática de exercício físico regular e alimentação saudável.

Além das melhorias na *Filial 06*, ainda são identificadas ações que, após sua implementação, contribuem para melhorar o contexto de trabalho e reduzir os fatores de risco psicossociais. São elas:

1. **Projeto de Ergonomia na *Energix*:** a partir da análise ergonômica na *Filial 06*, a *Energix* contempla a equipe com o projeto ergonômico piloto para os postos de trabalho do Malote, Microfilmagem, Gráfica e Reprografia.
2. **Educação formal *in Company*:** a partir dos dados sociodemográficos obtidos, identificando trabalhadores sem escolaridade formal, a *Energix* implanta um programa de alfabetização e educação para adultos. O projeto inicia com o piloto para o público desta pesquisa interventiva, com aulas no horário ocioso de trabalho. Para tanto, precede uma ação de sensibilização sobre a formação continuada, devido a resistência em voltar à *sala de aula*.
3. **Orientar a chefia e subordinados acerca dos processos de Gestão de Pessoas:** além de contribuir, de modo democrático e participativo, na definição dos critérios de avaliação de desempenho e de promoção, a partir desta pesquisa é realizada algumas ações de *coaching* à gestora, visando a refletir sobre os impactos (positivos ou não) e da sua responsabilidade nas tomadas de decisão sobre as políticas de Gestão de Pessoas, prerrogativa de autonomia que a *Energix* lhe confere. Muitas questões processuais foram revistas e renegociadas com a gerente e, quando possível, com a equipe de líderes informais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O indicador do absenteísmo-doença foi o tema transversal desta pesquisa. A intervenção psicossocial veio como estratégica proposta para subsidiar a gestão das faltas ao trabalho e minimizar ou mesmo reduzir seus danos. Contudo, poderia ser realizada em razão de outros indicadores como o clima organizacional, os acidentes de trabalho, conflitos geracionais, poder e liderança

organizacional, violências no trabalho (assédios moral e sexual, por exemplo) ou qualquer outro indicador em Gestão de Pessoas.

A fala dos trabalhadores da área com maior impacto no absenteísmo-doença evidenciou fatores do contexto de trabalho que, no mínimo, causam sofrimento. Segundo eles, as relações socioprofissionais entre os pares são danosas, assim como o tratamento que recebiam de colegas, nas relações cliente-fornecedor interno. Na percepção dos participantes, são trabalhadores pouco valorizados e suas atividades não são reconhecidas como necessária ao negócio da *Energix*.

Por outro lado, as pesquisas internas de clima organizacional e de satisfação, refutam essa percepção. Ao mesmo tempo em que a área da *Filial 06* teve o maior número de absenteísmo-doença, na mesma época foi avaliada como o melhor serviço interno prestado. Esses dados contraditórios instigou o seguinte questionamento: *para obter um serviço de qualidade é preciso necessariamente prejudicar a saúde do trabalhador?*

Embora cientes e orgulhosos da avaliação exitosa das tarefas que realizam, a falta de reconhecimento e de valorização efetivas são de fato fonte de adoecimento e responde de algum modo a questão que norteou esta pesquisa. Esse contrassenso denota riscos psicossociais cujo nexos causal está relacionado ao contexto de trabalho dos participantes, respondendo ao objetivo geral. Muitas vezes, para exceder a expectativa, não é suficiente superar metas, mas não se admite cometer erros. Ao atravessar a catraca, trabalhadores deixam seus sonhos, suas expectativas e principalmente sua saúde e segurança.

Os demais dados obtidos, tanto na etapa de diagnóstico quanto nas intervenções denominadas sistêmicas, sinalizam outras respostas à questão norteadora, permitindo demonstrar evidências e encontrar saídas ao questionamento. O modelo interventivo psicossocial denominado sistêmico, que vem sendo adotado na *Energix*, subsidiou outras ações na gestão do absenteísmo-doença. Este parâmetro interventivo vem sendo estruturado e validado em outras ações a partir de indicadores, tais como: denúncias de assédio moral e/ou sexual, gestão por injúria, insubordinação de empregados e impactos na equipe, acidente de trabalho por falha humana, dentre outros.

Propor parâmetros de diagnóstico de riscos psicossociais do contexto de trabalho e de intervenção psicossocial sistêmica que subsidie a gestão do absenteísmo e de outros indicadores de Gestão de Pessoas foi objetivo geral deste artigo e justifica esta denominação tendo em vista que os riscos psicossociais respondem a motivações multifatoriais, extrapolando os muros das organizações. Sistêmico porque o sofrimento e o adoecimento psíquico são subjetivos; e cada trabalhador apresenta fatores de vulnerabilidade, predominantemente de sua estrutura e psicodinâmica de personalidade,

além de sua história de vida, sua dinâmica familiar, não se restringindo ao sentido e significados do trabalho ou mesmo ao vínculo que estabelece com seu labor.

Os objetivos específicos propostos foram respondidos por meio de métodos quanti-qualitativos. Na etapa quantitativa, realizou-se o estudo documental dos resultados do indicador de absenteísmo-doenças, verticalizando sobre as patologias do Grupo F (T.M.C.). A pesquisa documental sinalizou a *Filial 6* como a área mais crítica, justificando a pesquisa interventiva piloto na etapa qualitativa. Realizou-se entrevistas censitárias, visando a diagnosticar os riscos psicossociais do contexto de trabalho. Os resultados foram legitimados pelos participantes e subsidiaram a etapa de intervenções psicossociais sistêmicas.

O primeiro objetivo específico foi *promover a fala de trabalhadores sobre aspectos da subjetividade e vínculos com o trabalho*. As respostas obtidas sugerem que, acerca da perspectiva trabalho e subjetividade, os entrevistados percebem seu labor unicamente como fonte de sustento. As tarefas são dissociadas de sentido e não conseguem identificar a importância delas para o negócio da *Energix*. Trata-se de uma equipe de trabalhadores cujas atividades são operacionais e de baixa complexidade. Relatam que seu ofício é tão insignificante quanto dispensável. O trabalho traz em seu bojo um comprometimento na autoestima desse trabalhador *invisível*.

Descrever fatores de riscos à saúde dos trabalhadores e à sustentabilidade do negócio foi o segundo objetivo e os resultados obtidos revelam uma precarização das condições de trabalho que infelizmente não se imagina numa empresa de grande porte. São equipamentos, ferramentas, maquinários danificados e sem condições mínimas de uso, sem higienização.

Produtos químicos manuseados de maneira inadequada é uma das respostas obtidas. Expostos ao sol e à chuva, não recebiam protetores e vestimentas adequadas. No entanto, é importante ressaltar que essas condições não refletem a falta de orçamento ou verba, mas dificuldades de gestão. Após apresentação do relatório, cada uma destas e outras falhas foram devidamente sanadas. Aos trabalhadores ficou evidente a importância de sua fala, de suas críticas e sugestões. Muito mais que problemas contornados, sentimentos de pertencimento e de *visibilidade* parecem emergir a partir do processo de intervenção psicossocial sistêmico.

O relacionamento entre os pares era violento e danoso. Pouco solidários entre eles, evidenciam uma competitividade desrespeitosa, que fragiliza ainda mais este coletivo de trabalhadores. Quanto ao modo de gestão, o exercício do poder formal revelou um baixo risco de adoecimento aos subordinados. Nenhum relato denuncia qualquer forma de violência ou tratamento não ético. Uma melhoria identificada foi equilibrar o foco na tarefa e nas pessoas, como reconheceu a gestão. Este

dado revelou-se bastante significativo, uma vez que são incontáveis as pesquisas que sinalizam o abuso de poder como um dos principais fatores de adoecimento no trabalho.

Ainda respondendo ao segundo objetivo, outros fatores do contexto de trabalho que sugerem riscos psicossociais são as regras formais em desacordo às informais, a distribuição inadequada do tempo útil e das tarefas a serem executadas, gerando uma ociosidade excessiva e uma baixa perspectiva de encareiramento.

O último objetivo foi *modelar parâmetros da intervenção psicossocial sistêmica, verificar sua efetividade na gestão do absenteísmo-doença e na promoção de relações socioprofissionais saudáveis*. Em resposta, destaca-se: redução em 39,4% do total de dias perdidos por doenças do Grupo F (CID-10) e em 87% as ocorrências de acidentes de trabalho. Contudo, ainda mais significativo nos resultados obtidos foi que 100% dos participantes passaram a realizar o exame médico periódico que, na *Energix*, o rol de exames custeado excede as exigências legais, conforme demonstrado. Este dado sinaliza a importância de ações socioeducativas para a autogestão da saúde.

Embora extrapolando os objetivos propostos, as intervenções psicossociais no modelo sistêmico contribuíram para identificar oportunidades de melhoria, tanto no contexto de trabalho do setor quanto em políticas e processos de Gestão de Pessoas da *Energix*. Dentre as melhorias implementadas, destacam-se: investir nas relações cliente-fornecedor interno, instituir reuniões periódicas, ações socioeducativas perenes, de *endomarketing* e de reconhecimento. Além disso, contribuiu para a implantação dos projetos de ergonomia e de educação formal para empregados com baixa escolaridade.

Outro dado significativo que extrapolou os objetivos foi a possibilidade de envolver outros profissionais de saúde e, de forma interdisciplinar, cada um contribuir com os resultados obtidos na melhoria da saúde, da segurança e da qualidade de vida.

Ressalta-se ainda que o tema é abrangente e que esse estudo não pretende dar conta de todas as variáveis que impactam na saúde do trabalhador, principalmente quando se pretende identificar fatores de vulnerabilidade ao adoecimento psíquico e que extrapolam o contexto de trabalho. Muito se precisa investigar sobre a temática Saúde Mental e Trabalho (e outros fatores). E, no entanto, a *Intervenção Psicossocial Sistêmica* vem demonstrando ser um modelo exitoso na gestão do absenteísmo-doença e na melhoria da saúde, segurança e qualidade de vida dos trabalhadores de setores sob intervenção, ratificando a importância de compreender e atuar sobre o ambiente laboral.

É certo que não é possível generalizar propostas interventivas nem tão pouco garantir resultados exitosos, conforme descrito neste estudo. Em contrapartida, é ainda mais contundente que

não atuar sobre fatores do trabalho é garantia de um ônus imensurável com os diversos absenteísmos – perdem trabalhadores e perdem empresas.

Ressalta-se, por fim, que o fenômeno do absenteísmo-doença é multifatorial e não se restringe ao contexto de trabalho. E, no entanto, nele é possível identificar oportunidades de melhoria e implementar ações de promoção de saúde, sem perder de vista o custo para a empresa e o respeito, a ética e a dignidade do trabalhador adoecido.

Rio São Francisco

*Humilde como as coisas grandiosas,
Nasces na Serra da Canastra, em Minas,
E em quedas e curvas caprichosas,
Vens desbravando os vales ou campinas.*

*Nas corredeiras, és valente e bravo,
Na cachoeira maior, és majestoso,
E aí trabalhas, oh gentil escravo,
Em nome de um Brasil esperançoso.*

*Depois cansado, mas ainda forte,
Serves de estrada à mais bela coorte
Dos rudes canoeiros do Nordeste.*

*Porém, não és só isso, ainda és mais:
Cobres de adubo os lindos arrozais,
E só depois, enfim, morres a leste.*

Frederico

NASCENTE
RIO SÃO FRANCISCO



ARTIGO 02

ABSENTEÍSMO POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

CALDAS, LAURA PEDROSA¹CALDAS, MARCUS TULIO²

RESUMO

Absenteísmo é um indicador de difícil mensuração e as pesquisas são escassas. A questão norteadora é compreender quais fatores do contexto de trabalho podem ser apontados como nexos causais de doenças do Grupo F (TMC) da CID-10 em trabalhadores à luz de pesquisas sobre a temática? O objetivo geral é analisar as repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores e no contexto laboral. E específicos: apontar ocupações brasileiras que apresentem pesquisas sobre absenteísmo; verificar fatores do trabalho que possam intervir na saúde mental do trabalhador; descrever as patologias prevalentes nas pesquisas e as queixas de trabalhadores identificados; identificar repercussões possíveis do absenteísmo às organizações e à sociedade; e demonstrar a metodologia utilizada nas pesquisas analisadas e as oportunidades de melhoria identificadas, implementadas ou não. Artigo de revisão da literatura com o método exploratório-descritivo. A amostra documental inicia com a obra ‘Doenças dos Trabalhadores’, de Ramazzini (1700) e publicações entre a década de 1980 até 2014. Critérios de inclusão: artigos na íntegra, no período definido, encontrados em Revistas de Saúde. Critérios de exclusão: pesquisas anteriores ao período, realizadas em empresas estrangeiras, sobre doenças que não pertencem ao Grupo F (CID-10), incompletas ou abordadas como subtema ou tema indireto. Descritores: absenteísmo, doença ocupacional, licença médica, psicologia do trabalho, risco psicossocial, saúde mental e trabalho, TMC. Identificaram-se 8.567 publicações nas bases da Biblioteca Virtual de Saúde; dessas, 777 foram realizadas no Brasil; e 31 foram analisadas e citadas neste artigo. Os resultados apontam a Enfermagem como a profissão com maior número de pesquisas e algumas com servidor público, policial, docente, motorista e bancário; violências e a precarização das condições de trabalho respondem pelo nexo causal do trabalho; depressão, ansiedade, uso abusivo de substâncias psicoativas são as patologias prevalentes de absenteísmo; as repercussões às organizações mais citadas são da ordem econômica e financeira e o ônus aos cofres públicos com a concessão de benefícios pela Previdência social, à sociedade. As mulheres na faixa etária entre 30 e 45 anos são mais vulneráveis, ressaltando o recorte de gênero. O método prioritário nas pesquisas é quantitativo, já os qualitativos incluem triangulação de métodos. As sugestões mais frequentes para a gestão ou redução do absenteísmo por TMC é o diagnóstico organizacional e dos riscos psicossociais, além de intervenções no contexto laboral.

Palavras-chave: Absenteísmo; Transtornos Mentais e Comportamentais; Contexto do Trabalho.

¹Doutoranda e Mestre em Psicologia, com ênfase na Clínica das Instituições. Especialista em Gestão de Equipes, Dinâmica de Grupo (UNICAP) e Psicologia Organizacional e do Trabalho (CRP/02). Psicóloga (*ENERGIX*). Perita (TRT-06). Coordenadora do Núcleo de Psicologia (Faculdade Redentor/RJ IDE Pós Graduações) e Docente em IES.

²Doutor em Psicologia pela Universidade de Deusto, Espanha. Graduação em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, UFF. Professor Adjunto II (UNICAP). Docente convidado em IES.

ABSTRACT

Absenteeism is a difficult indicator to measure and research is scarce. The guiding question is to understand which factors of the work context can be pointed as causal link of ICD-10 Group F (TMC) diseases in workers in the light of research on the subject? The general objective is to analyze the repercussions of absenteeism due to TMC in workers and in the work context. And specifics: point out Brazilian occupations that present research on absenteeism; verify factors of work that may interfere in the mental health of the worker; describe the prevalent pathologies in the research and the complaints of identified workers; identify possible repercussions of absenteeism on organizations and society; and demonstrate the methodology used in the research analyzed and the opportunities for improvement identified, implemented or not. Literature review article with the exploratory-descriptive method. The documentary sample begins with Ramazzini's 'Workers' Diseases' (1700) and publications between the 1980s and 2014. Inclusion criteria: Full articles, within the defined period, found in Health Journals. Exclusion criteria: pre-period research conducted in foreign companies on diseases that do not belong to Group F (CID-10), incomplete or addressed as a sub-theme or indirect theme. Keywords: absenteeism, occupational disease, sick leave, work psychology, psychosocial risk, mental health and work, TMC. 8,567 publications were identified in the databases of the Virtual Health Library; of these, 777 were performed in Brazil; and 31 were analyzed and cited in this article. The results indicate nursing as the profession with the largest number of researches and some with public servants, police officers, teachers, drivers and bankers; Violence and precarious working conditions account for the causal nexus of work; depression, anxiety, substance abuse are the prevalent pathologies of absenteeism; the repercussions for the most cited organizations are of the economic and financial order and the burden to the public coffers with the granting of benefits by the Social Security, to the society. Women aged 30 to 45 are more vulnerable, highlighting the gender gap. The priority method in research is quantitative, while qualitative methods include triangulation of methods. The most common suggestions for managing or reducing absenteeism due to TMC is organizational and psychosocial risk diagnosis, as well as workplace interventions.

Keywords: Absenteeism; Mental and Behavioral Disorders; Work Context.

INTRODUÇÃO

O trabalho, inerente à condição humana, tem um significado dinâmico, complexo e singular; e o trabalhador, agente que constrói e reconstrói esse sentido ao longo de sua história, tem uma significância ímpar e subjetiva de seu trabalho. Em tese, o trabalho propicia a obtenção de recursos à manutenção do obreiro e sua família; é fonte de prazer, orgulho, satisfação e realização, principalmente quando o trabalhador encontra identificação com seu ofício (Albornoz, 1994; Titoni, 1994; Borges-Andrade e Yamamoto, 2004, Caldas, 2007).

Eventos drásticos ou inesperados, tais como falência, incorporação, fusão e mudanças no negócio, impactam sobremaneira no contexto de trabalho. A carência de uma gestão nas mudanças organizacionais provoca um estado constante de incertezas e prejudica o desempenho de cada trabalhador. A busca contínua por produtividade e da excelência, repercute na cultura organizacional e na relação trabalhador-trabalho. Além disso, exige constante remodelagem dos cargos, enriquecimento de tarefas e, em muitos casos, a extinção de postos de serviço. (Borges e Yamamoto, 2004).

Essas profundas transformações nas relações sociais de trabalho e as crises nos modos de produção, configuram paradoxos nas formas de aumentar a produtividade, de gerir os negócios. Esses e outros fatores contribuem para aumentar as precarizações no trabalho, os modos de gestão e as relações socioprofissionais danosos e violentos, além de outros fenômenos organizacionais prejudiciais a todos os atores sociais envolvidos. Nessa perspectiva, o trabalho impacta no modo de viver e de exercer o ofício de cada trabalhador. Produz, na maioria das vezes, vivências de sofrimento que, prolongadas no tempo, tornam-se fontes de adoecimento. Desde os estudos mais remotos é recorrente apontar o nexo causal entre a doença do trabalhador e seu labor. É certo que o primeiro precisa se adaptar continuamente às exigências e às mudanças do segundo, mesmo em detrimento de sua vontade e de seu anseio profissional. Em contrapartida, o negócio nem sem consegue auferir lucros com o desgaste, o sofrimento físico e psicossocial do trabalhador, inclusive quando adoece ou mesmo com a sua morte. (Ramazzini, 1700; Barreto, 2003; Caldas, 2007; Dejourns, Aboucheli e Jayet, 2010).

Enquanto o empregador exige dedicação em tempo integral e uma jornada plenamente útil, ao coletivo de trabalhadores resta encontrar alternativas para se adaptar, para enfrentar o desamparo e as dificuldades e, principalmente, não adoecer. Do contrário, corre o risco de aumentar o absenteísmo e tornar-se vulnerável a um trabalho ainda mais precarizado ou mesmo ao desemprego (Couto, 1987; Alves 1995; Alves, Godoy e Santana, 2006).

Absentismo, Ausentismo ou Absenteísmo, termo mais comum, pode ser compreendido como a ausência do trabalhador de seu posto de trabalho, ou seja, a não assiduidade laboral. (Quick e Lapertosa, 1982; Bulhões, 1998; Couto, 1987; Alves, 1995; Alves, Godoy e Santana, 2006; Chiavenato, 2014).

Dentre os motivos, é recorrente o absenteísmo-doença, ou seja, o afastamento em razão de patologias e mediante a apresentação de atestado médico. Este artigo enfatiza, entre as doenças que provocam absentismo, aquelas relacionadas aos TMC (Quick e Lapertosa, 1982; Couto, 1987; Alves, 1995; e OMS, 2003).

A questão norteadora é compreender quais fatores do contexto de trabalho podem ser apontados como nexos causais de doenças do Grupo F (CID-10) em trabalhadores à luz das pesquisas analisadas? Para responder a problemática proposta, definiu-se como objetivo geral analisar as repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores e no contexto laboral. E específicos: apontar ocupações brasileiras que apresentem pesquisas sobre absenteísmo; verificar fatores do trabalho que possam intervir na saúde mental do trabalhador; descrever as patologias prevalentes nas pesquisas e as queixas de trabalhadores identificados; identificar repercussões possíveis do absenteísmo às organizações e à sociedade; e demonstrar a metodologia utilizada nas pesquisas analisadas e as oportunidades de melhoria identificadas, implementadas ou não.

Uma das justificativas deste artigo é proporcionar ao leitor uma revisão crítica da literatura encontrada sobre o fenômeno do absenteísmo, a partir do método exploratório-descritivo. As pesquisas sobre Saúde Mental e Trabalho sinalizam a possibilidade de novos e mais aprofundados estudos sobre a temática.

O estudo da demanda trabalhador *versus* saúde *versus* trabalho tem sido tema transversal das denominadas *Clínicas do Trabalho*. As convergências entre a Psicossociologia do Trabalho, a psicodinâmica do Trabalho, a Clínica da Atividade e a Ergologia parecem centrar-se na saúde do trabalhador, na subjetividade e no trabalho. Por outro lado, divergem epistemológica, teórica e metodologicamente, bem como apontam conceitos distintos acerca de trabalho e de subjetividade (Bendassolli e Soboll, 2011).

Este artigo pretende demonstrar a relevância da análise de pesquisas publicadas nas bases Bireme, Medline, Pubmed, Scielo e Lilac (Biblioteca Virtual de Saúde). Justifica-se a revisão da literatura sobre os fatores preditores do contexto de trabalho que possam apontar riscos psicossociais e, a partir dos resultados coletados, identificar estratégias de intervenções que possam minimizar danos de toda ordem na relação laboral.

Esta pesquisa é ainda relevante pela possibilidade de ampliar o conhecimento sobre a ausência do trabalhador de seu posto de trabalho e suscitar que novas pesquisas emergjam, uma vez que muitas são as lacunas sobre as questões laborais e os fenômenos que provocam absenteísmo por TMC; assim como as causas, as repercussões, os custos visíveis e invisíveis, além de critérios mais fidedignos de mensuração do absenteísmo.

Para responder à questão norteadora e atender aos objetivos propostos, este artigo inicia com a revisão da obra de Ramazzini (1700), provavelmente o primeiro estudo estruturado sobre as doenças dos trabalhadores da História, demonstrando seus achados.

Em seguida, serão abordados conceitos, tipologias, indicadores, causas e possíveis repercussões do absenteísmo por TMC. Serão analisadas pesquisas consideradas relevantes por permitirem delinear uma revisão da literatura sobre doenças mentais de trabalhadores e onexo causal do contexto de trabalho, em obras publicadas entre as décadas de 1980 e 2014.

SIM! TRABALHO ADOECE: CONTRIBUIÇÕES DE RAMAZZINI

“Quando estiver na cabeceira da cama de seu paciente, não esqueça de perguntar-lhe onde trabalha, para saber se na fonte de seu sustento não se encontra a causa da sua enfermidade”
(Ramazzini, 1700, p. 36)

Com esta recomendação, o médico Bernardino Ramazzini sinaliza, ainda na década de 1700, onexo causal entre o trabalho e a saúde dos operários. Sua obra “As Doenças dos Trabalhadores” é famosa e referência até hoje, legitimando-o como Patrono da Medicina do Trabalho. Catedrático em Medicina, sugere aos discentes e colegas questionarem a cada paciente: “*que arte exerce?*”. Com essa proposição reforça sua preocupação com a classe proletária.

A obra é um tratado das doenças prevalentes em determinadas categorias ocupacionais. Até onde se tem conhecimento, é o primeiro compêndio sobre doenças ocupacionais. Suas preocupações com a temática estimulam estudos que embasam a Medicina do Trabalho e outras ciências, inclusive a Psicologia, até hoje.

Ramazzini (1700) explica que o trabalho vai além de um sentido de produção, de realização, de entrega. Evidencia a possibilidade da atividade laboral produzir doenças. Para conhecer as patologias comuns a cada ofício, é preciso conhecer o trabalho do obreiro e possíveis vulnerabilidades condicionados ao quadro mórbido. Para Ramazzini (p. 280),

...os governos bem constituídos têm criado leis para conseguir um bom regime de trabalho, pelo que é justo que a arte médica se movimente em favor daqueles que a jurisprudência considera com tanta importância, e empenhe-se (...) em cuidar da

saúde dos operários, para que possam, com segurança possível, praticar o ofício a que se destinaram.

Em seu Tratado, reverencia governos com regimes trabalhistas mais humanizado. Sugere aos colegas médicos – e pratica – avaliar *in loco*, os postos de trabalho, por mais sujos e repugnantes, identificar nuances de cada ofício, diagnosticar riscos e tratar as patologias recorrentes.

Segundo o autor, jamais se sentiu diminuído ou ultrajado ao visitar locais de trabalho insalubres, penosos e de precarização ínfima, tais como: oficinas, minas de carvão, cemitérios, cloacas e até latrinas. Não teme se expor a diferentes agentes nocivos: químicos, físicos, mecânicos, biológicos e até ergonômicos. A medida em que conhece a realidade dos operários, repudia ainda mais os aspectos desumanos e humilhantes do trabalho que comprometem sobremaneira a saúde mental da classe operária, submetida a condições ultrajantes impostas pelas classes sociais privilegiadas.

Orienta seus discentes e colegas sobre a importância de aprofundar a anamnese. Sugere que a entrevista contemple quesitos relacionados ao labor, registrando os dados coletados no prontuário clínico. Desse modo, é possível subsidiar hipóteses diagnóstica do trabalhador adoecido e ainda categorizar patologias por profissões.

Ramazzini (1700) preocupou-se com fatores laborais que são problemáticos até hoje e que repercute indelével à saúde do trabalhador e ao próprio trabalho. Descreve procedimentos de atividades laborais, a modelagem de cargos, estrutura condutas durante as visitas aos locais de trabalho. Além disso, cria protocolos de diagnóstico e prognóstico de sintomas e malefícios que podem acometer e prejudicar a vida do trabalhador e impedi-lo de exercer seu ofício; enfim, pesquisa fatores que possam estabelecer o nexo causal de doenças ocupacionais ou profissionais.

Com essa visão holística e generalista da relação saúde-doença, mapeia o perfil de adoecimento de 60 profissões penosas. O Quadro 01, a seguir, exemplifica seu Tratado acerca do absenteísmo e sua contribuição às pesquisas emergentes.

PROFISSÕES	DOENÇAS OCUPACIONAIS
Gesseiro	Respiratória, coluna, asma, aparência caquética, úlcera, psoríase
Cloaqueiro	Cegueira e pulmonar
Azeiteiro e Queijeiro	Cefaleia, vômito, tosse, dispneia, nevralgias, vertigem, dor no peito
Trabalho com Fumo	Cefaleia, vertigem, náusea, pulmonar, asma, hemorroida
Coveiro	Doenças Funestas
Padeiro	Garganta, dermatológica, pulmonar e estômago
Lavadeira	Dermatológica, descontrola na menstruação, dispneia, inflamações, febre
Salineiro	Estômago, compulsão alimentar, pútridas, chagas nas pernas
Carpinteiro, Podador, Escultor, Pedreiro (Trabalho em Pé)	Distensão muscular, expelem sangue, varizes, osteomusculares
Pescador	Insônia, pneumonia, tosse, dispneia
Tipógrafo	Osteomusculares, pneumonia, nos olhos
Tecelão	Aborto espontâneo, alteração no fluxo menstrual, osteomuscular e cegueira

Quadro 01: Doenças dos Trabalhadores (Ramazzini, 1700)

Por outro lado, Ramazzini (1700) menciona e justifica a responsabilidade do empregador sobre a saúde dos trabalhadores subordinados. Enfatiza os custos do adoecimento que recai tanto no negócio quanto no obreiro, tornando-o inválido e até provocando sua morte.

À frente da prática médica de seu tempo, extrapola o caráter curativo com orientações preventivas, inclusive quanto ao uso de Equipamentos Individuais e Coletivos de Proteção (EPI e EPC), tais como: obturar os ouvidos com algodão para proteger a audição de ruídos, usar óculos para manter a acuidade visual ou, ainda, enfaixar o ventre para evitar hérnias.

Fundamenta a Patologia do Trabalho ou Tecnopatia – doenças adquiridas em razão da precarização ou condições específicas de trabalho. Sua obra enfatiza o esforço físico de parteiras, tecelões, carpinteiros, ferreiros, pedreiros e o comprometimento osteomuscular. Relaciona as atividades sedentárias que exige atenção às minúcias, que provocam *stress* e cansaços físico e psicológicos. Nesses casos, recomenda exercício físico regular, denotando uma preocupação com questões ergonômicas e a importância do que viria a ser a ginástica laboral.

Vai buscar nos ensinamentos de Hipócrates, Pai da Medicina, a base de uma prática médica ética e humanizada. Ressalta o aspecto social associado à razão maior da profissão – curar e salvar vidas. Uma prática médica que seja capaz de socorrer pessoas, independente de condições socioeconômicas ou da possibilidade de retorno financeiro.

A Medicina social deve ser um valor dos profissionais diante do paciente-trabalhador-adoecido. Apesar das condições diversas e adversas do exercício profissional, o médico não pode reagir indiferente diante da dor do outro. Pelo contrário, é preciso ouvir, atentar, sentir e até perceber as falas silenciosas de quem está demandando cuidado; suas queixas, receios e sofrimento. Somente após esse contato com a pessoa a sua frente, ‘paciente’, é possível emitir um receituário.

Conta que, ao observar o ritmo acelerado com que um cloaqueiro esvaziava a cloaca ou fossa em sua residência, questionou porque a ansiedade por concluir a tarefa. E ouviu do operário: *‘ninguém que não tenha experimentado, imagina quanto custa permanecer neste lugar durante mais de quatro horas, pois ficaria cego’* (1700, p. 30). A partir desse depoimento que tanto o impactou, Ramazzini passa a observar, seletivo, operários quase cegos, mendigando nas ruas. A imagem daquele limpador de fossa o acompanha e influencia sua prática médica, socialmente atuante, identificando em cada ofício as doenças prevalentes.

As contribuições de Ramazzini (1700) não encerram nas patologias descritas até aqui. Aponta estudos com profissões e a causalidade de doenças mentais. Ao mencionar alguns sintomas isolados ou quadros de transtornos mentais e comportamentais, sinaliza direções de cuidado. Descreve o adoecimento dos douradores ou ourives, que relatam uma forte angústia, um humor excitado e confusão mental. Já os oleiros, em contato com substâncias metálicas, apresentam sinais de demência. Sintomas de ansiedade é comum entre os estanhadores, enquanto que os pintores denotam sintomas de melancolia, atribuída ao sedentarismo e ao isolamento social a que são submetidos.

Refere também ao torpor e à apatia de farmacêuticos, provavelmente relacionados ao uso de ópio. Grave é a condição dos pisoeiros, profissionais responsáveis por retirar manchas das túnicas de linho branco dos nobres. Expostos à fumaça de enxofre queimado, apresentam doenças neurológicas a maioria fica louco. Estuda a conduta histérica e a labilidade emocional, desde a tristeza taciturna à alegria e à euforia extrema das nutrizes – mulheres que amamentam por profissão.

Os Militares chamam sua atenção quanto à correlação entre o poder do cargo e as doenças mentais evidenciadas. A disciplina militar, a dignidade, a superioridade e os riscos iminentes de morte no campo de batalha, são condições que impõe à categoria toda sorte de doenças, assim como de transtornos mentais, principalmente perturbação emocional, embotamento afetivo, inquietação, delírio, angústia e pensamentos recorrentes sobre tragédias. Segundo Ramazzini (1700, p. 212), “se a angústia o vence e a ela se junta o desânimo, levando seu pensamento para objetos desagradáveis e tristes, para tragédias, tanto quanto possível, abre-se cada vez mais o caminho para a doença”.

Duas outras categorias com diagnóstico de doenças mentais são os escribas e notários, responsáveis por redigirem, de próprio punho, as missivas de monarcas e senhores. Esses obreiros passam por grande tortura mental, não apenas pelo número exorbitante de cartas que escrevem, mas em razão do teor dos relatos, maldizendo, assim, seu trabalho.

Sobre a profissão docente, afirma: “enquanto se entregam imoderadamente ao estudo, enfermam seu corpo, adaptando-o para sustentar os movimentos da alma e do espírito”

(Ramazzini, 1700, p. 223). Com essas palavras, descreve o sofrimento dos literatos e professores que trabalham compulsivamente, visando a ganhar dinheiro o suficiente para suprir suas necessidades básicas, enquanto o excesso de dedicação ao exercício cognitivo leva paulatinamente ao sedentarismo e o comprometimento da saúde. Embora sem enfatizar os danos psicossociais do trabalho docente, prediz que os intelectuais, com o tempo, passam a apresentar comportamentos taciturnos, ásperos e melancólicos. Em geral, são tristes ou se tornam tristes em razão do exercício mental constante que embota suas relações sociais.

Outra questão de repercussões indelévels no e do contexto de trabalho está relacionada ao uso abusivo do álcool e outras drogas. Ramazzini (1700) já tratava do tema e relatava sinais de embriaguez e danos à saúde dos vinhateiros, cervejeiros e dos destiladores. Até mesmo os trabalhadores abstêmios apresentavam sintomas semelhantes aos usuários, mesmo sem a ingestão de qualquer bebida alcoólica, são acometidos de demência e vertigens, com sinais severos de tristeza. Menciona também os saboeiros. Devido ao calor excessivo do fogo na fábrica, esses trabalhadores saíam com seus corpos quentes e sedentos e vão saciar a sede nas tabernas, com vinho. Essa rotina, associada à alimentação deficiente, leva-os à dependência química.

Apesar dos protocolos descritos por Ramazzini em sua obra, persistem até hoje lacunas que demandam pesquisas mais aprofundadas apontando os riscos psicossociais prevalentes por categorias profissionais, assim como propostas de diagnóstico do contexto de trabalho e a possibilidade de realizar intervenções que possam minimizar impactos na saúde mental dos trabalhadores.

Os dados visionários do médico Ramazzini sinaliza uma relação sistêmica entre trabalho, saúde do trabalhador e repercussões na sociedade e nos cofres públicos. Seu estudo delimita a teoria de nexos, seja o trabalho a causa ou a concausa (razão indireta) de adoecimento. Os dados registrados nos Anuários Estatísticos da Previdência Social (AEPS) e o Decreto nº. 6042/07 do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) que estabelecem o Nexos Técnico Epidemiológico (NTEP) e o Fator Acidentário Previdenciário (FAP) são informações legais que evidenciam o crescimento anual de benefícios pagos aos trabalhadores acometidos por doenças mentais ocupacionais, de um lado; e a resistência de reconhecimento dos empregadores, do outro.

No entanto, os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do contexto laboral apontam o maior número de subnotificações da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Chega ao patamar de aproximadamente 90% de benefícios pagos pelo INSS não registrados ou reconhecidos pelos empregadores.

As políticas do Ministério da Previdência Social (MPS) visam incentivar a prevenção dos acidentes e das doenças do trabalho mediante a redução das alíquotas de contribuições sociais e tributárias sobre um percentual da folha de pagamento. E a punição daquelas que têm acidentes acima da média, pagando alíquotas em dobro. Esse tratamento mais legalista dos impactos negativos sobre o trabalhador é emergente, assim como o investimento em políticas de segurança do trabalho e de prevenção, recuperação e promoção de saúde e qualidade de vida no trabalho.

Após debruçar sobre “As Doenças dos Trabalhadores” de Ramazzini (1700) e descrever algumas contribuições de sua obra nas políticas públicas de saúde, esse artigo fundamenta a temática do absenteísmo, conceito, tipos, causas, impactos e propostas de modelo de gestão visando a oportunidades de melhoria no contexto laboral.

ABSENTEÍSMO COMO FATOR DE AUSÊNCIAS LABORAIS

Rodriguez e Garcia (1996) comentam a definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948), que não se restringe à ausência de enfermidades e, embora utópico, conceitua saúde como completo bem- físico, mental e social. Os autores criticam o conceito incipiente, reducionista e um ideal inalcançável, que exclui o ser social e a sociedade. Explicam que a saúde não inclui o sentido abrangente de bem-estar, mas qualidade de vida inclui a saúde, chamando atenção aos fatores socioeconômicos não restritos ao indivíduo, numa perspectiva biopsicossocial.

A própria OMS amplia, 40 anos depois, esse conceito e inclui os grupos sociais, além da capacidade dos indivíduos em realizar suas aspirações e mudar ou enfrentar o contexto ao qual está inserido. Traz um enfoque mais holístico à saúde, incluindo fatores ambientais, sexuais, afetivos, intelectuais, espirituais e financeiros, além dos sociais e econômicos. Sugere que é dever das nações garantir saúde à população como um direito fundamental e essencial ao desenvolvimento de um país (OMS, 1997).

No Brasil, a saúde é um direito social assegurado na Carta Magna de 1988. É dever do Estado garantir aos brasileiros o acesso universal e igualitário dos serviços de saúde. Adere à Carta de Ottawa (1986), proposta na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, cujo objetivo é reduzir riscos de doenças e outros agravos, recuperar a saúde, orientar a autogestão da saúde e ações que favoreçam o bem-estar de cada pessoa e da coletividade.

A dimensão conceitual de saúde tem uma perspectiva holística e, quando uma das dimensões falha, instala-se a enfermidade e afeta o indivíduo em todas as esferas, inclusive profissional, cujo trabalho também pode provocar absenteísmo.

Segundo o dicionário de Ferreira (1986, p. 3), a etimologia da palavra *absenteísmo* remete ao latim, onde *absens* significa "estar fora, afastado ou ausente". Assis (2005) comenta a origem, fazendo referência à palavra *absentéisme*, que significa a falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais. É a abstenção do trabalhador, incluindo os períodos perdidos na jornada prescrita. Segundo o autor, o termo, no início, fazia menção aos proprietários rurais que migravam do campo para a cidade. É na Revolução Industrial que o termo *absenteísmo* passa a referir as faltas ao trabalho.

Absenteísmo, *ausentismo* ou *absentismo* remetem à frequência ou tempo em que os trabalhadores não comparecem ao trabalho, a soma dos períodos de abstenção, incluindo as horas e/ou dias perdidos na jornada legalmente determinada. É a ausência laboral atribuída à incapacidade do trabalhador, às dificuldades ou impedimentos em comparecer ou permanecer no trabalho, independente da razão, embora não considerem os tipos de faltas possíveis (Quick e Lapertosa, 1982; Couto, 1987; OIT, 1991; Milkovich e Boudreau, 2011; Assis, 2005; Chiavenato, 2014; e Cáscio e Boudreau, 2010).

Graça (2002) pontua a ausência numa perspectiva psicossociológica, enfatizando o comportamento individual. A empresa, em geral, não prevê o *absenteísmo* que remete às relações sociais e coletivas no trabalho, exclui fenômenos relacionados ao modo de gestão, à própria organização e a suas políticas, inclusive de Gestão de Pessoas.

Cáscio e Boudreau (2010) classificam o *absenteísmo* em duas vertentes: (1) é fator determinante quando os custos e o cronograma de trabalho são relevantes; e (2) a ausência do trabalhador, sob a perspectiva econômica, é irrelevante desde que as atividades sejam cumpridas no prazo, na quantidade e na qualidade estabelecidas.

A lógica do *absenteísmo* nas organizações é identificar suas razões e repercussões. É um indicador de impacto quando considera a redução na produtividade esperada ou o aumento no custo planejado com o quadro de pessoal em relação à produção indicada.

Na perspectiva do trabalhador, o trabalho, fonte de sustento e de realizações, também pode repercutir negativamente, tendo em vista a precarização das condições e da organização do trabalho, além das relações socioprofissionais e do modo de gestão que se estabelecem no contexto laboral.

A literatura revisada aponta os tipos de *absenteísmo*, mas a frequência maior é aquele comprovado mediante apresentação de atestados médicos. Mas são escassos os estudos estatísticos e epidemiológicos que verticalizam sob as ausências laborais motivadas pelos TMC, um dos objetivos deste artigo.

TIPOS DE ABSENTEÍSMO

Quick e Lapertosa (1982) dividem o absenteísmo em quatro tipos: voluntário, legal, compulsório e por doença. O primeiro, não justificado, é caracterizado pela liberalidade do trabalhador em se ausentar das atividades por razões particulares; o legal é direito do trabalhador e refere às faltas amparadas por lei (licenças maternidade, paternidade, gala ou nojo, por prestação de serviço eleitoral); o compulsório ou ausência imposta é o impedimento em comparecer ao trabalho (prisão do trabalhador, convocação para serviços militar, eleitoral e júri, ou medida disciplinar de suspensão imposta pelo empregador); e por doenças, dividido em patologia ocupacional (doenças adquiridas por razões laborais ou por acidente de trabalho) e assistencial (inclui todas as doenças ou procedimentos médicos, independentemente de ter ou não relação com o trabalho).

Entre os tipos de absenteísmo, a maior parte das ausências ao trabalho é justificada por atestados médicos. As doenças do Grupo F do CID-10, objetivo desse artigo, é a terceira maior causa de afastamentos nos últimos anos, segundo os relatórios do Anuário Estatístico da Previdência Social.

Trata-se de um fenômeno multifatorial cuja causa vai além da incapacidade do trabalhador. Para compreender o absenteísmo em sua totalidade, é importante identificar causas prováveis, o que permite avaliar e intervir em repercussões, tanto para o trabalhador quanto para a organização.

CAUSALIDADES DO ABSENTEÍSMO

São incontáveis e multifatoriais as causas do absenteísmo. Para uma compreensão e análise mais profunda sobre o fenômeno, é necessário agrupar em fatores as causas que contribuem para as ausências dos trabalhadores de seus postos de trabalho. Evitáveis ou não, podem ocorrer por fatores pessoais, relacionados à subjetividade e à personalidade de cada trabalhador, considerando questões relacionadas à idade e ao gênero. Pode estar relacionada a problemas na dinâmica familiar, demandas legais, eventos significativos, problemas de transportes, convocação do serviço militar, participação em júri ou eleitoral e até prisão do trabalhador. (Couto, 1987; Bulhões, 1998; Silva e Marziale, 2003; Robazzi e Marziale, 1990; Culp, 1992; Alves, Godoy e Santana, 2006; Alves, 1995; Chiavenato, 2014; Cascio e Boudreau, 2010).

O Quadro 02 adiante agrupa as principais causas de acordo com os principais autores, ampliando o nível de complexidade do tema, de acordo com os modelos e processos geridos na ambiência organizacional.

AUTORES	CAUSAS	EXEMPLOS
Souto (1980)	Conhecidas	Férias, casamento, nascimento, óbito.
	Ignoradas	Problemas de saúde do trabalhador ou dependentes, comprovadas ou não por atestados médicos.
Bulhões (1986)	Computadas nos indicadores	Doenças, acidentes, problemas familiares, cursos fora da empresa, licença maternidade e paternidade, formalidades judiciais.
	Não computadas	Greve legal, cursos dentro da empresa, repouso semanal ou compensado, férias e feriados.
Chiavenato (2009)	Incapacidade ou impedimento profissional	Doenças, acidentes, problemas familiares, transporte.
	Insatisfação ou desmotivação do obreiro	Percepção de justiça (injustiça) sobre as políticas de Gestão de Pessoas (recompensa, promoção, avaliação de desempenho, carreira e educação corporativa)

Quadro 02: Causas de absenteísmo no trabalho (construído pelos autores).

Couto (1987) agrupa as causas nos fatores social, cultural, de personalidade, de doenças e do trabalho. Parece não existir uma relação precisa de causa e efeito, mas um conjunto de variáveis podem levar ao absenteísmo. Corroborando com este pensamento, Otero (1993) refere que o absenteísmo depende de sua origem e, portanto, sua etiologia é considerada multifatorial. Por outro lado, demanda ainda publicações que possibilitem compreender a causalidade numa perspectiva sistêmica, a realidade de trabalho impacta e é afetada pelo trabalhador, por sua singularidade e seu estilo de vida.

São considerados fatores sociais as condições econômicas (a oferta de mercado e taxas de desemprego), de moradia, a dinâmica familiar e até hábitos de higiene pessoal dos trabalhadores. Já os fatores culturais estão relacionados aos hábitos e aos costumes de uma sociedade, que se modificam ao longo da história, assim como as especificidades regionalizadas, a exemplo do futebol, carnaval e festividades religiosas, dentre outros.

Alves (1995) considera o trabalhador de forma holística, não se restringindo ao vínculo que estabelece com seu ofício. Merece destaque também o perfil e a estrutura de personalidade do trabalhador, a história de vida, a realidade pessoal e familiar, bem como suas crenças, valores e condutas, considerando aspectos de gênero, idade, orientação sexual, etnia, dentre outros fatores. Hackman e Oldham (1992, *apud* Alves, 1995), em sua pesquisa, verificam que trabalhadores orientados por uma ética religiosa tendem a apresentar um baixo absentismo, assim como aqueles que ocupam ou almejam ocupar um cargo estratégico na empresa. Esses dados sugerem a importância em compreender o sentido que o trabalho tem para cada trabalhador, uma vez que a redução do absenteísmo pode ser influenciada pelo sentimento de bem-estar, de satisfação e de comprometimento com a atividade e com a empresa.

O maior índice do absenteísmo é por doenças comprovadas por atestados médicos e/ou psicológicos. As faltas podem ser extra laborais: patologias assistenciais, de origem genética, prevalentes na história de vida do indivíduo e independentes do trabalho; e peri laborais: por patologias laborais, profissionais ou ainda ocupacionais, cujo nexos causal é o contexto de trabalho ou se manifesta em razão de fatores preexistentes, como a predisposição às doenças crônicas ou à determinada patologia, tornando o trabalho, neste caso, concausa de adoecimento e de absenteísmo. (Couto, 1987; Culp (1992); Otero (1993); Alves, 1995; Silva e Marziale (2000); Chiavenato, 2014; Cascio e Boudreau, 2010; Alves (1995 in Sampaio (org.), 2004).

A Portaria Interministerial n.º 800 (Brasil, 2005), proposta na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, aponta o perfil de morbidade dos trabalhadores brasileiros, caracterizado pela coexistência de agravos relacionados ao trabalho. Segundo o relatório, “os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis”. (p.180). Sugere aos profissionais de saúde contribuir para alterar o perfil de sofrimento e de adoecimento dos trabalhadores. O relatório aponta encaminhamentos que possibilitam medidas de prevenção e responsabilização dos empregadores, garantindo o efetivo reconhecimento dos direitos dos trabalhadores. Justifica que os dias perdidos por absenteísmo eleva o custo de mão de obra no Brasil e, por conseguinte, a produção, reduzindo os lucros e a competitividade.

É importante realizar pesquisas e contribuir para identificar fatores de nexos causal entre o trabalho e os agravos à saúde do trabalhador, novas tecnologias de saúde e segurança, além de métodos e modelos que possam contribuir para a gestão do absenteísmo-doença. Além disso, é importante investir no diagnóstico de riscos psicossociais do trabalho e intervir nas causas multifatoriais do absenteísmo, considerando aspectos de cada trabalhador, das equipes de trabalho e da própria organização. Zanelli (2010) e Cascio e Boudreau (2010)

ABSENTEÍSMO-DOENÇA E O NEXO CAUSAL LABORAL

Conforme discutido anteriormente, são muitas as controvérsias e as dificuldades para estabelecer o nexos causal entre o trabalho e as doenças dos trabalhadores, embora seja possível estabelecer essa correlação. Para tanto, é importante investigar três fatores imbricados nessa causalidade.

O primeiro fator é a organização: a cultura organizacional, principalmente o modo de gestão predominante, as redes de poder e o corporativismo entre seus membros, as políticas de gestão de

pessoas, condutas éticas praticadas e o *compliance*³, a prevenção e o enfrentamento das situações de conflito e outras formas de violência no trabalho. Além dos aspectos do comportamento organizacional, também importante considerar a gestão do absenteísmo ou segundo fator, destacando o acompanhamento e o controle das ausências, o estudo epidemiológico principais grupos de patologias prevalentes, a mensuração das razões que motivam cada falta.

O trabalhador adoecido é o terceiro fator para uma avaliação mais precisa do nexo de causalidade doença e trabalho. É necessário coletar informações sobre seu absenteísmo, sobre aspectos relevantes (positivos ou não) sobre sua carreira, tais como avaliação de desempenho, compatibilidade entre sua competência e o cargo e função que exerce, medidas disciplinares aplicadas, treinamentos realizados. Também é preciso realizar uma avaliação das condições de saúde física (doenças preexistentes, hereditárias, adquiridas no trabalho) e mental (avaliação psicológica, considerando a estrutura e a psicodinâmica da personalidade, fatos relevantes das fases do desenvolvimento, dinâmica familiar, doenças mentais hereditárias, transtornos mentais e comportamentais preexistes. (Caldas, 2007; Caldas, e Bispo, 2006; Hoverstad e Kjolstad, 1992 apud Alves, Godoy e Santana, 2006; Alves, 2004; e Cascio e Boudreau, 2010).

Aos correlacionar esses três fatores: o contexto organizacional, a gestão do absenteísmo e do trabalhador, não se pode perder de vista o sofrimento psíquico e razão da imposição de sentidos ou a sujeição da subjetividade e o trabalho como forma de dominação ou de violência. A partir da análise dos impactos desses aspectos na condição de saúde desse trabalhador, é possível também encontrar saídas para minimizar seu sofrimento e, conseqüentemente, sua vulnerabilidade aos agravos a sua saúde mental (Gaulejac, 2005; Aubert e Gaulejac, 2007)

Dejours, Aboucheli e Jayet (2010) diferenciam o contexto de trabalho em: condições e a organização do trabalho e as relações socioprofissionais, que incluem o modo de gestão. As condições de trabalho são formadas pela matéria-prima, ferramentas, infraestrutura (mobiliário, maquinário), ruído, iluminação, higiene, temperatura, dentre outras. A organização do trabalho está relacionada à distribuição e ao valor social de cada tarefa, a sobrecarga de trabalho, o ritmo e o tempo de jornada, dentre outros. As relações socioprofissionais incluem as interações entre pares, entre as equipes, as relações com agentes externos (cliente, fornecedor, fiscal) e o modo de gestão praticado, configurando as relações de subordinação.

Assim, a precarização das condições e da organização de trabalho concorrem ao adoecimento dos trabalhadores. Mobiliário ergonomicamente inadequado, a falta de equipamentos e ferramentas

³ do verbo em inglês *to comply* e significa 'agir de acordo com uma norma, um comando ou uma regra' (Houaiss, 2010)

para realizar as tarefas, atividades empobrecidas de sentido, de baixo valor social, repetitividade, monótona ou divergente da modelagem do cargo contratado contribuem às doenças dos trabalhadores e concorrem ao aumento do absenteísmo.

As políticas e práticas de Gestão de Pessoas são determinantes do clima organizacional e repercutir na redução ou aumento do absenteísmo. Critérios inadequados ou percebidos como injustos de remuneração, promoção, encareiramento, oportunidades de desenvolvimento e educação corporativa, dentre outros, refletem sobremaneira no nível de satisfação, de motivação e de comprometimento dos trabalhadores, interferindo nos resultados dos índices de absenteísmo (Barreto, 2003; Caldas, 2007; Becker e Oliveira, 2008; e Cascio e Boudreau, 2010).

Neste artigo, são considerados especificamente os elementos do contexto de trabalho que tornam os trabalhadores vulneráveis às doenças do Grupo F do CID-10. Segundo pesquisas, além dos processos de Recursos Humanos, anteriormente descrito, outros aspectos facilitadores do comprometimento psíquico causados pela atividade laboral é a precária integração entre os trabalhadores, as relações socioprofissionais danosas, um modo de gestão deficiente, violento e autocrático, a ausência de valorização e de reconhecimento das entregas, a falta de oportunidades justas e equânimes de carreira (Caldas, 2007; Becker e Oliveira, 2008; e Cascio e Boudreau, 2010; e Hoverstad e Kjolstad, 1992 In Alves, Godoy e Santana, 2006).

Das violências (*lato sensu*), as praticadas no contexto de trabalho, repercutem indelévels em riscos psicossociais, provocam danos morais e podem gerar desde o sofrimento e adoecimento psíquico até o suicídio *no* trabalho, conforme estudos de Caldas (2007) e Dejours e Bègue (2010).

Dentre as violências laborais, destaca-se o assédio moral e sexual, agressões, gestão por injúria, competitividade e cobranças exacerbadas como formas de grande impacto psicológico, atingindo vítimas, testemunhas e até agressores. Geram cicatrizes psicológicas profundas, mensurável talvez no aumento do absenteísmo por TMC (Barreto, 2003; Caldas, 2007; Higigoyen (2002); Becker e Oliveira, 2008; e Cascio e Boudreau, 2010).

Os relatórios epidemiológicos do INSS (2013) sobre as causas e os custos de concessão de benefícios previdenciários apontam prejuízos significativos aos cofres públicos e à sociedade. O total de doenças do Grupo F vem crescendo e se mantem, há mais de uma década, como a terceira maior causa de benefícios pagos. Em contrapartida, as patologias do Grupo S e T (lesões, envenenamento e outras de causas externas e traumatismos de múltiplas regiões do corpo) e do Grupo M (osteomusculares e circulatórias), apesar de se manterem como primeiras e segunda do *ranking*, respectivamente, o resultado de seus indicadores decrescem a cada ano.

Outro dado contido nos relatórios do INSS é que os Grupos S, T e M têm um número de subnotificações da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) relativamente baixo e decrescente a cada ano. Esses dados estatísticos analisados demonstram que a fiscalização e as ações punitivas dos órgãos de apoio ao trabalhador, os investimentos dos empregadores e os fatores legais que exigem maior investimento na prevenção e na recuperação das doenças dos Grupos S, T e M ocupacionais têm demonstrado resultados exitosos.

Já o Grupo F ocupa o primeiro lugar das subnotificações de todas as doenças, chegando próximo a 80% dos casos. A análise qualitativa dessas informações descreve o crescimento anual de benefícios pagos por doenças do Grupo F. E o mais grave! Os empregadores não reconhecem a causalidade do trabalho sobre os TMC de seus trabalhadores nem tão pouco oferecem ações diagnósticas, preventivas e interventivas de ordem psicossocial que possibilitem reduzir os resultados alarmante dos indicadores de absenteísmo.

As pesquisas de Pintor (2010); Fonseca e Carloto (2011); Assunção e Silva (2012); Pinto, Figueiredo e Souza (2013); e Fonseca e Araújo (2014) corroboram os achados estratificados contidos nos relatórios epidemiológicos do INSS (2013) acerca das doenças mentais prevalentes entre trabalhadores que recebem a concessão de benefícios previdenciários. São elas: os TMC devidos ao uso de substâncias psicoativas (F-10 à F-19), transtornos de humor/afetivos, principalmente a depressão (F-30 à F-39) e os transtornos neuróticos, relacionados ao *stress* (destacando o stress pós traumático e em nível de exaustão relacionados ao trabalho ou Síndrome de *Burnout*) e transtornos somatoformes (F-40 à F-49).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 30% de transtornos mentais leves/moderados e 10% de graves atingem a população trabalhadora. Além do mais, são as patologias que necessitam de um tempo maior para a recuperação. Ainda segundo os dados da OMS, até 2020, a depressão deverá ser uma das doenças mais incapacitantes.

E, embora controláveis, parece não haver investimentos efetivos das áreas de saúde, de segurança ou de Gestão de Pessoas nas organizações. O próprio trabalhador tende a naturalizar seu desgaste físico e psicossocial, percebendo seu trabalho inevitavelmente estressante. Além disso, a ambiência laboral tende a proibir toda e qualquer manifestação de fadiga e insatisfação, mascarando o sofrimento até que o adoecimento torne-se inevitável (Cançado, 1994; e Glina e Rocha, 2010).

“O ambiente de trabalho é o palco onde os personagens de seu drama pessoal – dos problemas de sua existência – se transvertem com outras fisionomias e roupagens.” As palavras de Marques (1992, p. 127) remetem à reflexão sobre as condições subjetivas e objetivas de trabalho. Será que um

trabalhador, para entregar um produto ou serviço de qualidade precisa abrir mão de sua saúde (*lato sensu*)? É ilusório achar, ao menos em curto prazo, que é possível modificar o modelo capitalista, que exige produtividade, lucro e sustentação no mercado. No entanto, muitas ações podem contribuir para minimizar este lugar de adoecimento. Um lugar de trabalho que promova espaços de fala, possibilitando o diagnóstico e a intervenção nos fatores de riscos psicossociais.

Os próprios trabalhadores, ao expressar e ressignificar esse contexto, que encontram soluções criativas para lidar com as contradições laborais sem adoecer, além de estabelecer vínculos afetivos entre eles e o trabalho, incluindo neste cenário as formas de poder e a gestão (Enriquez, 2001; Zanelli, 2010; Gaulejac, 2005; Gaulejac, 2011 *in* Bendassolli e Soboll, 2011; e Lévy, 2001).

A partir desses estudos, é possível considerar que a perspectiva de saúde ou de adoecimento sofre um forte impacto do cenário laboral, do sentido e do significado que o trabalho tem para cada trabalhador. Compreender o nexo causal do trabalho em sua saúde psíquica é um desafio, tendo em vista principalmente os aspectos singulares que afetam sua subjetividade.

Se as causas do adoecimento estão relacionadas ao próprio contexto de produção, por outro lado, as empresas invariavelmente não saem ilesas. O absenteísmo desorganiza as tarefas planejadas, repercute no custo remuneratório dos trabalhadores com até 15 dias perdidos de trabalho, no pagamento de horas extras aos assíduos, em outros fatores de ordem econômico-financeira, gera lides trabalhistas, prejudica os lucros e a própria imagem da empresa no mercado (Becker e Oliveira, 2008; e Cascio e Boudreau, 2010).

Apesar de serem tantas as causalidades de adoecimento evitáveis, geradas pela própria empresa e suas políticas e práticas de organização de trabalho; mesmo com todas as evidências das repercussões do absenteísmo no trabalhador, nas equipes e no próprio negócio, ainda são escassos os estudos estatísticos e os cálculos que permitem mensurar os custos das ausências dos trabalhadores, principalmente aqueles que não se restringem à remuneração ou à produtividade esperada.

INSUSTENTÁVEL CUSTO DO ABSENTEÍSMO: REPERCUSSÕES (IN)VISÍVEIS

Outro grande desafio quando se pretende investigar o fenômeno do absenteísmo nas empresas é conseguir mensurar seus custos. Chiavenato (2014) considera unicamente os dias perdidos por trabalhador. É importante levar em conta o custo da remuneração; incluindo salários, benefícios e encargos sociais pagos, mas é preciso também considerar sua produtividade e outros custos indiretos como: redistribuição de tarefas, sobreavisos, horas extraordinárias pagas ao trabalhador assíduo, dentre outros.

Cascio e Boudreau (2010) descrevem o prejuízo do absenteísmo, considerando os dias perdidos em relação ao número de faltosos. Apontam uma média de 10,1 dias por ano para o setor público e 6,7 para o setor privado. Inferem que a falta de gestão do absenteísmo e a estabilidade do emprego público justificam a diferença entre elas.

Os autores agrupam o custo do absenteísmo em quatro categorias: (1) trabalhadores ausentes (remuneração, incluindo salários, benefícios, adicionais, encargos e outros); (2) gerenciamento dos problemas advindos da absentismo (horas trabalhadas do gestor imediato com questões operacionais oriundas das ausências); (3) trabalhadores substitutos (sobreaviso, hora extraordinária, contratação temporária ou similares); e (4) prejuízo na qualidade e/ou quantidade das entregas planejadas (redução da produtividade, retrabalho, insatisfação do cliente ou prejuízo com máquinas paradas).

Não há consenso entre os estudiosos quanto ao custo do absenteísmo, que são altos e diferenciados. Mesmo a despesa direta, considerando produtos palpáveis e com valores reais de investimento não é tarefa fácil medir. Definir valores que demonstrem este prejuízo é complexo e é preciso levar em conta diversas variáveis. É um grande desafio estimar os custos do absenteísmo. Isso porque o cálculo, para ser exato, exige uma análise personalizada em cada setor ou unidade de negócio. Esta dificuldade em mensurar os custos inclui, inclusive, a sazonalidade das faltas, seja ela semanal (prevalente nos dias que antecedem ou logo após os dias de descanso, como sextas ou segundas) ou mensal (meses de junho, julho ou agosto, onde são comuns doenças virais, em razão das mudanças climáticas, por exemplo).

O absenteísmo, se não é gerenciado, repercute no custo dos processos de Gestão de Pessoas: horas excedentes, *turnover*, demandas por ações de educação corporativa; impacta no processo de recrutamento e seleção e aumenta as despesas com saúde, seguros, benefícios e investimentos em qualidade de vida no trabalho; além de provocar despesas significativas com indenizações de ações trabalhistas (Robazzi e Marziali, 1990; Alves, 2005; Caldas, 2007; Chiavenato, 2014; e Cascio e Boudreau, 2010).

Na maioria das vezes, as consequências do absenteísmo são referidas apenas como implicações econômicas. Assis (2005, p. 149), em sua pesquisa, explica que o absenteísmo e sua causalidade sob outros aspectos:

reflete e reforça os conflitos existentes nas relações de trabalho, eleva os custos operacionais e contribui para o declínio da qualidade da assistência, afetando, desta forma, a organização, trabalho, trabalhadores e clientes.

Como foi dito, a organização arca com custos do absenteísmo, embora contribua para a maioria das causas. As repercussões das faltas dos trabalhadores de seus postos de trabalho são muitas

e a maioria imensurável. Além da produtividade, compromete o relacionamento com colegas, clientes e a própria chefia, prejudica o planejamento das atividades, provoca obstáculos à gestão para administrar e realocar os trabalhadores, compromete os resultados do negócio e prejuízos a imagem social. Além disso, causa impactos na sobrecarga de trabalho e na qualidade de produtos e serviços.

Outros custos são intangíveis e muito provavelmente não se pode mensurar. Aos trabalhadores assíduos gera acúmulo de tarefas e responsabilidades; sobrecargas pelo despreparo e desconhecimento da tarefa; aumenta o risco de (re)acidentes de trabalho; compromete o convívio familiar em razão das horas extras; gera insatisfações, desânimo, estresse e desmotivação por assumir as atividades dos faltosos. São capazes até de boicotes e transgressões como fala silenciosa em razão do sentimento de injustiça e podem ficar vulneráveis ao adoecimento, principalmente de ordem psicológica. Compromete também a qualidade de vida, as relações sociais e a dinâmica familiar dos trabalhadores adoecidos; provoca prejuízos com medicamentos e a saúde em geral.

Há custos com a improvisação e o retrabalho dos substitutos, a desorganização nos processos, o aumento dos erros e das falhas na execução das tarefas, limita o desempenho e eleva o custo operacional. Para esses custos não há cálculos que apontem o valor, um indicador que demonstre o impacto real do absenteísmo (Souto, 1980; Becker e Oliveira, 2008; Chiavenato, 2014; e Cascio e Boudreau, 2010).

O antônimo do absenteísmo é a presença e a disponibilidade do trabalhador à tarefa. E nem mesmo o tempo integral disponível ao trabalho é garantia de realização do planejado. Pelo contrário, a diminuição na produtividade, mesmo com um quadro assíduo e pontual, justifica o neologismo presenteísmo. Diz respeito ao trabalhador que comparece e comprova sua presença mediante registros de frequência, mas não consegue, por razões diversas, realizar as atividades sob sua responsabilidade no prazo, na quantidade e na qualidade prescritas em seu plano de trabalho. Aponta uma ociosidade excessiva durante a jornada, pouca criatividade e baixa disponibilidade física e mental. O absenteísmo e o presenteísmo trazem prejuízos de grande montante para as organizações.

Os Estudos de Zanelli (2010) fazem referência aos riscos psicossociais que, estando os trabalhadores assíduos expostos continuamente, podem provocar agravos à saúde mental e, embora nem sempre gere absenteísmo, pode aumentar o presenteísmo.

Muitas são as fórmulas e cálculos para medir os custos do absenteísmo, explicam Cascio e Boudreau (2010). O objetivo da análise dos resultados é contribuir com um plano de ação para a gestão e se possível à redução do absenteísmo. Porém, como já fora explicado anteriormente, não há

um indicador para medir impactos econômico, financeiro, social e de outra ordem, as causas e as consequências do absenteísmo.

INDICADORES DO ABSENTEÍSMO

O *Bureau of National Affairs* (BNA, 2006 in Chiavenato, 2014) sugere a seguinte fórmula para calcular o índice de absenteísmo (IA) por dias de ausências:

$$IA = \frac{\text{Nº de pessoas/dias perdidos no mês}}{\text{Nº de empregados x Nº de dias úteis no mês}}$$

Essa fórmula não dá conta das horas perdidas por trabalhador ausente e por esta razão é preciso transformar dias em horas perdidas, conforme a fórmula a seguir:

$$IA = \frac{\text{total de pessoas/horas perdidas}}{\text{Total de pessoas/horas de trabalho}}$$

Desse modo, em uma organização cujo índice de absenteísmo mensal é de 3, entende-se que 97% de seu quadro está disponível ao trabalho. Algumas das fórmulas utilizadas, segundo Cascio e Boudreau (2010), são: índice de faltas, pagamento integral (dias perdidos e dias trabalhados), o tempo de supervisão (homem/hora despendido para gerenciar as faltas) e as demandas por produtividade prejudicadas.

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT, 1988), que doutrina as relações de trabalho no Brasil, determina que cada trabalhador tem direito a quatro semanas de férias, num total de 160 horas e a média de feriados nacionais é de 12 dias anuais, ou seja, 96 horas perdidas. Portanto, se as horas programadas se referem às 2.080 horas, subtraindo o total de horas perdidas já previstas, restam 1.824 horas produtivas programadas. Num quadro de cinco mil trabalhadores e considerando uma taxa percentual anual de 1,75%, o total de horas perdidas em razão do absenteísmo é de 159.600.

Segundo Couto (1987), um percentual de Dias Perdidos (% DP) acumulado, superior a 1,2%, é considerado alto e requer um diagnóstico organizacional. Segundo o autor, o índice de frequência (IF) até 0,10 por mês é o limite tolerado. As fórmulas propostas são:

$$\text{Índice de Frequência} = \frac{\text{nº. de licenças no período}}{\text{efetivo médio do período}}$$

$$\% \text{ de dias perdidos} = \frac{\text{nº. de dias de trabalho perdidos no período}}{\text{nº. programado de dias no período}} \times 100$$

Independente dos cálculos, dos custos reais ou invisíveis, o certo é que o absenteísmo-doença provoca impactos na produtividade e na lucratividade planejada, na gestão, na equipe de trabalho, além de repercussões tanto ao trabalhador assíduo quanto naqueles adoecidos e ausentes de seus postos de trabalho. Além disso, nenhuma fórmula aponta os prejuízos com fidedignidade, uma vez que o custo real não se restringe às organizações e seus trabalhadores.

As políticas de gestão do absenteísmo devem ter foco na prevenção das causas e na definição de estratégias para minimizar e reduzir o fenômeno. Penatti, Zago e Quelhas (2011) sugerem cinco medidas para atuar sobre os indicadores de absenteísmo:

a) Medidas processuais, administrativas ou disciplinares: estratégias que dificultam ou facilitam o comportamento de ausência, tais como: readaptação ao trabalho, perda de rendimentos ou prêmios de assiduidade, exames médicos de retorno ao trabalho.

b) Medidas preventivas com foco no indivíduo e em sua capacidade de trabalho: exame médico periódico, vacinação, formação continuada, uso de EPI, ações socioeducativas para a autogestão da saúde.

c) Medidas preventivas com foco nos contextos físico e psicossocial do trabalho, visando a neutralizar, minimizar e até reduzir as contradições entre as exigências impostas pelo trabalho e as expectativas e potenciais de resposta do trabalhador, tais como: políticas de trabalho saudável, seguro e produtivo, participação dos trabalhadores na organização e gestão dos processos.

d) Medidas de reintegração e reabilitação ao trabalho, facilitando o retorno ao trabalho dos empregados afastados de suas atividades por tempo prolongado: suporte psicossocial, políticas de incentivos e programas de reabilitação no local de trabalho.

Dentre as boas práticas de gestão do absenteísmo, as pesquisas destacam o incentivo e recompensa aos assíduos e ações de desestímulo às ausências; práticas que privilegiam a participação do trabalhador e desenvolvem atitudes e valores compatíveis com a cultura organizacional; diferenciar o absenteísmo aceitável do inaceitável; políticas de promoção, encareiramento, treinamento e desenvolvimento, além de considerar na avaliação de desempenho, o período de afastamento, coerente com o trabalho realizado entre os assíduos e os ausentes. Muitas estratégias de redução nos índices de absenteísmo ratificam a capacidade da área de Gestão de Pessoas em gerar lucro. O sucesso garante retornos financeiros significativos, influenciando diretamente na economia da organização (Chiavenato, 2014; Caldas e Bispo, 2006; Penatti, Zago e Quelhas, 2011).

A promoção de saúde, principalmente mediante programas e ações socioeducativas à autogestão, tem incentivado a realização de pesquisas científicas que elucidem o nexos causal entre o

contexto de trabalho e o adoecimento, bem como a descoberta de novas práticas dos profissionais de saúde e de gestão de pessoas capazes de assegurar relações socioprofissionais saudáveis, condições e organizações de trabalho adequados e que promovam a qualidade de vida dos trabalhadores.

Outras ações realizadas promovem uma redução nos índices e também nos impactos do absenteísmo nas empresas. Caldas e Bispo (2006) apontam o investimento em programas de qualidade de vida, em ambulatório para urgências e pronto atendimento e em exames médicos ocupacionais que ultrapassam a determinação legal da Norma Regulamentadora (NR-7), sugerindo exames como: ultrassonografia, densitometria óssea, colposcopia, citologia oncótica, exame de próstata, tonometria binocular e teste ergométrico; além de avaliação psicológica, orientação nutricional, consultas cardiológica, oftalmológica, ginecológica, odontológica. Algumas ações de promoção de qualidade de vida no trabalho que, segundo as autoras, contribuem à redução do absenteísmo é a prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas, massagem, ginástica laboral, academia de ginástica na empresa, além de ações de lazer, cultura e esporte.

Caldas e Bispo (2006) destacam ainda uma proposta de intervenção psicossocial nas áreas onde o índice de absenteísmo é mais crítico. Propõem ações de melhoria nas condições de trabalho, nas relações socioprofissionais e no modo de gestão, permitindo ao trabalhador identificar fatores relacionados ao trabalho que geram absenteísmo, intervindo nesses fatores e, conseqüentemente, reduzindo o impacto no índice de absenteísmo. Além das melhorias no indicador, apontam outros ganhos de difícil mensuração: melhoria no clima organizacional, nas relações interpessoais, na percepção de reconhecimento e valorização, bem como no sentido e significado que o trabalho traz para cada trabalhador.

É certo que muitas ações podem resultar em bons retornos para gerenciar e até mesmo reduzir os impactos do absenteísmo, principalmente por doenças do Grupo F do CID-10. Contudo, essas ações não podem perder de vista que fatores das relações sociais que se estabelecem no trabalho, principalmente no que concerne ao aspecto de poder, formal ou não, causam impactos indelévels na saúde mental do trabalhador e, por conseguinte, nos índices de absenteísmo.

Para tanto, é importante que questões de ordem ética perpassem a cultura organizacional, por meio do conjunto de normas, disciplinas, regras e diretrizes estabelecidas em seu *compliance*. Essas questões dão suporte ao negócio e às atividades exercidas nas organizações. É necessário que as ações preventivas não se restrinjam em cumprir normas legais, mas que regulem e promovam relações saudáveis no contexto laboral, independente da hierarquia. São políticas formais que visam a prevenir, identificar e tratar qualquer desvio de conduta não embasado na ética.

Apenas quando a empresa mantém explícito que repudia toda e qualquer ação que corrompa seu Código de Ética e age efetivamente nos casos desviantes, independente de interesses de qualquer ordem, inclusive colocando em suspenso as redes sociais de poder enredadas; é possível estabelecer relações profissionais menos danosas.

O remédio para o absenteísmo é encontrar fórmulas e alternativas que contribuam para reduzir os custos e impactos deste indicador na produtividade e nos lucros do negócio. Entretanto, e acima de tudo, o *'medicamento'* mais significativo é não perder de vista o respeito e a postura ética frente ao trabalhador adoecido.

Causas, repercussões e alternativas para a gestão do absenteísmo vêm sendo discutidas em pesquisas sobre saúde do trabalhador em diversos segmentos de atuação, no Brasil. A seguir, serão analisadas as pesquisas recentes que demonstram o estado da arte em absenteísmo, com ênfase nos afastamentos por TMC e o nexo de causalidade relacionado a fatores do trabalho.

METODOLOGIA

Esse artigo foi construído a partir do método exploratório-descritivo e teve seu aporte teórico definido a partir da análise de pesquisas que apresentam contribuições relevantes sobre a temática do absenteísmo por TMC relacionados aos fatores do trabalho. Trata-se, portanto, de uma revisão da literatura.

O ponto de partida bibliográfica desse estudo foi a obra “doenças dos trabalhadores”, escrita pelo médico Bernardino Ramazzini, em 1700, na Itália. Em seguida, a amostra documental considerou publicações contendo aspectos conceituais, tipologias, indicadores, causas e repercussões do absenteísmo, publicados em livros, artigos científicos e pesquisas realizadas entre a década de 1980 até 2014.

Definiu-se como critérios de inclusão artigos científicos publicados na íntegra em Revistas de Saúde exclusivamente sobre pesquisas brasileiras, no período delimitado. Os descritores utilizados: absenteísmo, doença profissional e/ou ocupacional, licença médica, psicologia organizacional e do trabalho, saúde do trabalhador, medicina do trabalho, risco e/ou efeito psicossocial, acidente de trabalho, saúde mental e trabalho. Os critérios de exclusão adotados foram as publicações que extrapolam o período definido, pesquisas realizadas em empresas estrangeiras, estudos sobre doenças que não pertencem ao Grupo F (CID-10) ou ainda pesquisas incompletas metodologicamente, abordadas como subtema ou tema indireto.

Inicialmente, foram identificadas 8.567 publicações sobre a temática, tanto nacionais quanto estrangeiras, nas bases de dados *Bireme*, *Medline*, *Pubmed*, *Scielo* e *Lilac*, no portal de pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde. Dessas, foram selecionadas 777 pesquisas realizadas em empresas brasileiras, entre os textos disponibilizados integralmente. Por fim, restringindo-se aos critérios de inclusão definidos, foram analisados 31 estudos, citados nesse artigo, conforme o Quadro 03, a seguir.

N.º	AUTOR(ES)	ANO	DESCRIPTORIOS
1	Braga, L.; Carvalho, L.; Binder, M.	2010	Atenção primária à saúde. Modelo demanda-controle. Saúde do trabalhador. Saúde mental. Transtornos mentais
2	Pintor, E.	2010	Saúde mental e trabalho. Riscos ocupacionais. Ambiente de trabalho. Psicanálise. Vendedor
3	Santos, J. e Mattos, A.	2010	Absenteísmo-doença. Saúde do trabalhador. Servidor público. Administração pública. Saúde ocupacional.
4	Ulhôa, M. et al	2010	Transportes. Transtornos Mentais. Condições de Trabalho. Saúde do Trabalhador.
5	Vieira, J S. <i>et al</i>	2010	Trabalho. Docente. Mal-estar docente. Medicamentação. Controle
6	Ferreira, E. et al	2011	Absenteísmo. Medicina do Trabalho. Recursos Humanos de Enfermagem. Saúde do Trabalhador.
7	Fonseca, R; Carloto, M	2011	Transtornos mentais. Setor público. Saúde do trabalhador. Licença médica.
8	Magalhães, N. et al	2011	Trabalhadores de enfermagem. Absenteísmo. Saúde do trabalhador. Riscos no trabalho.
9	Maia, D. <i>et al</i>	2011	Polícia. Sinais e sintomas. Afeto. Transtornos dissociativos.
10	Marques, S.; Martins, G. e Cruz Sobrinho, O.	2011	Absenteísmo. Universidade. Saúde. Trabalho. Subjetividade
11	Mínayo, M; Assis, S; Sabino, R	2011	Saúde dos policiais, Saúde e trabalho, Saúde mental e trabalho
12	Olivier, M; Perez, C; Behr, S	2011	Retorno ao trabalho. Depressão. Estresse. Transtornos mentais. Transtornos de comportamento.
13	Penatti, Zago e Quelhas	2011	Absenteísmo. Gestão de pessoas. Sistemas de produção. Competitividade
14	Salerno, V; Silvestre, M; Sabino, M.	2011	LER/DORT. Assédio moral. Organização do trabalho. CEREST.
15	Silva, E; Oliveira, K; e Souza, P.	2011	Saúde mental e trabalho. Assédio moral. Saúde do trabalhador. Gestão do trabalho.
16	Assunção, A e Silva, L	2012	Transtornos Mentais. Condições de Trabalho. Saúde do Trabalhador. Transportes
17	Moraes, M. et al	2012	Rede de acolhimento. Cuidadores. Adolescentes abrigados. Reabilitação psicossocial. Sofrimento psíquico.
18	Silva, Eli B. et al	2012	Saúde do trabalhador. Transtornos mentais. Absenteísmo. Setor público. Epidemiologia descritiva
19	Souza, E. et al	2012	Estresse Psicológico. Polícia. Saúde Mental
20	Souza, S. et al	2012b	Saúde Mental. Depressão. Fatores Psicossociais. Saúde do Trabalhador. Abastecimento de Energia.
21	Falavigna, A; Carloto, M.	2013	Estudo de séries temporais. Transtornos mentais. Enfermeiros
22	Lopes, V. J.	2013	Saúde mental. Adoecimento psíquico. Nexos causais. TMC, Previdência Social. Perito Médico.
23	Míninel, V. <i>et al</i>	2013	Enfermagem. Saúde do Trabalhador. Riscos Ocupacionais. Absenteísmo.
24	Monteiro, J. et al	2013	UTI. Profissional da saúde. Doença ocupacional. Psicopatologia. Trabalho. Saúde ocupacional.
25	Pinto, L; Figueiredo, A; Souza, E.	2013	Violência. Polícia. Sofrimento Psíquico. Trabalho. Saúde Mental
26	Rodrigues, C. <i>et al</i>	2013	Absenteísmo. Funcionários públicos. Doença. Condições de trabalho. Fatores psicossociais
27	Santana, L	2013	Enfermagem. Saúde do trabalhador. Carga de trabalho. Processo saúde-doença. Pessoal de saúde.
28	Santana, L. et al	2013	Enfermagem. Saúde do trabalhador. Carga de trabalho. Processo saúde-doença. Pessoal de saúde.
29	Abreu, R.; Gonçalves, R.; e Simões, A.	2014	Enfermagem. Absenteísmo. Administração de Recursos Humanos. Recursos Humanos. Saúde do Trabalhador.
30	Fonseca, I; Araújo, T.	2014	Transtornos mentais comuns. Saúde do trabalhador Ocupações.
31	Mascarenhas, F.; Branco, A.	2014	Serviços Postais. Absenteísmo. Doença Profissional. Saúde do Trabalhador

Quadro 03: Publicações sobre Absenteísmo. Ordem cronológica. Citadas neste artigo. Disponíveis na BVS.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No Brasil, são escassas as pesquisas sobre o tema, justificando estudos que possam demonstrar os riscos de adoecimento mental e comportamental em contextos laborais diversos e em profissões específicas.

A exceção vem sendo a categoria profissional de Enfermagem, especificamente na área hospitalar, que tem investido em pesquisas relacionadas ao contexto de trabalho e seus impactos no adoecimento psíquico e de outra ordem, bem como no absenteísmo desses profissionais, principalmente a partir da década de 1990 (Ferreira *et al*, 2011; Maia *et al*, 2011; Falavigna e Carloto, 2013; Mininel *et al*, 2013; Monteiro *et al*, 2013; Santana *et al*, 2013; e Santana, 2006).

As pesquisas com profissionais de enfermagem apontam a organização do trabalho como um fator preponderante de adoecimento e destacam como impactos à saúde, doenças do Grupo M (osteomusculares), do Grupo J (respiratórias) e as patologias do Grupo F (transtornos mentais e comportamentais), objeto de estudo nesse artigo.

Os estudos de Cançado (1994), Lopes (2013) e Fonseca e Araújo (2014) apresentam algumas das categorias profissionais com maior número de dias de afastamentos por doenças do Grupo F do CID-10, inclusive em relação aos dados do INSS. Destaca aquelas com riscos iminentes de violência urbana (agente penitenciário, policial e professor), ocupações vulneráveis a riscos de assaltos (bancário, vigilante, motorista e cobrador de transporte coletivo) ou de alto estresse (profissional de saúde e operador de telemarketing). O autor aponta que não há uma quantidade significativa de pesquisas que permitam compreender como cada contexto de trabalho favorece os TMC.

Além de estudos com ocupações específicas, principalmente aquelas cujos dados do INSS apontam alto índice de afastamento do trabalho, considerando o total de dias perdidos, também é importante aprofundar a correlação entre o tipo de vínculo empregatício e o total do absenteísmo por doenças do Grupo F. Algumas pesquisas com profissionais públicos com estabilidade de emprego, das esferas municipal, estadual e federal, demonstram absenteísmo significativamente mais alto quando comparados àqueles sem garantias de estabilidade, com contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Nesses casos, parece que a segurança de trabalho favorece as ausências sem riscos de demissão (Pintor, 2010; Silva e Marziale (2000); Silva e Marziale (2003); Santos e Mattos, 2010; Fonseca e Carloto, 2011; Marques, Martins e Cruz Sobrinho, 2011; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Silva *et al*, 2012; Souza *et al*, 2012b; e Rodrigues *et al*, 2013).

Algumas pesquisas investigaram onexo causal entre trabalho e o adoecimento do Grupo F do CID-10 com profissionais da policial civil e militar, motorista, bancário, vendedor, industriário,

docente, trabalhador de manutenção de linhas elétricas de alta tensão e até cuidadores de abrigos para adolescentes com patologias psíquicas. As pesquisas com enfermeiros, embora sejam realizadas há mais tempo e em número significativamente maior, em nada diferem dos estudos que vem sendo realizados com essas outras categorias profissionais no Brasil, principalmente considerando as doenças psíquicas identificadas (Ulhôa *et al*, 2010; Vieira *et al*, 2010; Magalhães *et al*, 2011; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Souza *et al*, 2012; e Santana *et al*, 2013).

O nexos causal laboral às doenças do Grupo F do CID-10, apontado nas pesquisas, principalmente utilizando o método qualitativo, sinalizam como principais razões: sobrecarga da equipe de trabalho entre os trabalhadores assíduos, turno noturno ou alternado, longas jornadas, regras rígidas, pressão de tempo e resultado, falta de autonomia na tomada de decisão em sua tarefa, alto esforço mental, trabalho monótono e repetitivo (Braga, Carvalho e Binder, 2010; Vieira *et al*, 2010; Fonseca e Carloto, 2011; Magalhães *et al*, 2011; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Silva, Oliveira e Souza, 2011; Souza *et al*, 2012; Mininel *et al*, 2013; Monteiro *et al*, 2013; Santana *et al*, 2013; e Fonseca e Araújo, 2014).

Somadas às questões referentes às condições laborais, as pesquisas revelam outras causas graves de adoecimento psíquico: violências no trabalho, principalmente o assédio moral e sexual, relações socioprofissionais danosas e conflituosas, modos de gestão violentos, medo de perder o emprego, baixo apoio social e ausências de cooperação, solidariedade e defesa coletiva no trabalho (Ulhôa *et al*, 2010; Vieira *et al*, 2010; Olivier, Perez e Behr, 2011; Rodrigues *et al*, 2013; e Abreu, Gonçalves e Simões, 2014).

As patologias prevalentes do Grupo F do CID-10 (2003), descritas nas pesquisas sobre absenteísmo analisadas são: (1) *F-10 à F-19*: TMC por substâncias psicoativas, destacando o uso problemático do álcool e outras drogas; (2) *F-30 à F-39*: transtornos de humor (afetivo), com ênfase na depressão; e (3) *F-40 à F-48*: transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes, os principais diagnósticos são: transtorno de ansiedade, ansiedade generalizada, síndrome de pânico, reação aguda ao estresse, estresse pós-traumático e estresse em nível de exaustão (Síndrome de *Burnout*), (Silva e Marziale (2000a); Silva e Marziale (2000b); Braga, Carvalho e Binder, 2010; Pintor, 2010; Santos e Mattos, 2010; Ulhôa *et al*, 2010; Ferreira *et al*, 2011; Fonseca e Carloto, 2011; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Penatti, Zago e Quelhas, 2011; Salerno, Silvestre e Sabino, 2011; Assunção e Silva, 2012; Souza *et al*, 2012; Falavigna e Carloto, 2013; Mininel *et al*, 2013; Monteiro *et al*, 2013; Pinto, Figueiredo e Souza, 2013; Rodrigues *et al*, 2013; Santana *et al*, 2013; Fonseca e Araújo, 2014; e Mascarenhas e Barbosa-Branco, 2014).

Entre as queixas apontadas pelos trabalhadores entrevistados nas pesquisas consultadas, destacam-se: fadiga, irritabilidade, prejuízo do sono, comprometimento da autoestima, agressividade, irritabilidade, insegurança, choro compulsivo, déficit de atenção e concentração, ideação suicida e queixas psicossomáticas. Além disso, embora sejam ainda mantidas sob sigilo, vem crescendo as denúncias de suicídio *no* e *do* trabalho, embora não haja dados específicos relatados nos anuários do INSS ou mesmo artigos recentes no Brasil, o que pode configurar subnotificações, conforme descrevem Dejours e Bègue (2010).

O absenteísmo gera ônus não somente as empresas, mas aos cofres públicos e a sociedade em geral no momento em que o INSS arca com os custos pecuniários da concessão de benefício ao trabalhador com mais de 15 dias de absenteísmo. Calcular esse custo, baseando-se na remuneração do trabalhador ausente, de longe retrata o prejuízo. Afinal, nenhum negócio se sustenta apenas para honrar a folha de pagamento e os encargos sociais de cada contratação.

O outro fenômeno muito próximo do absenteísmo que também atinge as organizações cujo impacto é difícil de mensurar é o presenteísmo, já discutido neste artigo. Também gera um custo invisível as faltas voluntárias ou mesmo os atestados médicos graciosos ou falsos. Esses fatores favorecem a desmotivação, o baixo comprometimento ou mesmo o sentimento de injustiça percebido pelos trabalhadores assíduos.

Outro dado recorrente nas pesquisas consultadas é que 21 delas fizeram análise transversal estratificada, considerando dados sócio demográficos. Dessas, 14 destacaram as mulheres com maior impacto no absenteísmo por doença do Grupo F. Além disso, ao agrupar os dados de gênero e faixa etária, essas pesquisas apontam que mulheres em idade reprodutiva, prevalentes entre 30 e 45 anos, são mais vulneráveis aos transtornos mentais e comportamentais. Este dado encontrado nas pesquisas brasileiras sobre o tema denota o risco e o dano na dinâmica familiar, ao refletir que essas trabalhadoras muito provavelmente também são mães. Esses achados evidenciam a importância de se ampliar as pesquisas sobre o tema com um recorte de gênero e seus impactos na formação das futuras gerações.

No que se refere à metodologia utilizada nesses estudos, a maioria (19 pesquisas) optou por método quantitativo, debruçando-se sobre a amostra documental. As 12 pesquisas restantes analisadas privilegiaram técnicas qualitativas, através de instrumento de entrevista semiestruturada e/ou a realização de grupos focais. Destacam-se, ainda, as pesquisas de Minayo, Assis e Oliveira (2011), Monteiro *et al* (2013) e Pinto, Figueiredo e Souza (2013), que utilizaram a triangulação de métodos, utilizando os seguintes instrumentos: análise documental para identificar o público para o

uso do método qualitativo, entrevista com roteiro semiestruturado, observação de postos de trabalho, grupo focal, aplicação (ou auto aplicação) de questionário e testes psicológicos como o Inventário de Depressão de Beck e o de Maslach para Síndrome de *Burnout*.

O público-alvo das pesquisas desses autores foram gestores e/ou trabalhadores com alto índice de absenteísmo por doenças mentais. A relevância dessas pesquisas é a oportunidade de garantir um espaço de fala aos trabalhadores adoecidos e/ou seus gestores, visando a identificar fatores do trabalho que podem repercutir na saúde mental dos trabalhadores.

Além da coleta de informações, visando a responder aos objetivos traçados, esses instrumentos de pesquisas possibilitam ressignificar e dar novo sentido ao trabalho do trabalhador acometido por doença psíquica e até definir estratégias para minimizar os impactos negativos de seu retorno ao trabalho, após um longo período de afastamento.

As pesquisas podem identificar oportunidades de melhoria que permitam reduzir ou contribuir para a gestão do absenteísmo, cuja repercussão, como já discutido nesse artigo, atinge o trabalhador doente, a equipe assídua, a gestão, os clientes e fornecedores. A própria empresa assume prejuízos de ordem econômica e financeiras, principalmente os 15 primeiros dias perdidos que são assumidos integralmente pelo empregador, conforme descrevem Silva, Oliveira e Souza (2011), Moraes *et al* (2012), e Abreu, Gonçalves e Simões (2014).

Entre as pesquisas analisadas, algumas colaboram e até identificam oportunidades de melhoria que podem ser implementadas para a gestão do absenteísmo por TMC. Dentre elas, 08 estudos identificam e descrevem boas práticas empresariais, destacando: ambulatório médico-odontológico, farmácia, atendimento social, programa de prevenção às queixas psicossociais, intervenções nos fatores de estresse no trabalho e para promoção da saúde mental, gestão participativa, envolvendo os trabalhadores nas definições de estratégias de melhoria das condições de trabalho e favorecendo a oportunidade de fala àqueles que já denotam algum tipo de adoecimento psíquico. (Santos e Mattos, 2010; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Assunção e Silva, 2012; Souza *et al*, 2012; Mininel *et al*, 2013; Monteiro *et al*, 2013; Rodrigues *et al*, 2013; e Abreu, Gonçalves e Simões, 2014).

Nessas 08 pesquisas há relatos de ações implementadas que contribuíram para conhecer as opiniões dos entrevistados apontando, inclusive, motivos de absenteísmo que frequentemente estavam encobertos nos atestados médicos, assim como reduziram a taxa de absenteísmo; proporcionaram melhorias significativas no clima organizacional e na promoção de relações socioprofissionais mais saudáveis; e elucidaram nos resultados que um contexto de trabalho rígido, com tarefas fragmentadas, repetitivas e sem sentido podem aumentar a quantidade de atestados

médicos. Além disso, essas pesquisas contribuíram no processo de reintegração de trabalhadores com absenteísmo por transtornos mentais e comportamentais, afastados do trabalho por mais de 15 dias.

Outra ação exitosa na gestão do absenteísmo por TMC demonstrada nas pesquisas consultadas, refere-se ao levantamento do potencial de riscos e impactos do absenteísmo na gestão de pessoas de uma indústria montadora automobilística, realizada por Penatti, Zago e Quelhar (2011). Os autores descrevem a criação de uma equipe multidisciplinar formada por gestores, engenheiros de produção, líderes informais ou formadores de opinião, colaboradores operativos, médicos do trabalho e trabalhadores com diversos níveis de escolaridade, lotados em diversas áreas da empresa. A equipe realizou entrevistas com os outros trabalhadores com o objetivo de avaliar as práticas de gestão de pessoas, prevenir acidentes e eliminar ou reduzir as taxas de absenteísmo. Além de ouvir os empregados, foram realizadas melhorias ergonômicas nos postos de trabalho. Os resultados apontaram uma correlação significativa entre a avaliação do clima organizacional e o número de atestados médicos. Concluíram que na realidade pesquisada, quanto mais agradável é a percepção do clima, menor é o número de ausências. Dentre as melhorias propostas pelos trabalhadores entrevistados, destacam: ginástica laboral obrigatória, criação do comitê de ergonomia, ações de melhoria no clima organizacional e a reintegração dos trabalhadores afastados por acidente do trabalho ou doença profissional.

No entanto, apesar da pesquisa realizada por Penatti, Zago e Quelhar (2011) apresentarem dados significativos da efetividade de ações de melhoria implementadas visando à gestão do absenteísmo por TMC, não apresentaram resultados que explicitem a redução nesses indicadores ou que diminuam o adoecimento psíquico dos trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sim, é possível afirmar que o trabalho adoeece!

Com base nos resultados deste artigo, pode-se considerar que o absenteísmo por TMC provoca repercussões tanto no trabalhador quanto na própria organização e na sociedade em geral, respondendo, portanto, à questão que norteou esta revisão da literatura.

Este artigo trouxe visibilidade a 31 pesquisas brasileiras sobre a temática, no período de 1980 até 2014, contemplando diversas categorias profissionais. Teve por objetivo geral *analisar as repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores e no contexto laboral*. As respostas aos objetivos definidos neste artigo, assim como os achados que extrapolaram ao planejado foram analisados nos resultados e resumidos nessas considerações finais.

O primeiro objetivo foi *apontar ocupações brasileiras que apresentam pesquisas sobre absenteísmo*. O profissional de Enfermagem Hospitalar apresenta o maior número e os mais antigos estudos. Outras pesquisas vêm sendo realizadas, considerando fenômenos coletivos: (1) *violência urbana*: agente penitenciário, policial e docente; (2) *vulnerabilidade ao risco de assaltos*: bancário, vigilante, motorista e cobrador de transporte coletivo; e (3) *estresse em nível de exaustão*: docente, operador de linhas elétricas energizadas, profissional de saúde e de telemarketing.

Identificar fatores do trabalho que possam intervir na saúde mental do trabalhador foi o segundo objetivo e as respostas mais significativas foram: (1) diversas formas de violência no trabalho, destacando o assédio moral; e (2) precarização das condições de trabalho (longas jornadas, tempo integralmente útil, esforço mental, tarefa monótona e repetitiva, medo do desemprego).

Descrever as patologias prevalentes e as queixas de trabalhadores foi o terceiro objetivo e as respostas obtidas foram: depressão, transtorno de humor, ansiedade generalizada, uso problemático do álcool e de outras drogas, síndrome de pânico, reação aguda ao estresse, estresse pós-traumático e em nível de exaustão (Síndrome de *Burnout*). E as queixas: fadiga, prejuízo do sono, irritabilidade, agressividade, choro, déficit de atenção, ideação suicida e queixas psicossomáticas.

O quarto objetivo foi *identificar repercussões possíveis do absenteísmo às organizações e à sociedade*. A organização assume custos elevados, que não se restringe ao econômico e ao financeiro, destacando: reorganização das atividades, repercussões nos trabalhadores assíduos e na gestão. Além disso, onera os cofres públicos com os benefícios pagos pelo INSS e atinge a sociedade em geral.

O quinto e último objetivo foi *demonstrar a metodologia utilizada nas pesquisas analisadas e as oportunidades de melhoria identificadas, implementadas ou não*. Das 31 pesquisas analisadas, 18 delas utilizaram o método quantitativo e as demais, optaram por triangulação de métodos ou qualitativos. Os instrumentos citados: amostra documental, entrevista, questionário, grupo focal e teste psicológico. Das empresas pesquisadas, 08 artigos descrevem as seguintes oportunidades de melhoria implantadas: atendimento psicossocial, diagnóstico de riscos e intervenções nos fatores de adoecimento psíquico. Destacou-se entre as melhorias, a criação de equipe multidisciplinar com gestor, líder informal e formador de opinião, médico do trabalho e trabalhadores de diferentes escolaridades e áreas distintas.

Este artigo contribuiu com as sugestões de melhorias na relação trabalhador-trabalho e na preservação da saúde mental. Denota-se relevante pela oportunidade de compreender o absenteísmo numa perspectiva sistêmica, demonstrando que a realidade de trabalho nas organizações afeta e é

afetada também pela história, pela personalidade e pelo estilo de vida de cada trabalhador, além dos contextos macro da organização e aqueles que a extrapolam.

Contribuiu ainda por apresentar fatores preditores de riscos psicossociais aos trabalhadores e demonstrar a importância e a possibilidade em realizar intervenções que possam minimizar os danos de toda ordem que atingem os trabalhadores, as organizações e a sociedade.

Algumas limitações são identificadas, não obstante as contribuições desta pesquisa documental. Dentre elas, demonstrar as repercussões do absenteísmo às organizações e à sociedade. Apesar de trazer alguns fatores de impacto, o desafio não foi cumprido em sua integralidade, uma vez que a revisão da literatura não aprofunda sobre esses dados, restringindo-se ao custo financeiro da remuneração em relação aos dias perdidos.

Outra limitação foi responder ao objetivo sobre as categorias profissionais que realizam pesquisas sobre o absenteísmo, especificamente um estudo epidemiológico sobre as patologias do Grupo F (CID-10). A exceção são as pesquisas científicas realizadas com os trabalhadores da Enfermagem, embora tenham sido encontrados estudos pontuais algumas outras categorias.

Esse *gap* sinaliza desafios que suportam novas pesquisas sobre absenteísmo por TMC, principalmente as atividades econômicas com alta concessão de benefícios pelo INSS. Sugere-se também pesquisas sobre a saúde mental de *CEO* de grandes corporações, altos executivos e gestores de primeiro escalão em empresas de grande porte. Verifica-se também como possibilidade de pesquisa, profissionais de suporte ao trabalhador, principalmente quando são, direta ou indiretamente, demandados por tomada de decisão sobre lides trabalhistas, a exemplo de magistrados da Justiça do Trabalho, procuradores do Ministério Público do Trabalho e auditores do Ministério do Trabalho e Emprego, em suas Superintendências Regionais. E um outro público, alvo para novas pesquisas, são profissionais de saúde e de segurança do trabalho, a exemplo do médico e enfermeiro, assim como profissionais como o psicólogo, o assistente social, o fisioterapeuta, dentre outros; que dão suporte ao trabalhador, embora ainda não faça parte da equipe do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina no Trabalho).

Espera-se estimular novos estudos e contribuir com o avanço e o fortalecimento de ações de promoção de saúde mental. Embora o adoecimento psíquico nem sempre tenha origem no trabalho, é possível sensibilizar organizações e órgãos de suporte ao trabalhador para minimizar o nexo causal laboral, atuando sobre a cultura organizacional, formalizando no Código de Conduta e Ética (*Compliance*) o repúdio e o compromisso com políticas de enfrentamento às diversas formas de

violência que repercutem, indelévels, em agravos à saúde do trabalhador, em presenteísmo e em absenteísmo por doenças do Grupo F (CID-10), ênfase desta pesquisa.

Este artigo faz parte da tese denominada: “*A Saúde Mental Por Um Fio De Alta Tensão*”. No artigo adiante será apresentada uma pesquisa documental, contendo uma análise dos achados do absenteísmo entre 2010 e 2013 da *Energix*, nome fictício da Empresa do setor elétrico energético onde este estudo de tese foi realizado.

A Prostituta

Seu corpo arde,
E viva a carne
E viva a carne
E viva a carne

Seu corpo geme,
E viva a carne
E viva a carne
E viva a carne

Seu corpo chora,
E viva a carne
E viva a carne
E viva a carne

Seu corpo sobre,
E viva a carne
E viva a carne
E viva a carne

Seu corpo desce,
E viva a carne
E viva a carne
E viva a carne

A carne podre,
As carnes podres,
O peito mole,
Os peitos moles,
A mão tão ágil
O corpo frágil,
O beijo fácil,

A mão que alisa
E que desliza
O riso fútil,
O gozo inútil,
O ganho fácil
- O ganho fácil?
O filho chora
E ela implora,
Sorri o macho,
Sorriso baixo.
E ela grita
E se agita.
O Macho escapa,
Dá-lhe outro tapa,
E a marafona
Fazendo a zona
Mal sub tona
Leve sussurro
(Leva outro murro)

E sob o macho
Vira capacho
Que acaso finge
Qual uma esfinge
Que o corpo arde
- E viva a carne
Que o corpo geme
- E viva a carne
Que o corpo grita
- E viva a carne

E eis chegada
A madrugada
Com a vitória

Do amor sem glória
(Seu corpo chora)
- seu corpo sobe
- Seu corpo desce
E as carnes podres,
E os peitos moles,
A mão que alisa
E que desliza,
O riso fútil,
O gozo inútil,
Tudo se soma
No ganho fácil,
- No ganho fácil?
E pelo filho
É que ela implora.

O macho paga,
A luz se acende,
O macho some,
A luz se apaga,
O macho desce,
E ela dorme.
A noite foge,
Já amanhece,
E ela acorda
Roupas na corda.
- Que manhã linda!

(Ela inventa)
Enquanto o filho
Ela amamenta,
E enquanto canta,
Da noite esquece.

Guilherme

ARTIGO 03

PESQUISA DOCUMENTAL DO ABSENTEÍSMO POR DOENÇAS MENTAIS NA *ENERGIX*¹: 2010 A 2013CALDAS, LAURA PEDROSA²CALDAS, MARCUS TULIO³

RESUMO

Absenteísmo é uma questão de saúde pública que rebate nas empresas, nos trabalhadores e na sociedade em geral. O objetivo geral deste estudo foi analisar os dados estatísticos estratificados do absenteísmo por TCM, entre 2010 e 2013, correlacionando com o AEAT/INSS (2015). E específicos: demonstrar o IAD no período; descrever o *ranking* do absenteísmo-doença prevalente dos CID-10 e a colocação do Grupo F; correlacionar o percentual de afastamento por TMC ao Q.P. da *Energix*; avaliar o percentual de dias perdidos e de ocorrências de absenteísmo por TMC, considerando o recorte de gênero; e analisar os TMC e suas subclassificações prevalentes no período. Utilizou-se o método descritivo-exploratório e quantitativo, de estudo epidemiológico, a partir dos registros do absenteísmo-doença da *Energix* (2010 a 2013). Os dados foram analisados por valores totais e percentuais de variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão e mediana das variáveis numéricas, bem como frequências absolutas e percentuais, média aritmética e o IAD, por meio do programa SPSS-21. Na comparação das categorias sociodemográficas em relação às variáveis utilizou-se o teste *t-Student* com variâncias iguais, os testes *Mann-Whitney* e *t-Student* com variâncias desiguais ou na comparação de duas categorias e os testes F (*ANOVA*) ou *Kruskal-Wallis* na comparação de três categorias. A população no período variou entre 5.609 (2010) à 5.554 (2013) e a amostra documental do absenteísmo-doença entre 2.981 (2010) e 3.077 (2013). A amostra do absenteísmo por TMC foi: 291 (2010), 253 (2011), 318 (2012) e 308 (2013). Resultados: o Grupo F (TMC) é o sexto entre os dez grupos de patologias do absenteísmo-doença (INSS, terceiro). Os três primeiros: M (sistema osteomuscular e tecido conjuntivo), K (aparelho digestivo) e J (respiratório), respectivamente. INSS: Lesões, Acidentes e Envenenamento (Grupos S e T), M e F. A amostra feminina com TMC compromete 29% o QP de trabalhadoras; dos homens não chega a 9%. Dias perdidos e ocorrências são superiores entre mulheres, com 8% e 5%, respectivamente. O absenteísmo por TMC na *Energix*, duas vezes maior entre mulheres, espelha os parâmetros do INSS por recorte de gênero. O TMC compromete em 5,5% o absenteísmo-doença na *Energix* enquanto no INSS não atinge 1%, demonstrando o vulto do risco e do adoecimento psicossocial na empresa pesquisada. Os TMC prevalentes na *Energix*, que confirmam os dados INSS, foram: transtornos de humor (depressão), ansiedade; transtornos neuróticos relacionados ao stress, somatoformes e de adaptação; e o uso de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Transtornos Mentais e Comportamentais e Trabalho; Benefícios do INSS; e Absenteísmo por TMC.

¹Nome Fictício – a empresa onde foi realizada a pesquisa não autorizou a divulgação de seu nome, conforme documento de Carta de Aceite, registrado no Comitê de Ética da UNICAP (CAAE 21.478713.4.0000.5206).

²Doutoranda e Mestre em Psicologia, com ênfase na Clínica das Instituições. Especialista em Gestão de Equipes, Dinâmica de Grupo (UNICAP) e Psicologia Organizacional e do Trabalho (CRP/02). Psicóloga (*ENERGIX*). Perita (TRT-06). Coordenadora do Núcleo de Psicologia (Faculdade Redentor/RJ IDE Pós Graduações) e Docente em IES.

³Doutor em Psicologia pela Universidade de Deusto, Espanha. Graduação em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, UFF. Professor Adjunto II (UNICAP). Docente convidado em IES.

ABSTRACT

Absenteeism is a public health issue that strikes at companies, workers and society at large. The general objective of this study was to analyze the stratified statistical data of TCM absenteeism between 2010 and 2013, correlating with the AEAT / INSS (2015). And specific: demonstrate the IAD in the period; describe the ranking of prevalent absenteeism-disease of the CID-10 and the placement of Group F; correlate the percentage of time off by TMC to Q.P. from Energix¹; to evaluate the percentage of days lost and occurrences of absenteeism due to TMC, considering the gender clipping; and analyze the TMCs and their subclassifications prevalent in the period. We used the descriptive-exploratory and quantitative method of epidemiological study, from the records of Energix absenteeism-disease (2010 to 2013). Data were analyzed by total values and percentages of categorical variables and measures: mean, standard deviation and median of numeric variables, as well as absolute and percentage frequencies, arithmetic mean and the IAD, using the SPSS-21 program. In the comparison of sociodemographic categories in relation to the variables we used the Student's t-test with equal variances, the Mann-Whitney and t-Student tests with unequal variances or in the comparison of two categories and the F (ANOVA) or Kruskal-Wallis tests. in comparing three categories. The population in the period ranged from 5,609 (2010) to 5,554 (2013) and the documentary sample of absenteeism-disease between 2,981 (2010) and 3,077 (2013). The sample of TMC absenteeism was: 291 (2010), 253 (2011), 318 (2012) and 308 (2013). Results: Group F (TMC) is the sixth among the ten disease-absenteeism disease groups (INSS, third). The first three: M (musculoskeletal system and connective tissue), K (digestive tract) and J (respiratory), respectively. INSS: Injuries, Accidents and Poisoning (Groups S and T), M and F. The female sample with CMD compromises 29% of workers' QP; of men does not reach 9%. Lost days and occurrences are higher among women, with 8% and 5%, respectively. Energix TMC absenteeism, twice as high among women, mirrors INSS parameters by gender. The TMC compromises 5.5% absenteeism-disease in Energix while INSS does not reach 1%, demonstrating the major risk and psychosocial illness in the researched company. The prevalent CMDs in Energix, which confirm the INSS data, were: mood disorders (depression), anxiety; stress, somatoform and adaptation neurotic disorders; and the use of psychoactive substances.

Keywords: Mental and Behavioral Disorders and Work; INSS benefits; and TMC absenteeism.

¹ Fictitious Name - the company where the research was conducted did not authorize the disclosure of its name, according to a Letter of Acceptance document registered with the UNICAP Ethics Committee (CAAE 21.478713.4.0000.5206).

INTRODUÇÃO

Muitos são os estudos sobre o binômio trabalho *versus* saúde. As abordagens que estudam esta temática, com ênfase na saúde mental, têm por objetivo avaliar o contexto laboral, identificar possíveis riscos e propor intervenções sobre as repercussões na saúde do trabalhador.

As razões que provocam faltas no trabalho são inúmeras. Pode-se ausentar por motivos particulares, demanda legal ou licenças que configuram direitos do trabalhador, motivos sociais ou culturais, além das licenças médicas por adoecimento. Portanto, as razões são incontáveis, porém pretende-se verticalizar a análise nos dados documentais do absenteísmo por TMC.

Neste artigo, serão analisados os dados documentais quantitativos registrados do absenteísmo por doença dos TMC da *Energix*. A análise considera os dados sociodemográficos, dias perdidos, ocorrências (ou número de atestados médicos), as patologias do Grupo F (CID-10) prevalentes, os setores com maior número de ausência, além de considerar o recorte de gênero, de faixa etária, de escolaridade, dentre outros.

Esse estudo documental permite identificar áreas de riscos psicossociais, trabalhadores vulneráveis e até adoecidos, assim como diagnósticos mais precisos dos fatores preditores e explicativos do adoecimento psíquico e apontar nexos causais com o contexto laboral. Esses dados contribuem em propostas assertivas de intervenções para minimizar e até reduzir as repercussões das doenças mentais nos trabalhadores, nas empresas e na sociedade em geral. (Assis, 2005; Caldas e Bispo, 2006; Cascio e Boudreau, 2010; Falavigna e Carlotto, 2013; Lopes, 2013; e Fonseca e Araújo, 2014).

Apesar do pressuposto de que os agravos à saúde mental são multicausais, não restritos aos fatores laborais, por certo geram absenteísmo e repercutem na vida do trabalhador adoecido em todas as esferas, até na capacidade de trabalho; na organização e nos trabalhadores assíduos, na gestão e na redistribuição das atividades para garantir o padrão de qualidade e quantidade de produtos e serviços; e na sociedade em geral.

Define-se como objetivo geral analisar os dados estatísticos estratificados do absenteísmo por TCM, entre 2010 e 2013, correlacionando com o AEAT/INSS (2015). Os objetivos específicos são: demonstrar o IAD no período; descrever o *ranking* do absenteísmo-doença prevalente do CID-10 e a colocação do Grupo F; correlacionar o percentual de afastamento por TMC ao QP da *Energix*; avaliar o percentual de dias perdidos e de ocorrências de absenteísmo por TMC, considerando o recorte de gênero; e analisar os TMC e suas subclassificações prevalentes no período.

A metodologia utilizada é de natureza quantitativa, baseando-se no estudo de amostra documental descritiva-exploratória. Visa a obter dados estatísticos epidemiológicos sobre o absenteísmo por TMC dos empregados da *Energix*, mediante Carta de Aceite (anexo).

É relevante o tamanho populacional da pesquisa realizada numa empresa do setor elétrico energético brasileiro, localizada na Região Nordeste, com mais de 5.500 trabalhadores e alto risco de acidente de trabalho (Risco III). Fazem parte da amostra trabalhadores que apresentaram ao menos um dia perdido por TMC, no período de 2010 até 2013.

Os fatos ocorridos no setor elétrico energético brasileiro na mesma época rebatem no segmento e, por conseguinte, na *Energix*, justificando a definição temporal da pesquisa. Alguns fatos significativos que ameaçam sua solidez: perda prematura do monopólio de concessão para produzir e negociar energia elétrica; o novo modelo de comercialização (leilões); o custo vultoso das multas por interrupção no fornecimento de energia ('apagões'); a redução de tarifas a receber; e o crédito que empresas do setor tem haver e o Governo Federal não honra.

Apesar de o cenário descrito atingir todas as empresas do setor elétrico energético no Brasil, a revisão da literatura identifica apenas uma pesquisa realizada com trabalhadores de manutenção de linhas elétricas de alta tensão, por Souza *et al* (2012).

Segundo os autores, é identificado nexos causal laboral específico ao diagnóstico de depressão (F-32. F-33) – Modelo Esforço-Recompensa. O questionário mede o desequilíbrio entre esses fatores, considerando a saúde em geral, o esforço físico e o esforço mental, de um lado; e a recompensa, dividida em: reconhecimento, promoção e segurança no trabalho. Os resultados apontam que quanto maior esse desequilíbrio, maior a prevalência de depressão entre os participantes. Além da Escala, os pesquisadores avaliaram outros fatores relacionados aos TMC: sobrecarga da equipe, jornada em turno de revezamento, ausência de autonomia na tomada de decisão, regras rígidas, trabalho monótono e repetitivo. Esse estudo é relevante por tratar-se do único estudo no setor elétrico energético no período definido para revisão da literatura. Contudo, os dados obtidos são observados em pesquisas com outras categorias profissionais.

Com o objetivo de ajustar-se ao cenário, a *Energix* adota políticas internas de redução de custos e inicia um Programa de Demissão Voluntária, visando a reduzir o quadro de pessoal. Essas mudanças geram repercussões no negócio e nos trabalhadores, conforme dados mensurados por indicadores de Gestão de Pessoas, como: absenteísmo-doença, pesquisa de clima, avaliação de desempenho, segurança no trabalho, medidas punitivas aplicadas e políticas de carreira e remuneração.

Em que pese os dados estatísticos do absenteísmo por TMC no período, 2012 aponta um aumento significativo no adoecimento mental, coincidindo com o ano de maior adesão ao programa de desligamento. A correlação entre os dados coletados permite inferir sobre onexo causal entre a saúde mental e o contexto laboral na *Energix*.

Incontestemente, é relevante a coleta dessas informações, uma vez que permite planejar e executar ações de prevenção, recuperação e de promoção de saúde mental, considerando, na avaliação do que é realizado, o contexto político e socioeconômico, bem como a cultura organizacional e os resultados alcançados, a exemplo da *Energix*.

A análise epidemiológica e a mensuração de indicadores de absenteísmo permitem uma gestão perene e consistente de causas e consequências, identificando oportunidades de melhorias e promovendo ambiente de trabalho mais saudável e mais seguro. Para isso, é preciso o registro criterioso dos dados estatísticos sobre os dias perdidos. Dessa informação, apontar o custo financeiro, considerando a remuneração (incluindo salário, benefício, encargo social, gratificação, dentre outros) dos trabalhadores ausentes.

Por outro lado, além do estudo documental, sugere-se obter dados que permitam levantar hipóteses sobre aspectos relacionados ao próprio trabalhador, considerando sua estrutura e psicodinâmica de personalidade, aspectos hereditários, sua dinâmica familiar, momentos do ciclo vital e de seu desenvolvimento, dentre outros. Nem sempre o trabalho é a causa, mas pode precipitar o absenteísmo, configurando concausa do TMC.

Espera-se que este artigo contribua com novos estudos sobre a saúde, com ênfase nos TMC, conforme a Norma Regulamentadora n.º 10 (NR-10 do Ministério do Trabalho e Empresa) que regula as empresas do segmento. Justifica-se ainda pela possibilidade de demonstrar um modelo de análise documental do absenteísmo para outros segmentos, tipos de atividade e empresas de porte econômico diferentes.

Segundo Assis (2005); Caldas e Bispo (2006); Cascio e Boudreau (2010); Falavigna e Carlotto (2013); Fonseca e Araújo (2014); é necessário o acompanhamento regular dos afastamentos para prevenir e remediar os custos *visíveis* (econômicos e financeiros, principalmente) e até os *invisíveis* do absenteísmo (desmotivação e insatisfação dos trabalhadores assíduos, reorganização no planejamento e execução das tarefas, dificuldades de gestão, prejuízos na qualidade e quantidade da produtividade esperada).

A seguir, são discutidos fundamentos teóricos e pesquisas realizadas entre a década de 1990 a 2013 sobre a Saúde Mental e o Nexo Causal do Trabalho, analisando fatores de riscos psicossociais que possam prejudicar e contribuir com doenças psíquicas de trabalhadores.

T.M.C. PREVALENTES DO TRABALHO

É fato que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Precisa ser compreendida de modo processual, considerando o potencial que tem o indivíduo em desenvolver e melhorar continuamente suas condições. Está relacionada a mudanças socioeconômicas, políticas, históricas e culturais, principalmente nos países onde prevalecem desigualdades. Nesse contexto, o desafio é impulsionar a melhoria da qualidade de vida, onde a maioria da população (sobre)vive abaixo da linha de pobreza, é desassistida e a condição de vida é ínfima. (Garcia-Riaño, 1991; e Rodrigues *at al*, 2013; e Monteiro *at al*, 2013).

Numa perspectiva holística, a saúde integra fatores como: educação, trabalho, espiritualidade, afetividade, sexualidade, transporte, condição profissional, segurança, habitação, higiene, lazer; além dos aspectos biopsicossociais.

Para Ackerman (1986), a saúde mental revela o equilíbrio interno dos processos psíquicos do indivíduo e as relações significativas e interativas com os grupos sociais. Segundo Ackerman (1986, p. 20),

os critérios para doença e saúde mental não podem ser restritos ao indivíduo. Eles devem englobar o indivíduo dentro do grupo bem como o grupo. Os males que afligem o indivíduo, a família e a sociedade são um *continuum*... significa a capacidade de crescer, de aprender, de viver totalmente, de amar e de compartilhar com os outros a aventura da vida.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – versão 5 (DSM-V, 2014), da *American Psychiatric Association* (APA), classifica os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) e os critérios associados para estabelecer diagnósticos confiáveis. Explica no prefácio que, embora sendo uma classificação categórica de cada transtorno, reconhece que nem sempre se encaixam totalmente nos limites de uma única patologia, uma vez que o conjunto de alguns sintomas envolvem múltiplas categorias diagnósticas e podem sinalizar uma vulnerabilidade subjacente comum a um determinado e até mesmo mais amplo grupo de doenças.

O DSM-V (2014, p. 20) define TMC como

uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. (...) associados a sofrimento ou incapacidade significativa

que afeta atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor (...) não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (...) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que (...) seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito.

A Classificação Internacional de Doenças – CID-10, sistema de categorias diferenciadas por grupo de condições de morbidade de doenças e de mortalidade. São 12 categorias e o Grupo F (F00 – F99) refere aos Transtornos Mentais e Comportamentais. Inclui os transtornos do desenvolvimento psicológico e exclui os sintomas, sinais e outros achados clínicos anormais sem diagnóstico preciso. (CID-10, 2003).

Os TMC são assim classificados: (1) Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-F09); (2) TMC devido ao uso de substância psicoativa (F10-F19); (3) Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29); (4) Transtornos de humor (afetivos) (F30-F39); (5) Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes (F40-F49); (6) Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos (F50-F59); (7) Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69); (8) Retardo mental (F70-F79); (9) Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89); (10) Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência (F90-F98); e Transtorno mental não especificado (F99) (CID-10, 2003).

O Ministério de Saúde ratifica que a subjetividade e invisibilidade do sofrimento psíquico é o maior desafio para um diagnóstico precoce dos TMC. Somente quando emergem os sinais evidentes de sofrimento e os processos agudos dos transtornos se manifestam, procura-se um psicólogo ou psiquiatra assistente (BRASIL, 2014).

Desse modo, é necessário analisar e valorizar as mudanças de humor, de comportamento; os sinais de fadiga, de ansiedade, de agressividade, de cansaço, de esgotamento. Ficar atento também aos distúrbios do sono ou alimentar, o comprometimento da autoestima, o consumo de bebida alcoólica e outras drogas. Em condições mais graves e mais evidentes avaliar as queixas psicossomáticas e até a ideação suicida e a morte. Na dúvida, o correto é encaminhar a pessoa para ser avaliada por profissionais de saúde e, assim, facilitar um diagnóstico precoce e preciso. (BRASIL, 2014; Penatti, Zago e Quelhas, 2011; Salerno, Silvestre e Sabino, 2011; Assunção e Silva, 2012; Falavigna e Carloto, 2013; Pinto, Figueiredo e Souza, 2013; Monteiro *at al*, 2013; Fonseca e Araújo, 2014; e Mascarenhas e Barbosa-Branco, 2014).

O diagnóstico de TMC não é algo simples. Precisa-se considerar fatores que extrapolam o próprio indivíduo, como cultural, socioeconômico, familiar e da própria herança genética. Álvaro e

Paez (1996) reforçam que, para ser considerada uma doença ou comprometimento do bem-estar psicológico, é fundamental atentar para problemas emocionais de ordem simbólica, cognitiva e comportamental construídos na interação social. Depende também da abordagem que se adote entre os modelos epistemológicos da psicologia, da sociologia e da medicina. A configuração do TMC vai depender ainda das reações e atitudes da sociedade frente às alterações emocionais, comportamentais e em termos de personalidade que o indivíduo apresenta.

O objeto deste estudo é a saúde mental do trabalhador. A ênfase está nas demandas advindas do labor como constitutivo do adoecimento, aproximando subjetividade e identidade do trabalhador ao lugar que ocupa na sociedade.

Para Caldas (2007), esse trabalhador é o protagonista das consequências do mundo do trabalho, seja por manter-se em condições saudáveis ou por adoecer. O desamparo, as tensões e as pressões da ambiência laborativa exigem capacidade de adaptação. De um lado, estão as exigências e as cobranças do empregador e, do outro, as contradições e as expectativas do trabalhador que podem transformar o custo em sofrimento psíquico e gerar agravos à saúde mental. Além disso, vêm crescendo as denúncias de suicídio *no* e *do* trabalho. Muitos casos, senão a maioria deles, são subnotificados e não há dados específicos nos AEAT do INSS (Dejours e Bègue, 2010; e BRASIL, 2013).

Trabalho (*lato sensu*) não se restringe ao exercício profissional; inclui sua percepção e sentido, além de aspectos subjetivos, inclusive relacionados a sua falta; seja pela condição de desempregado, de afastado por razões de doença ou da imposição de uma ociosidade compulsória; seja pela condição de autônomo, de trabalhador informal ou prestador de serviço eventual ou ainda aposentado (Antunes, 1995).

Inerente ao contexto humano, o trabalho tem um significado dinâmico, complexo, singular. O trabalhador constrói e reconstrói esse sentido ao longo de sua história. Deve ser fonte de satisfação, orgulho e realização. E quase sempre não é reconhecido nem valorizado; é invisível e gera sofrimento. As possibilidades de produzir e gerir as atividades são formas paradoxais de modos de subjetivação do trabalhador que depende unicamente do trabalho (Barreto, 2003; Caldas, 2007; Dejours, Aboucheli e Jayet, 2010).

Pesquisas sinalizam no diagnóstico de TMC questões culturais, socioeconômicas, políticas, além da causalidade dos fatores do trabalho, independente de categoria profissional. São causas laborais prevalentes as relações socioprofissionais danosas, o modo de gestão inadequado e a sobrecarga da equipe assídua. Referem como fatores recorrentes e de maior vulnerabilidade as

situações de assédios moral e sexual, alto esforço mental, medo do desemprego, baixo suporte social, de cooperação e de solidariedade no trabalho (Caldas, 2007; Dejours e Bègue (2010); Pintor, 2010; Falavigna e Carloto, 2013; Pinto, Figueiredo e Souza, 2013; Mascarenhas e Barbosa-Barbosa, 2014; Braga, Carvalho e Binder, 2010; Zanelli, 2010; Lopes, 2013; e Fonseca e Araújo 2014).

Selligman-Silva (1994) reforça essa inter-relação entre o trabalho e o processo de saúde e doença, considerando também os fenômenos mentais. A autora ratifica as causas de natureza social e os aspectos subjetivos das relações interpessoais como favoráveis ao adoecimento psíquico. A identificação do nexo causal entre o trabalho e os agravos à saúde mental não se restringe a avaliação do sujeito em situação de vulnerabilidade. Demanda o diagnóstico organizacional, das variáveis multifacetadas do trabalho e dos riscos psicossociais. Inclui o estudo epidemiológico de doenças psíquicas, inclusive as concessões de benefícios do INSS. (Caldas, 2007; Braga, Carvalho e Binder, 2010; Assunção e Silva, 2012; e Fonseca e Araújo, 2014).

O método de Schilling é um estudo classificatório dos transtornos mentais ocupacionais que distribui as doenças em três grupos. No grupo I, o trabalho é a causa necessária ou agente causador para que a doença ocupacional seja legalmente reconhecida. No grupo II, o trabalho é fator que contribui, mas não é considerado como causa necessária. Trata-se de um fator de risco. E no grupo III, o trabalho pode desencadear ou piorar uma doença existente. É fator que provoca um distúrbio latente ou agrava uma doença já estabelecida. (BRASIL, M.S., 2004)

Os TMC ocupacionais, conforme essa classificação, estão nos grupos II e III, pois são doenças, *a priori*, resultantes do trabalho. Embora possa ter nele sua causalidade, necessita de um laudo técnico que configure o nexo. Apenas em alguns casos específicos, os TMC em trabalhadores são classificados no Grupo I, tais como: provocados por neurotoxinas, estresse pós traumático e transtorno do ciclo vigília-sono por razões não orgânicas (turno noturno ou em regime de revezamento).

A temática Saúde Mental e Trabalho vem despertando interesse em diversas ciências. A Psicologia e a Medicina devem contribuir de forma interdisciplinar para promover saúde mental ao trabalhador. Alicerçadas em conhecimentos distintos, com aspectos epistemológicos e metodológicos próprios; não se excluem.

A Psicossociologia, a Psicodinâmica do Trabalho, a Ergologia e a Clínica da Atividade formam as Clínicas do Trabalho. Vêm pesquisando a relação entre saúde mental e trabalho. Cada abordagem tem uma visão ontológica, epistemológica e metodológica próprias dos fatores do trabalho

que mobiliza os processos de subjetivação do homem trabalhador. E nenhuma delas parece dar conta integralmente aos fenômenos que entrelaçam este binômio, ressalta Bendassolli e Soboll (2011).

A relevância de um estudo epidemiológico é identificar situações de vulnerabilidade, atuar e minimizar as condições de sofrimento e de adoecimento que podem repercutir em danos de diversas ordens. Permite fomentar conhecimentos mais aprofundados do que se configuram as condições precarizadas do trabalho. No que se refere aos transtornos mentais e comportamentais, é mister considerar os aspectos subjetivos apontados pelos trabalhadores adoecidos. O AEAT é uma dessas ferramentas de gestão do absenteísmo. Permite aprofundar o estudo do absenteísmo da organização, comparando-o com os dados regionalizados, por categorias ocupacionais e percentuais de adoecimentos do INSS.

Além da gestão do absenteísmo por doenças psíquicas e comportamentais que deve ser realizada por cada organização, também se faz necessário considerar seu custo e a correção dos impactos financeiros e socioeconômicos dos benefícios pagos pelo INSS.

BENEFÍCIOS DO INSS E O CUSTO DOS TMC

A discussão sobre Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SST) não é recente, inclusive no Brasil. A partir da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) esse direito do trabalhador é legalizado. Em seu Capítulo V, dispõe que o trabalhador tem assegurado o direito à saúde no ambiente laboral. E prevê que o empregador e seus representantes legais devem cumprir as Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego (M.T.E.), previstas na CLT, conforme a Lei n.º 6.514/77, aprovada através da Portaria n.º 3.214/78.

As NR-04, NR-07 e NR-09, relativas ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), respectivamente, são as mais abrangentes (BRASIL/1977/1999).

Em 1977, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) define, no bojo da NR-4, a equipe multidisciplinar do SESMT, as atividades específicas e a abrangência de atuação, baseando-se no número de trabalhadores por empresa e no Risco de Acidentes. Ainda hoje é formada apenas por engenheiro e técnico de segurança, médico, auxiliar e enfermeiro.

A NR-07 regula o PCMSO, promovendo e preservando a saúde dos trabalhadores. É coordenado pelo médico do trabalho; inclui políticas e ações de prevenção de adoecimento do coletivo de trabalhadores, privilegiando a abordagem clínico-epidemiológica da relação saúde e

trabalho. E a NR-09 avalia e controla riscos ambientais laborais, visando a preservar a saúde e a integridade do trabalhador. Os agentes de riscos avaliados são: *físicos* (ruído, pressão, temperatura, radiação); *biológicos* (bactéria, fungo, bacilo, parasita, protozoário, vírus); e *químicos* (substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo por via respiratória ou absorvidos pela pele e ingestão).

Muitas são as mudanças advindas da globalização, tanto para os negócios e mais intensamente aos trabalhadores, que adquirem *doenças ocupacionais* – provocada pelo exercício da atividade, e *doenças profissionais*. Mesmo com todas as mudanças no mundo do trabalho e o crescimento dos transtornos mentais e comportamentais nas últimas 4 décadas, a equipe definida na década de 1970 permanece a mesma, embora não mais dê conta dos riscos psicossociais que vêm aumentando nesse cenário emergente e altamente flexível do trabalho. Inclusive o médico é generalista, não demandando especialização em psiquiatria para lidar com as patologias do Grupo F (CID-10).

Entretanto, o MTE não atualiza a NR-04 e os saberes necessários aos profissionais do SESMT. Os dados do AEAT corroboram dessa demanda urgente, haja vista que apontam os TMC como a terceira maior causa de benefícios, a doença ocupacional mais subnotificada e, no entanto, não consta ainda no SESMT o psicólogo e o psiquiatra. (BRASI/INSS, 2014; e BRASIL/MTE, 2014)

Os dados coletados no AEAT utilizam essa mesma classificação para descrever a concessão anual de benefícios pagos e identificar as doenças ocupacionais. Define acidente de trabalho como “aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, permanente ou temporária, que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho” (MPTS, 2014, p. 538).

Equiparam-se as doenças profissionais típicas por ramo de atividade constantes na tabela da Previdência Social; as doenças por contaminação acidental no trabalho; os acidentes com lesão, mesmo que o trabalho não tenha sido a única causa; e o acidente em horário e local específicos, inclusive de trajeto (residência-trabalho e vice-versa). A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é o registro formal ao INSS e inclui o reinício do tratamento ou novo afastamento por agravamento do acidente ou doença. Sem o registro pela empregadora, o acidente/doença do trabalho é identificado por meio do Nexo Técnico Profissional/Trabalho, Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) ou Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho. A identificação é formalizada pela concessão de benefícios acidentários. (MPTS, 2014).

A partir de 2007, com o NTEP, consolidam-se direitos relevantes ao trabalhador. Primeiro, o estudo de coorte populacional epidemiológico passa a estabelecer a correlação entre o diagnóstico de

incapacidade laboral e a atividade econômica, invertendo o ônus da prova, que passa a ser do empregador. Segundo, para diminuir as subnotificações, a emissão da CAT, anteriormente de responsabilidade exclusiva do empregador, pode ser emitida pelo médico perito ou sindicato ao qual o trabalhador é filiado. (BRASIL, 2007/2014; e Albuquerque e Barbosa-Branco, 2014).

O NTEP também contribui no reconhecimento das doenças, assim como no fortalecimento dos órgãos de amparo legal aos trabalhadores. As reivindicações por condições de trabalho, por qualidade de vida e saúde têm estimulado novas pesquisas científicas. Os resultados ratificam que o investimento em condições laborais dignas, num modo de gestão mais humanizado e em relações socioprofissionais saudáveis contribuem na redução do absenteísmo por doenças mentais, preserva a imagem social e torna as empresas sustentáveis. Sob a perspectiva econômico-financeiro, resta provado aos empregadores que esse investimento traz retorno ao negócio. Os dados apontam a redução de acidentes de trabalho e do absenteísmo, dos custos com lides trabalhistas e outras despesas de difícil cálculo (boicote, transgressão e abandono de emprego).

Espera-se que o NTEP avance ainda mais com políticas públicas e contribua para uma abordagem multidisciplinar que garanta ações de prevenção, recuperação e principalmente de promoção de saúde mental e sua interface com o contexto de trabalho. Incluir no diagnóstico organizacional, a análise dos riscos psicossociais, além de propostas de intervenções que contribuam com avanços significativos do NTEP.

A Tabela 01 registra os dados gerais do AEAT, no período de 2010 a 2013, correspondendo ao período de análise documental na *Energix*. Os dados apontam o total de acidentes de trabalho no Brasil, classificando por emissão de CAT e subnotificação.

Revela um crescimento de 9,8% no total de acidentes, de 2010 para 2011. Esse quantitativo volta a diminuir em 2012, cerca de 9,9%, com valor total aproximado de 714 mil acidentes. Em 2013, esse número volta a crescer, embora mantendo-se inferior à 2011.

ACIDENTE DE TRABALHO - COM E SEM CAT				
ACIDENTES	2010	2011	2012	2013
COM CAT	529.793	543.889	546.222	559.081
SEM CAT	179.681	176.740	167.762	158.830
TOTAL	709.474	720.629	713.984	717.911

Tabela 01 – Total de acidente de trabalho no Brasil (Dados do INSS, AEAT – 2010 à 2013)

Ao analisar ainda a Tabela 01, observa-se o total de acidentes do trabalho no Brasil, entre 2010 e 2013. A média de subnotificação no período fica em torno de 31%, sendo o maior percentual em 2010 (34%) e o menor em 2013 (28%). Os dados estatísticos demonstram que o total de acidentes crescem inversamente proporcional ao percentual de subnotificação, levando a inferir que talvez não haja um crescimento no número de acidentes de trabalho, mas um registro maior das CAT.

A partir dos dados da AEAT, é possível realizar uma pesquisa documental do absenteísmo organizacional. Neste artigo, a ênfase é no estudo dos TMC. Ao respeitar preceitos éticos e resguardar informações sigilosas dos trabalhadores, o estudo permite ao psicólogo e demais profissionais de saúde identificar riscos psicossociais e trabalhadores já adoecidos, promovendo um espaço de fala e de acolhimento a essas pessoas. Dessa escuta é possível reconhecer e intervir no contexto que gera ou precipita o sofrimento e adoecimento psíquico de trabalhadores em situações de vulnerabilidade.

A Tabela 02 registra o AEAT por Grupos de doenças prevalentes. Os dados estatísticos mantêm estáveis e prevalentes três Grupos de doenças: S e T (traumatismo ou lesão e envenenamento), correspondendo à 71% dos registros; M (osteomuscular e do tecido conjuntivo), com 16%; e o Grupo F (TMC), com 0,02% dos benefícios.

QUANT. DE ACIDENTE DE TRABALHO																
	2010				2011				2012				2013			
	TOTAL	Com CAT	Sem CAT	D. TRAB	TOTAL	Com CAT	Sem CAT	D. T	TOTAL	Com CAT	Sem CAT	D. TRAB	TOTAL	Com CAT	Sem CAT	D. TRAB
CID-10	709.474	529.793	179.681	17.177	720.629	543.889	176.740	16.839	713.984	546.222	167.762	16.898	717.911	559.081	158.830	15.226
S + T	503.167	432.227	70.940		512.376	441.234	71.142		506.516	436.907	69.609		508.480	444.331	64.149	
%	71%	86%	14%		71%	86%	14%		71%	86%	14%		71%	87%		
M	114.061	74.632	39.429		110.802	71.415	39.387		104.403	65.846	38.557		101.814	62.883	38.931	
%	16%	65%	35%		15%	64%	36%		15%	63%	37%		14%	62%		
F	14.601	4.208	10.393	14.601	14.924	4.700	10.224	14.924	15.839	6.186	9.653	15.839	18.154	10.495	7.659	18.154
%	0,02%	29%	71%	85%	0,02%	31%	69%	89%	0,02%	39%	61%	94%	0,03%	60%	40%	119%

Tabela 02 – Quantitativo de acidente de trabalho por Grupo do CID-10 e registro de CAT

O Grupo M, segundo maior dos dados totais registrados na AEAT, diminui a cada ano, revelando que ações preventivas e de promoção da saúde osteomuscular apontam impactos positivos na redução desses agravos. Já o Grupo F (TMC), embora ocupe o terceiro lugar nos registros do INSS, não é estatisticamente significativo em relação aos dois primeiros. Ao debruçar sobre seus dados totais, entretanto, verifica-se um aumento anual significativo de 1% de seu total, bem acima do que representa no *ranking* do AEAT.

Ao avaliar a emissão ou não da CAT, os Grupo S e T têm o maior registro, com média de 86% a 87%, no período. Já o Grupo M tem em média 63% das CAT registradas, embora aumente 1% anualmente a subnotificação, demandando fiscalização e estudo aprofundado sobre a ausência de registro de responsabilidade do empregador.

Ao verificar os dados do Grupo F, o resultado se inverte e o percentual de subnotificação do Grupo F chega a 71%, em 2010. Embora tenha caído para 60%, em 2013, ou seja, 11% de redução (estatisticamente importante), a falta de registro da CAT se mantém em nível crítico. O maior ônus é do trabalhador, cujo nexos causal entre o adoecimento psíquico e o trabalho não é reconhecido, além dos prejuízos aos cofres públicos com a concessão de benefício previdenciário.

Os achados contidos na Tabela 02 sugerem aprofundar as categorias ocupacionais predominantes em relação aos registros legais e o aumento das subnotificações. Sugere-se realizar pesquisas de interface entre trabalho e saúde, preferencialmente multidisciplinar, incluindo a Psicologia, a Psiquiatria, a Sociologia, a Antropologia, o Serviço Social, dentre outras ciências que possam contribuir na criação de protocolos de diagnóstico, ações de prevenção, recuperação e principalmente de promoção de saúde mental no trabalho, além de políticas públicas específicas.

As Tabelas de 03 até 06 demonstram as dez atividades econômicas que mais geraram acidentes de trabalho, entre 2010 a 2013, conforme a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), inclusive o posicionamento do setor elétrico energético – área de atuação da *Energix*.

ATIVIDADE ECONÔMICA	CNAE	2010	COM CAT	SEM CAT	ATIVIDADE ECONÔMICA	CNAE	2011	COM CAT	SEM CAT
Atividades de atendimento hospitalar	8610	48.973	44.453	4.520	Atividades de atendimento hospitalar	8610	51.828	47.105	4.723
Administração pública (geral)	8411	22.266	12.930	9.336	Comércio varejista (supermercado)	4711	22.715	17.879	4.836
Comércio varejista (supermercado)	4711	21.618	16.609	5.009	Construção de edifícios	4120	22.382	16.124	6.258
Construção de edifícios	4120	20.336	14.812	5.524	Administração pública (geral)	8411	22.043	13.130	8.913
Transporte rodoviário de carga	4930	16.915	12.316	4.599	Transporte rodoviário de carga	4930	17.121	12.621	4.500
Fabricação de açúcar bruto	1071	16.869	14.661	2.208	Fabricação de açúcar bruto	1071	15.481	13.184	2.297
Abate de suínos, aves e outros	1012	11.344	8.279	3.065	Atividades de correio	5310	11.465	10.221	1.244
Atividades de correio	5310	10.601	9.354	1.247	Abate de suínos, aves e outros	1012	10.779	8.096	2.683
Restaurantes - alimentação e bebida	5611	9.734	6.703	3.031	Restaurantes - alimentação e bebida	5611	10.021	6.919	3.102
Comércio varejista (material de construção)	4744	8.169	5.548	2.621	Comércio varejista (material de construção)	4744	8.222	5.563	2.659
SETOR ELÉTRICO ENERGÉTICO					SETOR ELÉTRICO ENERGÉTICO				
Distribuição de energia elétrica	3514	1.741	1.565	176	Distribuição de energia elétrica	3514	1.736	1.580	156
Geração de energia elétrica	3511	858	799	59	Geração de energia elétrica	3511	888	821	67
Transmissão de energia elétrica	3512	275	244	31	Transmissão de energia elétrica	3512	257	224	33
Comércio atacadista de energia elétrica	3513	45	45	0	Comércio atacadista de energia elétrica	3513	39	38	1
ATIVIDADE ECONÔMICA					ATIVIDADE ECONÔMICA				
CNAE	2012	COM CAT	SEM CAT	CNAE	2012	COM CAT	SEM CAT		
Atividades de atendimento hospitalar	8610	54.469	50.224	4.245	Atividades de atendimento hospitalar	8610	56.854	52.422	4.432
Construção de edifícios	4120	22.679	16.011	6.668	Comércio varejista (supermercado)	4711	22.791	18.121	4.670
Comércio varejista (supermercado)	4711	21.718	17.222	4.496	Administração pública (geral)	8411	22.098	13.426	8.672
Administração pública (geral)	8411	21.303	13.085	8.218	Construção de edifícios	4120	21.434	15.900	5.934
Transporte rodoviário de carga	4930	17.443	13.007	4.436	Transporte rodoviário de carga	4930	17.590	13.432	4.158
Fabricação de açúcar bruto	1071	14.409	12.406	2.003	Atividades de correio	5310	14.998	13.557	1.441
Atividades de correio	5310	13.808	12.475	1.333	Restaurantes - alimentação e bebida	5611	11.162	8.200	2.962
Abate de suínos, aves e outros	1012	10.090	7.763	2.327	Fabricação de açúcar bruto	1071	11.565	10.040	1.525
Restaurantes - alimentação e bebida	5611	9.862	6.878	2.984	Abate de suínos, aves e outros	1012	10.386	8.063	2.323
Comércio varejista (material de construção)	4744	8.191	5.651	2.540	Comércio varejista (material de construção)	4744	8.287	5.898	2.389
SETOR ELÉTRICO ENERGÉTICO					SETOR ELÉTRICO ENERGÉTICO				
Distribuição de energia elétrica	3514	198	185	13	Distribuição de energia elétrica	3514	1.728	1.561	167
Geração de energia elétrica	3511	35	16	19	Geração de energia elétrica	3511	849	787	62
Transmissão de energia elétrica	3512	357	307	50	Transmissão de energia elétrica	3512	386	361	25
Comércio atacadista de energia elétrica	3513	42	39	3	Comércio atacadista de energia elétrica	3513	42	39	3

Tabelas 03 até 06 – Total de acidente de trabalho no Brasil (AEAT – 2010 a 2013)

Nos anos analisados, a atividade com maior impacto nos dados de acidente de trabalho é o atendimento hospitalar. Esse resultado cresce ano a ano, revelando-se um setor crítico e que precisa

urgente de ações de promoção de saúde. Aos profissionais da saúde reforça-se a máxima: é preciso *'cuidar dos cuidadores'*. Oscilam entre segundo e quarto lugares no *ranking* a administração pública (em geral), o comércio varejista (supermercado e hipermercado) e a construção de edifícios.

Os dados apresentados são constantes e requerem estudos mais detalhados, de modo a identificar estratégias de redução. É preciso considerar especificidades regionais e aspectos transversais como recortes de gênero, de raça/etnia, faixa etária, tempo de serviço, além de identificar os Grupos prevalentes das patologias dessas atividades.

Os estudos do AEAT demonstram que as atividades do setor elétrico energético não têm registro significativo de acidente do trabalho, nem de subnotificação. Por certo, as ações socioeducativas obrigatórias, prevista na NR-10, contribuem para esse resultado. E não pode ser diferente. Em classificação de I a IV, as atividades do setor expõem o trabalhador ao risco em nível III, cujos acidentes podem ser fatais. A NR-10 estabelece medidas de controle e prevenção, visando a garantir condições de saúde e de segurança dos trabalhadores que atuam em instalações elétricas e serviços com eletricidade.

A Tabela 07 apresenta o total e o percentual do Grupo F prevalente no AEAT entre 2010 e 2013. Há um aumento significativo das doenças mentais a cada ano, numa média de 9%. Por outro lado, apesar da subnotificação ser a maior dos Grupos de Patologias (CID-10), esse indicador vem reduzindo a cada ano, passando de 71% em 2010, para 58%, em 2013.

Das concessões de benefícios pagos pelo INSS em razão das patologias do Grupo F, são prevalentes: F-43 (reação ao estresse grave e transtorno de adaptação), F-32 (episódio depressivo), F-41 (transtorno ansioso), F-33 (transtorno depressivo recorrente), F-31 (transtorno afetivo bipolar), F-10 (TMC por uso de álcool) e F-40 (transtorno fóbico-ansioso), respectivamente.

O Grupo F-43, além de apresentar o maior dado real, cresce a cada ano no período analisado, embora o registro das CAT seja mais regular. Por outro lado, o F-40 e o F-10 registram o menor número de ocorrências e a maior subnotificação (entre 97% e 91%).

ACIDENTES DE TRABALHO POR TMC REGISTRADOS NO AEAT/INSS - 2010-2013																				
CID-10	2010				2011				2012				2013							
	Total	Sem CAT	% do total	Com CAT	% do total	Total	Sem CAT	% do total	Com CAT	% do total	Total	Sem CAT	% do total	Com CAT	% do total	Total	Sem CAT	% do total	Com CAT	% do total
F-43	6.002	2.785	46%	3.217	54%	6.482	2.784	43%	3.698	57%	7.775	2.815	36%	4.960	64%	7.775	2.815	36%	4.960	64%
F-32	4.116	3.750	91%	366	9%	3.957	3.597	91%	360	9%	3.605	3.152	87%	453	13%	3.605	3.152	87%	453	13%
F-41	2.366	1.950	82%	416	18%	2.508	2.059	82%	449	18%	2.709	2.112	78%	597	22%	2.709	2.112	78%	597	22%
F-33	1.049	935	89%	114	11%	983	889	90%	94	10%	1.027	908	88%	119	12%	1.027	908	88%	119	12%
F-31	551	515	93%	36	7%	503	470	93%	33	7%	476	438	92%	38	8%	476	438	92%	38	8%
F-10	313	303	97%	10	3%	263	248	94%	15	6%	247	228	92%	19	8%	247	228	92%	19	8%
F-40	204	155	76%	49	24%	228	177	78%	51	22%	0	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%
TOTAL	14.601	10.393	71%	4.208	29%	14.924	10.224	69%	4.700	31%	15.839	9.653	61%	6.186	39%	15.839	9.653	61%	6.186	39%

Tabela 07 – Quantitativo de Acidentes de trabalho registrados no AEAT por TMC – 2010 à 2013

Os dados do INSS discutidos na Tabela 07 reforçam que as doenças do Grupo F (CID-10), resultantes ou não do trabalho, geram impactos incalculáveis, principalmente no aumento do absenteísmo, na vida familiar, no convívio social e nos danos financeiros a esse indivíduo que adocece. Gera ônus à sociedade e aos cofres públicos, uma vez que o INSS arca com os custos pecuniários da concessão de benefício ao trabalhador acima de 15 dias perdidos. Além dos custos à organização com a ausência deste trabalhador, com o retrabalho, a redistribuição de tarefas e o gerenciamento das pessoas. (Caldas, 2007; Zanelli, 2010; Olivier e Behr, 2011; Assunção e Silva, 2012; Pinto, Figueiredo e Souza, 2013; e Fonseca e Araújo, 2014).

A revisão da literatura descreve fatores extra laborais como processos de subjetivação relacionados à história e ao projeto de vida, a estrutura de personalidade, doença preexistente e hereditária ou outro aspecto inerente ao indivíduo (Caldas, 2007; Braga, Carvalho e Binder, 2010; Zanelli, 2010; Fonseca e Carlotto, 2011; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Lopes, 2013; Figueiredo e Souza, 2013; e Fonseca e Araújo 2014).

Apesar da estrutura de personalidade, da história de vida, das condições de saúde e das doenças preexistentes contribuírem para o absenteísmo do Grupo F, é importante considerar que as razões nem sempre estão no trabalhador, mas no labor (ou em sua falta), pela ausência de vínculos, pelas condições e ausência de sentido no trabalho. As repercussões não se encerram em quem adocece; os TMC demandam afastamento acima da média para reduzir os sintomas.

Além disso, as repercussões acompanham o trabalhador ao trabalho. São os preconceitos e a falta de conhecimento em relação à representação social da doença mental. Diante dos fatores subjetivos dos TMC, é comum ser vítima de discriminação no trabalho. Há relatos de violências, sutis ou explícitas, praticadas por colegas ou pela chefia por ignorarem a sintomatologia da doença mental, justificadas pelo período em que precisou ficar ausente, conforme relatos de Dejours e Bègue (2010).

Quando o sofrimento psíquico nesse ambiente laboral hostil é contínuo, são esperadas as recaídas. O retorno precisa ser acompanhado por profissionais de saúde, em especial o psicólogo, antes do término da licença, conscientizando a equipe e o gestor da importância do acolhimento e a reintegração tanto socioprofissional quanto na definição de um plano de trabalho e na realização de tarefas que permite-o sentir-se útil novamente.

Portanto, estudos que apontem a correlação entre trabalho e saúde mental e impactos no índice de absenteísmo por TMC justificam a relevância desta pesquisa. Dos dados coletados, é possível criar protocolos que permitam diagnósticos mais precisos e intervenções exitosas, tanto individual quanto ao coletivo de trabalhadores.

Seja em razão da própria atividade, seja da precariedade das condições e relações de trabalho, é possível configurar o nexo causal dos TMC nos trabalhadores. Alguns fatores recorrentes de causalidade vêm sendo reforçados a cada pesquisa, tais como: tarefas empobrecidas de sentido e/ou percebidas sem valor, excesso de trabalho ou ociosidade imposta, regras rígidas, ausência de liberdade de expressão e espaço de criatividade, critérios não meritórios de carreira, dificuldades de relacionamento socioprofissional, gestão deficiente, precária integração entre trabalhadores e organização, além de políticas pouco humanizadas. (Caldas, 2007; Behr, 2011; Assunção e Silva, 2012; e Pinto, Figueiredo e Souza, 2013).

Se o adoecimento psíquico do trabalhador é ou não decorrente do trabalho, as organizações não saem ilesas do absenteísmo. As consequências geram custos que nem sempre é possível mensurar, tamanha a subjetividade. Nenhum negócio sobrevive sem lucros. Além dos aspectos pecuniários, há aqueles não financeiros e difíceis de mensurar. Como medir a insatisfação entre os trabalhadores assíduos e a desorganização na equipe com a substituição dos profissionais ausentes? Qual o custo real das falhas e retrabalhos ou o ônus à gestão para cumprir metas planejadas? Como demonstrar em custos a insatisfação de um cliente que não recebe no prazo, na quantidade ou na qualidade que pagou por um produto ou serviço?

Embora a organização não possa intervir em todos os fatores que favorecem ao adoecimento do trabalhador, deve realizar a gestão do absenteísmo, inclusive com análise quanti-qualitativa dos TMC. É a partir dos dados estatísticos dos atestados médicos e sua análise estratificada que se pode identificar riscos psicossociais e propor intervenções.

O absenteísmo não é o único nem o maior impacto econômico para uma empresa, tampouco as licenças médicas por TMC detenham o custo mais elevado. Contudo, é um dos indicadores que mais atinge o clima organizacional e é preciso mensurá-lo, considerando as repercussões do fenômeno sobre a sustentabilidade do negócio.

ABSENTEÍSMO POR T.M.C

O absenteísmo é compreendido como a soma dos períodos em que os trabalhadores estão ausentes de seus postos de trabalho, independente de causas e múltiplas determinações. Dentre as razões que justificam a falta, uma delas é por doença e divide-se em patologia ocupacional, adquirida em razão do risco e do contexto ocupacional ou acidente de trabalho; e patologia assistencial, que inclui procedimentos médicos e doenças não laborais que afastam o trabalhador (Chiavenato, 2014; Couto, 1987; Otero, 1993; Alves, 1995; Hauerstad e Kjolstad, 1992; e Quick e Lapertosa, 1982).

Apesar das condições de saúde e das doenças preexistentes, nem sempre as causas estão no trabalhador, mas em torno do trabalho, que impactam, inclusive, em agravos a saúde mental. É preciso criar protocolos de diagnóstico e propostas de intervenções.

As doenças psíquicas, resultantes ou não do trabalho, geram absenteísmo e em razão do tempo excessivo, porém necessário para minimizar os sintomas de adoecimento, esse Grupo do CID-10 tem um dos maiores percentuais de dias perdidos.

Segundo pesquisas, os principais fatores denexo causal entre o trabalho e os TMC são: tarefas empobrecidas de sentido e/ou percebidas sem qualquer valor, excesso de trabalho, desgaste mental e físico ao desempenhar suas funções, dificuldades de relacionamento socioprofissional, modelo de gestão deficiente, precária integração entre os trabalhadores e a organização, impactos psicológicos e do estresse emocional provocados também por uma política pouco humanizada (Braga, Carvalho e Binder, 2010; Fonseca e Carlotto, 2011; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Assunção e Silva, 2012; Silva *et al* (2012); Lopes, 2013; Figueiredo e Souza, 2013; e Fonseca e Araújo 2014).

As patologias prevalentes do Grupo F do CID-10 (2003), encontradas em pesquisas sobre absenteísmo são: (1) F-10 à F-19: TMC por substâncias psicoativas, destacando o uso problemático do álcool e outras drogas; (2) F-30 à F-39: transtornos de humor (afetivo), com ênfase na depressão; e (3) F-40 à F-48: transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes, com prevalência do transtorno de ansiedade, ansiedade generalizada, síndrome de pânico, reação aguda ao estresse, estresse pós-traumático e estresse em nível de exaustão ou síndrome de *Burnout*. (Braga, Carvalho, e Binder, 2010; Fonseca e Carlotto, 2011; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Assunção e Silva, 2012; Silva *et al* (2012); Falavigna e Carlotto, 2013; Pinto, Figueiredo e Souza, 2013; Fonseca e Araújo, 2014; e Mascarenhas e Barbosa-Branco, 2014).

Não existe um parâmetro uniforme de indicador tolerável do absenteísmo-doença. Hoverstad e Kjolstad (1992) apresentam parâmetros e, por eles, Cascio e Boudreau, 2010 sugerem que 3% mensal de ausência é razoável, desde que se trate de uma empresa de grande porte, pois terá 97% de trabalhadores disponíveis. Mas o parâmetro sugerido engloba todas as patologias, não havendo estudos específicos de percentual por TMC.

No Brasil, segundo a CLT, cada trabalhador tem direito a 160h de férias, além de 96h, aproximadamente, com feriados. Restando, das 2.080h de jornada, 1.824h produtiva. Numa empresa do porte da *Energix*, com mais de cinco mil empregados, 1.75% de absenteísmo-doença corresponde à 159.600h perdidas.

Um percentual de dias perdidos superior à 1,2 é considerado uma alta repercussão no indicador de absenteísmo-doença. Para Couto (1987), o esperado é um índice de frequência de até 0,10 mensal. Caldas e Caldas (2014) sugerem uma análise detalhada dos relatórios mensais e uma gestão mais adequada das faltas, além de um diagnóstico organizacional que permita identificar riscos de adoecimento e atuar sobre eles.

Ao identificar um alto índice de absenteísmo do Grupo F (CID-10) em áreas de uma empresa, é preciso avaliar os riscos psicossociais e propor ações que permitam reduzir tais danos. Este artigo pretende analisar na pesquisa documental da *Energix* tais riscos de TMC. Contudo, ressalta-se que as organizações não ficam incólumes dos dias perdidos por adoecimento de trabalhadores e os custos nem sempre é possível mensurar. A gestão do absenteísmo por doenças mentais e um estudo estatístico permitem avaliar alguns dos custos financeiros, danos à saúde do trabalhador e repercussões até então intangíveis. O registro dos atestados deve ser mensal e a análise estratificada por patologias, além dos recortes de gênero, de faixa etária, das áreas prevalentes de afastamentos, do tempo de vínculo empregatício, dentre outros. (Caldas e Caldas, 2014).

São igualmente incalculáveis as repercussões do absenteísmo por TMC no próprio trabalhador, em sua dinâmica familiar, além de esferas social, financeira, pessoal, dentre outras. Pesquisas revelam relatos de trabalhadores que, ao retornarem ao trabalho, são discriminados por seus pares ou gestor. Por outro lado, a ausência causa insatisfação aos assíduos, que acumulam tarefas e descredenciam a subjetividade do adoecimento psíquico (Caldas, 2007; Dejours e Bègue (2010); Zanelli, 2010; Cascio e Boudreau, 2010; Lopes, 2013; e Fonseca e Araújo 2014).

Além dos aspectos objetivos oriundos do contexto laboral, o fenômeno pode ser minimizado pelo diagnóstico perene e por ações que favoreçam a percepção positiva do trabalho, gerando no trabalhador sentimento de pertença e de bem-estar, proporcionados pelas condições humanizadas de trabalho, pela gestão ética, equânime e transparente, pelos vínculos afetivos estabelecidos, pelas relações socioprofissionais respeitadas e saudáveis; de modo a resgatar aspectos subjetivos de satisfação laboral.

Apesar de estudos sinalizarem repercussões, tanto aos trabalhadores quanto à própria organização, são escassos os dados que permitam mensurar o custo do absenteísmo, restringindo-se os dias perdidos à remuneração, sem considerar nem mesmo os encargos sociais. (Milkovich e Boudreau, 2011; e Voord Jr. e Picarelli Filho, 2009).

Embora tenha um custo real, o fator remuneratório é um índice distante da realidade, pois nenhum negócio sobrevive sem lucros ou apenas por honrar a despesa pecuniária dos trabalhadores.

Há recompensas não financeiras e, portanto, subjetivas, que precisam ser consideradas, embora difícil de identificar um indicador que retrate seus custos indiretos, como a competência técnica do profissional ausente, falhas e retrabalhos, ônus à gestão para cumprir metas, a qualidade e a quantidade de entregas planejadas.

Nesse sentido, os indicadores são classificados como tangíveis, visíveis ou diretos e intangíveis, invisíveis ou indiretos. Os primeiros são aqueles que podem ser mensurados objetivamente. Inclui a redução da quantidade e/ou da qualidade da produção, horas extraordinárias, adicionais noturnos e contratações temporárias; além de despesas com medicamentos, consultas e exames dos trabalhadores afastados, por exemplo.

Os segundos são difíceis de valorar. Permeiam aspectos da subjetividade, sejam positivos como comprometimento e satisfação no trabalho ou sofrimento psíquico e adoecimento. Os aspectos negativos podem motivar condutas contraproducentes como erros intencionais, falhas de condutas, boicotes e resistências, assim como desmotivação, sentimento de injustiça e de desvalorização. (Cascio e Boudreau, 2010).

Pinheiro (2012), em sua pesquisa, classificou e diferenciou as doenças em relação aos cargos dos enfermeiros (técnico e profissional em nível superior de enfermagem), ponderando o custo econômico. Denomina essa remuneração de custo direto ou real. E propõe calcular o custo total, multiplicando o valor de cada categoria ocupacional pelo total de dias perdidos, ou seja, absenteísmo total. O cálculo determina o impacto econômico do absenteísmo da categoria e se baseia nos estudos de Beck e Oliveira (2008 *apud* Pinheiro, 2012) e de Costa, Vieira e Sena (2009 *apud* Pinheiro, 2012).

Esta revisão da literatura demonstra que a organização, embora ciente que não pode intervir em todos os fatores que favorecem ao adoecimento do trabalhador, é demandada por realizar a gestão do absenteísmo. A ausência de trabalhadores não é o único indicador nem o de maior impacto, mas deve ser mensurado considerando repercussões que extrapolam aspectos econômico-financeiros, sobretudo a sustentabilidade do negócio.

Portanto, o estudo documental é um indicador que pode contribuir com a análise e a intervenção nos riscos psicossociais. Deve iniciar com o registro e a análise estatística estratificada dos atestados médicos, conforme apresentado nesta pesquisa. Compreender que este não é o único nem o maior impacto para uma empresa, mas a falta ao trabalho deve considerar as repercussões sobre a sustentabilidade do negócio.

MÉTODO E TÉCNICAS

Trata-se de uma pesquisa documental de natureza quantitativa a partir de amostra descritiva-exploratória. Segundo Chizzotti (2000, p. 15), a abordagem quantitativa permite mensurar as variáveis preestabelecidas, visando a “verificar e explicar sua influência sobre outras, mediante a análise da frequência de incidência e correlações estatísticas”, justificando a definição do método estatístico para obter informações referentes ao absenteísmo da *Energix*, com ênfase nas patologias do Grupo F (CID-10).

Desses dados estatísticos epidemiológicos obtêm-se informações que permitem analisar a categorização dos dados sociodemográficos, recortes transversais de gênero, faixa etária, escolaridade, estado civil, cargo/função, tempo de serviço, localidade da amostra (unidades de negócio ou Filial) e atividades que desempenham; dados inferenciais donexo causal do TMC com o contexto de trabalho na *Energix*; e doenças do Grupo F prevalentes, total de ocorrências e dias perdidos e correlações com o AEAT.

Segundo Dyniewicz (2009), as pesquisas descritivas têm como objetivo estudar, descrever e interpretar os dados referentes a um determinado fenômeno ou fato. Nesse tipo de estudo, espera-se demonstrar a frequência, principais características e correlações entre as variáveis disponíveis. Nesta pesquisa, sobre o absenteísmo-doença.

Os dados fornecidos pela *Energix*, referentes à 2010 e 2013, foram analisados descritivamente através de percentuais das variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão e mediana para as variáveis numéricas. E ainda: total, frequências absolutas, frequências percentuais, média aritmética e o Índice de Absenteísmo por Doença (IAD), fornecido pela Empresa pesquisada.

Na comparação das categorias das variáveis sociodemográficas em relação às variáveis da escala, utilizou-se o teste t-Student com variâncias iguais, t-Student com variâncias desiguais ou *Mann-Whitney* na comparação de duas categorias e o teste *F (ANOVA)* ou *Kruskal-Wallis* na comparação de três categorias. Para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste *Qui-quadrado de Pearson* ou *Exato de Fisher* no caso de inadequação do teste *Qui-quadrado*. Na existência de diferenças significativas por meio do teste *F*, utilizou-se os testes de comparações múltiplas de *Tukey* em variâncias iguais ou *Tamhane* nas desiguais. No caso da verificação do teste de *Kruskal-Wallis* foram empregadas as comparações do referido teste (Conover, 1980).

Ressalta-se que a utilização dos testes *t-Student* ou *F (ANOVA)* ocorreu nos casos em que foi verificada a distribuição normal em cada categoria e os testes de *Mann-Whitney* ou *Kruskal-Wallis* quando houve rejeição da normalidade em apenas uma das categorias. A verificação da hipótese de

normalidade dos dados ocorreu mediante o teste de *Shapiro-Wilk* e o teste de igualdade de variâncias através do teste *F de Levene*.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados fornecidos foram digitados em planilhas do programa EXCEL e o estatístico utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-21) – versão 21.

LOCAL DO ESTUDO: CONTEXTUALIZAÇÃO

Alguns fatores justificam a escolha do campo de pesquisa na *Energix*, destacando: (1) empresa de grande porte (com mais de 5.000 trabalhadores); (2) oferece serviços de utilidade pública essencial (elétrico energético); (3) é um segmento ocupacional de risco III e, portanto, com riscos acidentes de trabalho de grande impacto; (4) a concordância da empresa em disponibilizar os dados documental para estudo quantitativo do absenteísmo, preservando sua identidade; (5) Filiais distribuídas no Nordeste do Brasil; e (6) responsável pelo fomento socioeconômico na Região.

A *Energix* é uma empresa de economia mista, com cultura organizacional predominantemente pública, que obteve a concessão para implantar linhas de transmissão no Brasil, desde 1945. Detém um histórico de lucratividade e de desempenho econômico sólido, com foco em sua sustentabilidade empresarial. Atualmente, vem-se adaptando à modalidade de comercialização por meio de leilões de energia, subsidia Pesquisas e Desenvolvimento (P&D) e investe em inúmeros projetos sociais, em conformidade às exigências legais da Agência Nacional de energia Elétrica – ANEEL.

Tem por missão produzir, transmitir e comercializar energia elétrica para todo o país, não restringindo o abastecimento dos Estados do Nordeste. Em face à dimensão de seu sistema, possui 06 Filiais, incluindo sua Sede. Para garantir o perfil de produtividade e manter a margem de lucro praticada ao longo de sua história, a *Energix* investe na modernização de seu parque produtivo, na diversidade do negócio e nas áreas de gestão: de processos ou atividades de sua área-fim, econômica, financeira e de pessoas, analisando continuamente suas potencialidades, seus riscos e oportunidades.

Entende como prioritário identificar, prevenir e até reduzir impactos na saúde e na segurança de seus empregados e prestadores de serviços contínuos (terceirizados), investindo para manter em níveis toleráveis os resultados dos indicadores de absenteísmo e de acidente de trabalho. A gestão desses índices, especificamente do absenteísmo-doença – tema desta pesquisa, vem sendo prioritária e estratégica, visando a melhorar continuamente a saúde e a qualidade de vida no trabalho e, por outro lado, reduzir custos e garantir retornos financeiros, econômicos, sociais e a sua imagem empresarial.

O segmento de Gestão de Pessoas, alinhado ao negócio e ao cenário atual, procura ajustar seus processos, dispendo-se a reduzir custos, priorizando despesas e investimentos, sem perder de vista as condições laborais, por meio de políticas, programas e ações de saúde, segurança e qualidade de vida para seus empregados, com custeio independente previsto no planejamento estratégico da *Energix*.

A partir 2007, passa a adotar um plano de ação que vem promovendo melhorias significativas na gestão da saúde ocupacional e da qualidade de vida no trabalho, baseado na análise e no investimento contínuo em políticas, programas e ações nessa área.

A Empresa oferece um diferencial significativo em relação aos exames médicos ocupacionais determinados pela Norma Regulamentadora (NR-07) do Ministério do Trabalho e Emprego sobre a saúde ocupacional do trabalhador, custeando integralmente todo ano exames como: ultrassonografias (prostática, pélvica e mamária), mamografia, densitometria óssea, colposcopia, citologia oncológica, tonometria binocular, teste ergométrico, exames laboratoriais, consultas cardiológica, oftalmológica, odontológica, nutricional, psicológica e ginecológica, custeados integralmente pela empresa, conforme idade e função. Outro benefício significativo para saúde dos trabalhadores e seus dependentes é o custeio de 90% das despesas com medicamentos. Além de massagem shiatsu, central de atendimento psicossocial e aconselhamento jurídico (plantão 24h), academia de ginástica, fisioterapia, ambulatório; benefícios *in company*, dentre outros.

A *Energix* é referência nacional e até internacional por suas políticas e boas práticas de saúde e qualidade de vida no trabalho. A gestão do absenteísmo-doença, tema desta pesquisa, vem sendo prioritária e estratégica, visando a garantir retornos sociais e ao clima organizacional. A melhor forma de avaliar sua *performance* é submeter suas práticas para avaliação em congressos e prêmios.

Recebeu o prêmio nacional em Qualidade de Vida, promovido pela Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV) pelo Programa Corporativo Viver Bem de Qualidade de Vida. Recebeu o Troféu Paulo Freire, promovido pela Associação Brasileira de Recursos Humanos – seccional Pernambuco, com o primeiro lugar na Categoria Excelência Empresarial, com um trabalho sobre proposta de intervenção psicossocial a partir do resultado do absenteísmo-doença. Esse mesmo trabalho recebeu o Prêmio Oswaldo Chechia, pela ABRH nacional e o Prêmio Internacional Oscar Alvear Urrutia, concedido pela FIDAGH – *Federación Interamericana de Asociaciones de Gestión Humana* – Panamá (1º Lugar na Categoria Excelência Empresarial, em 2013. Ação implantada em 2005 e que fundamenta a tese de doutorado, da qual este artigo faz parte.

Além disso, recebeu o Selo Pro-Equidade de Gênero, promovido pela Secretaria de Políticas para Mulheres, reconhecida com a certificação, destacando ações com ênfase no público feminino,

tais como: ações de prevenção, socioeducativa e de enfrentamento do assédio moral e outras formas de violência no trabalho, sala de aleitamento materno, horas liberadas para realização de exames pré-natal, aumento efetivo do quadro de gestão em diversos níveis hierárquicos e exames médicos periódicos específicos.

Até 2009, conforme pesquisa de *benchmarking*, a *Energix* destacava-se na gestão do absenteísmo no segmento elétrico energético e em empresas de mesmo porte, localizadas no Nordeste. A equipe de saúde da *Energix* foi surpreendida com o resultado de suas ações efetivas em relação à gestão do absenteísmo-doença, inclusive por TMC. Dentre as 97 empresas identificadas nessa pesquisa, nenhuma tinha, à época, o processo tão bem estruturado. Dessas, 91 empresas estavam localizadas no Nordeste, com porte similar, e 16 fazem parte do setor elétrico energético.

Consta no relatório de avaliação de boas práticas que a maioria das empresas pesquisadas não realizava um controle das faltas ao trabalho que pudesse subsidiar a saúde ocupacional. Nenhuma delas analisava o impacto socioeconômico, diferenciando a *Energix* pelo acompanhamento estatístico e sistemático das ausências laborais.

Por seu caráter comparativo ou de parâmetro das melhores práticas sobre um determinado processo organizacional, o *benchmarking* propõe-se a otimizar os indicadores avaliados. Permite a análise do *modus operandi* de empresas similares, comparando seus desempenhos e identificando oportunidades de melhoria a serem implantadas. (Glanz, 1992 *in* Milkovick e Boudreau, 2011).

Alinhada ao cenário econômico que se encontra o Brasil e os impactos negativos no setor elétrico energético, a *Energix* vem investindo em um plano de incentivo à demissão voluntária, cujo objetivo é reduzir o quadro de pessoal, mediante incentivo pecuniário, desligando empregados elegíveis à aposentadoria ou aposentados pelo INSS que permanecem na ativa.

POPULAÇÃO

Participa da população desta pesquisa 5.554 (cinco mil, quinhentos e cinquenta e quatro) trabalhadores da *Energix*, com ou sem ocorrências de absenteísmo por doença de qualquer espécie, pertencentes ao quadro de pessoal, considerando o ano de 2013.

AMOSTRA:

Esta pesquisa utiliza a amostra documental estatística estratificada, baseada nos registros dos atestados médicos apresentados pelos trabalhadores no período de 2010 a 2013, mantidos sob a guarda e a responsabilidade de sigilo da área de saúde ocupacional.

Segundo Lucas (2004, p. 33),

o prontuário é um documento legal individual de propriedade do cliente/trabalhador, com disponibilidade permanente das informações, que possam ser objeto de necessidade de ordem pública ou privada, e permanece sob a responsabilidade técnica e a guarda dos membros da equipe de saúde das empresas.

A partir dos dados totais obtidos dos prontuários de saúde ocupacional, contendo o histórico de saúde ocupacional e atestados médicos apresentados, realiza a análise documental do absenteísmo, com ênfase por doenças do Grupo F (CID-10).

PROCEDIMENTOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (n.º CAAE 21.478.713.4.0000.5206) da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) e, após a Carta de Aceite da *Energix*, realizou-se a coleta dos dados.

De natureza quantitativa, a pesquisa documental teve por base o banco de dados do absenteísmo-doença, no período de 2010 a 2013. A definição do período justificou-se em razão da fase em que a Empresa consolidou suas estratégias de gestão do absenteísmo-doença e na estratificação dos dados epidemiológicos, incluindo a análise dos TMC. A gestão desse indicador possibilita obter informações mais fidedignas para este artigo.

A *Energix* vem fazendo o estudo do absenteísmo-doença desde 1999 e aprimorando a cada ano a gestão desse indicador. Até 2012, o Índice de Absenteísmo-doença (IAD) tolerável era 1,5, aumentando em 2013 para 1,8. De modo a atender às demandas legais, agrupa os atestados médicos em dois subgrupos: até 15 dias e 15 ou mais dias perdidos. No primeiro, o ônus das ausências é assumido integralmente pela Empresa; e, no segundo, o ônus é do INSS em 90% do salário-base, conforme determina a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A *Energix*, conforme previsto em Acordo Coletivo de Trabalho (ACT), mantém todos os benefícios e paga a complementação do valor restante da remuneração dos trabalhadores em gozo do benefício de auxílio-doença.

Os critérios de inclusão definidos para este estudo foram: todos os atestados médicos por patologias do Grupo F da CID-10 apresentados no período de 2010 a 2013, com até e/ou mais de 15 dias. E critérios de exclusão: atestados registrados fora do período, que não tinham registro da CID-10 ou explicitado por patologia de outro Grupo.

Os dados obtidos na análise documental foram fornecidos pela *Energix* e alimentados em planilha Excel (Microsoft, versão 2003). Em seguida, categorizados no programa SPSS versão 21, visando ao tratamento estatístico necessário para responder aos objetivos deste artigo.

COLETA DE DADOS:

Com os relatórios do absenteísmo-doença de 2010 até 2013, a pesquisa documental filtrou as informações das doenças do Grupo F, categorizadas especificamente por ocorrências e dias perdidos. Como fora descrito, estratificou-se por dados sociodemográficos e os recortes de gênero, cargo/função e tempo de serviço. Analisou também os TMC prevalentes por Filial e os dados inferenciais donexo causal com o contexto laboral na *Energix*.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra do absenteísmo por TMC foi analisada considerando o total dos dias perdidos e das ocorrências, além da discussão sobre os resultados obtidos, embasada na literatura e em pesquisas equivalentes, publicadas a partir de 2010.

Em seguida, descreveu e analisou o perfil sociodemográfico e foram discutidos os achados, considerando as Filiais com maior impacto nos indicadores desse absenteísmo.

A pesquisa documental permitiu identificar o perfil dos empregados que apresentaram ao menos um dia perdido e/ou uma ocorrência de absenteísmo por TMC; as patologias prevalentes; as alterações quantitativas do absenteísmo nos anos estudados, visando a inferir sobre aspectos da cultura e do clima organizacional; e prováveis repercussões: na saúde mental dos trabalhadores ausentes, entre os assíduos e na gestão.

Os dados obtidos foram analisados e discutidos mediante apresentação de Tabelas de modo a responder aos objetivos específicos desta pesquisa e sua questão norteadora.

A Tabela 08 apresenta a caracterização sociodemográfica dos empregados da *Energix* e ressalta, dos 5.554, que a maioria (79,2%) é do sexo masculino; as duas faixas etárias prevalentes é 51 a 60 anos (42,7%) e 31 a 40 anos (20,1%). A menor (4,4%), até 30 anos. Os dois maiores percentuais de Escolaridade, correspondendo à 74,8%, é Ensino Médio completo (39,9%) e Superior Completo (43,9%). Os demais, variam de 0,0% (Doutorado) à 10,2% (Ensino Fundamental Completo). Quanto ao Estado Civil, a maioria (68,2%) é casada, seguida de solteiros (17,3%) e divorciados (7,6%). Em relação ao cargo, os mais frequentes são em nível médio operacional (33,9%), seguido de profissional de nível superior (30,4%), nível fundamental (19,4%) e nível médio suporte (16,3%). Já o percentual de tempo de serviço varia entre 34,8%, 29,4% e 35,8%, com até 15 anos, entre 16 e 30 e acima de 31 anos, respectivamente.

Variável	N	%
TOTAL	5554	100
Gênero		
Masculino	4400	79,2
Feminino	1154	20,8
Faixa etária (anos)		
Até 30	287	5,2
31 a 40	1137	20,5
41 a 50	969	17,4
51 a 60	2415	43,5
61 ou mais	746	13,4
E escolaridade		
Não alfabetizado	143	2,6
Até Ensino fundamental completo	567	10,2
Até Ensino médio completo	2214	39,9
Até Ensino Superior Completo	2441	43,9
Especialização/MBA	146	2,6
Mestrado	42	0,8
Doutorado	1	0
E estado civil		
Solteiro	963	17,3
Casado	3785	68,2
Divorciado	424	7,5
Viúvo	59	1,1
União estável	292	5,3
Não informado	31	0,6
Cargo		
Prof. nível fundamental	1082	19,5
Prof. nível médio operacional	1881	33,9
Prof. nível médio suporte	906	16,3
Prof. nível superior	1684	30,3
Não informado	1	0
Tempo de empresa (anos)		
Até 15	1933	34,8
16 a 30	1634	29,4
31 ou mais	1987	35,8

Tabela 08 – *Energix*: Dados sociodemográficos – 2013

Os dados da Tabela 08 demonstram que as mudanças sociodemográficas da *Energix* não apresenta alteração estatisticamente significativa a cada ano, justificando a opção de categorizar os dados de 2013 – último ano estabelecido. Esta constância do número de empregados é comum nas empresas públicas, onde os trabalhadores são contratados mediante concurso público e adquirem estabilidade de emprego.

Destaca também que a maioria é do gênero masculino, na faixa etária entre 51 e 60 anos, com escolaridade em nível superior, casada, lotada no cargo de nível médio operacional e variam entre os polos de menos de 15 anos e acima de 31 anos na *Energix*.

Observa-se uma divisão sexual do trabalho significativa, permitindo inferir, principalmente considerando a faixa etária prevalente entre 51 e 60 anos de idade, que a cultura organizacional necessita de ações socioeducativas constantes, minimizando os impactos de gênero e os conflitos geracionais nas relações de trabalho. Este dado se observa em empresas cujo *turnover* é baixo, ou seja, com estabilidade empregatícia, cujo quadro de pessoal é mantido, em média, 30 anos ou mais.

Além das atividades da área fim, que exigem força física e apresenta risco iminente de acidente com linhas energizadas, a Empresa tem uma tradição de maior número de empregados com formação em engenharia, ocupação que prevalecem os homens, diferentemente do recorte de gênero em cursos superiores com o perfil mais humanista e de cuidado, a exemplo da psicologia, medicina, enfermagem ou serviço social, conforme dados do IBGE (2014).

Outro dado descrito na Tabela 08 é o nível de Escolaridade. Embora sejam mais altos os níveis Superior e Médio Completos, quando comparado aos cargos se observa que mais de 50% permanecem na *Energix* em funções de nível Médio e Fundamental, embora com formação superior. Ingressaram, em sua maioria, por meio de concurso público e, embora garantindo segurança e estabilidade, sujeitam-se a cargos com grau de complexidade e exigências inferiores. Esse dado segue um padrão de empresas públicas.

Por tratar-se de estudo científico, é relevante identificar o perfil sociodemográfico do público-alvo em estudos corporativos, pois esses recortes permitem identificar oportunidades de melhoria na área de Gestão de Pessoas e na tomada de decisão da alta gestão sobre o negócio. Possibilita implementar e direcionar políticas, programas e ações, inclusive de absenteísmo-doença. (Chiavenato, 2014; e Cascio e Boudreau, 2010).

A Tabela 09 apresenta a distribuição do quadro de pessoal (Q.P) com os dados totais e percentuais, no período de 2010 a 2013. Dos resultados obtidos, destacam-se que aproximadamente metade dos trabalhadores estão lotados na Filial 02, variando de 47,7% a 50,1%, seguido da Filial 01 e Filial 03, que variou de 19,9% a 21,9% e de 11,5% a 11,6%, respectivamente. Já as Filiais 05 e 06, com menor quadro, apresentaram variância entre 5,1% a 5,7% e 6,5% a 6,3%, respectivamente. Ainda na Tabela 09 verifica-se que, estatisticamente, o quadro de pessoal não se modifica, mantendo as Filiais 02 e 05, com o maior e o menor número de empregados, respectivamente.

DISTRIBUIÇÃO TOTAL E PERCENTUAL DO QUADRO POR FILIAL (2010-2013)								
LOCAL	2010		2011		2012		2013	
	N EMP	%	N EMP	%	N EMP	%	N EMP	%
Filial 1	1201	21,4%	1212	22%	1127	20,2%	1103	19,9%
Filial 2	2717	48,4%	2636	47,7%	2800	50,1%	2781	50,1%
Filial 3	644	11,5%	640	11,6%	642	11,5%	649	11,7%
Filial 4	367	6,5%	366	6,6%	374	6,7%	374	6,7%
Filial 5	318	5,7%	314	5,7%	283	5,1%	296	5,3%
Filial 6	362	6,5%	362	6,5%	359	6,4%	351	6,3%
ENERGIX	5609	100	5530	100	5585	100	5554	100

Tabela 09: Distribuição do QP (total e %) por Filial e ano.

As alterações dos dados quantitativos do quadro de pessoal da *Energix* são pouco significativas numa análise estatística e é uma representação fidedigna das empresas públicas ou de economia mista administradas pelo Governo Federal, cujo processo seletivo se restringe exclusivamente ao concurso público, desde a mudança da Carta Magna, em 1988. Ao analisar ano a ano, verifica-se que o *turnover* é baixo, variando numa redução de quadro de 0,5% a 1,5% e, em sua maioria, por razão de falecimento. Já o crescimento, em 2012, deve-se a um novo concurso.

A Tabela 10 apresenta a distribuição percentual do quadro de pessoal no período estudado. Em todas as Filiais entre 2010 e 2013, o total do gênero masculino é superior ao feminino em, no mínimo 79%. A Filial com maior diferença de gênero é a Filial 4, sendo mais elevada nos anos de 2010 e 2012, com 88% e 87,4%, respectivamente.

DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO ENERGIX POR LOCALIDADE E GÊNERO												
LOCAL	2010			2011			2012			2013		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL
Filial 1	947	254	1201	952	260	1212	880	247	1127	862	244	1106
Filial 2	2076	641	2717	2017	619	2636	2136	664	2800	2123	660	2783
Filial 3	534	110	644	533	107	640	539	103	642	544	105	649
Filial 4	323	44	367	322	44	366	327	47	374	325	45	370
Filial 5	268	50	318	266	48	314	238	45	283	248	47	295
Filial 6	308	54	362	308	54	362	306	53	359	298	53	351
% ENERGIX	79,4%	20,6%	100%	79%	21%	100%	79,4%	20,6%	100%	79,2%	20,8%	100%
ENERGIX	4456	1153	5609	4398	1132	5530	4426	1159	5585	4400	1154	5554

Tabela 10 – Distribuição Percentual Quadro *Energix* (Filial e recorte de gênero) – 2010-2013

Por tratar-se de Empresa de engenharia elétrica – atividade-fim do negócio – ainda carrega as características de uma organização masculinizada. As mudanças ainda são lentas e o espaço feminino vem sendo conquistado aos poucos, principalmente a partir de ações afirmativas de gênero.

Preocupada com essas questões, desde 2007 a *Energix* vem mantendo e atualizando um Plano de Ação baseado no Programa Pró-Equidade de Gênero da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres e nas Diretrizes do Ministério de Minas e Energia (MME) sobre questões de gênero, etnia-

raça e conflitos geracionais. Entende que mais de 15 anos sem contratações é um longo período e um dos principais fatores explicativos da disparidade no percentual de gênero, repercutindo em distinção de oportunidades entre mulheres e homens, demandando maior investimento nas políticas de Gestão de Pessoas. Nessa direção, a Empresa vem procurando minimizar consequências em diversos indicadores: percentual de mulheres em cargos de chefia, oportunidades de educação corporativa, estudos estratificados de remuneração, absenteísmo-doença, acidentes de trabalho, dentre outros.

À Secretaria de Políticas para Mulheres do Governo Federal (2015, p. 01),

o Programa Pró-Equidade de Gênero e Raça consiste em disseminar novas concepções na gestão de pessoas e na cultura organizacional para alcançar a igualdade entre mulheres e homens no mundo do trabalho. É dirigido a empresas de médio e grande porte, públicas e privadas, com personalidade jurídica própria. A adesão ao programa é voluntária.

Com foco nas questões transversais, a *Energix* utiliza indicadores propostos em documentos internacionais que tratam de relações justas de trabalho. Um deles é a Declaração de Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho, cujo objetivo é promover os direitos fundamentais consagrados na Organização Internacional do Trabalho (OIT) e na Declaração da Filadélfia. Entre as ações direcionadas aos trabalhadores, propõe: liberdade sindical, reconhecimento do direito de negociação coletiva, eliminação de trabalho forçado ou similar ao ‘escravo’, erradicação do trabalho infantil e o fim da violência e da discriminação no emprego e ocupações (OIT, 2015).

Respalda suas ações de gestão também nas Metas do Milênio ou Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), proposta pelas Organizações das Nações Unidas (ONU, 2015), a partir da adesão do Governo Federal, na década de 1990. Refere ao conjunto de objetivos para o desenvolvimento e a erradicação da pobreza no mundo. Os Critérios de Excelência do Prêmio Nacional da Qualidade (FNQ) também têm sido utilizados para minimizar os preditores negativos dos aspectos sociodemográficos na Empresa. O objetivo é utilizar uma comunicação adequada nos processos gerenciais, seja no tratamento com clientes ou com os mercados. Estão consolidados em indicadores de liderança, estratégias e planos, clientes, sociedade, informações e conhecimento, pessoas, processos gerenciais e resultados (FNQ, 2015).

A *Energix* orienta suas políticas econômicas e processos baseando-se nos indicadores do Instituto Ethos de Responsabilidade Social Empresarial e Sustentabilidade e no Índice de Sustentabilidade Empresarial – ISE do Bovespa e na *Dow Jones Sustainability Index – DJSI*. Esses últimos têm em comum consolidar seu negócio com ações nas Bolsas de Valores, atendendo aos indicadores sociais, econômicos e ambientais que dão lastro aos investimentos compatíveis com as

demandas de desenvolvimento sustentável da sociedade, de forma ética e transparente, com suporte financeiro do Banco Mundial (ETHOS, 2015; ISE, 2015; e DJSI, 2015).

A Tabela 11 apresenta o Índice Anual de Absenteísmo-doença (IAD) da *Energix*, considerando o recorte de gênero, por Filial, no período. A Empresa mantém em seu quadro de empregados uma média de 73% de homens e 27% de mulheres. No entanto, ao analisar o IAD, esse dado se inverte. O grupo feminino apresentou valores acima do limite tolerável (1,50) em todas as Filiais e em todos os anos. O resultado feminino é responsável por colocar o IAD acima do valor de referência em todos os anos, exceto em 2011.

Na Filial 05, verificou-se o menor e o maior IAD do gênero feminino no período, variando de 1,65, em 2011, a 3,43, em 2010. Os dados masculinos avaliados demonstram que todas as Filiais, exceto a Filial 01, mantiveram o IAD em nível abaixo do tolerável, no período. Já na Filial 06, o indicador masculino esteve acima do limite tolerável em todos os anos. No geral, a *Energix* manteve-se acima do tolerável, exceto em 2011, com resultado de 1,44. O valor mais alto foi de 1,71, em 2013, mas com a mudança do limite de 1,5 para 1,8, o indicador ficou abaixo do tolerável.

O melhor resultado apresentado ocorreu em 2011, no grupo masculino, com 1,09. E o resultado com maior impacto foi no grupo feminino, em 2010, com 3,43. Os dados obtidos ressaltam quanto esse valor é elevado, comparado com os achados em outras pesquisas. Reforçam quanto é urgente aprofundar os estudos obtidos do índice de absenteísmo-doença da *Energix*, principalmente considerando a diferença de gênero.

ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO DOENÇA POR LOCALIDADE E GÊNERO (2010-2013)																						
ANO	FILIAL 01			FILIAL 02			FILIAL 03			FILIAL 04			FILIAL 05			FILIAL 06			ENERGIX			Limite Tolerável
	MASC	FEM	GERAL	MASC	FEM	GERAL	MASC	FEM	GERAL	MASC	FEM	GERAL	MASC	FEM	GERAL	MASC	FEM	GERAL	MASC	FEM	GERAL	
2010	1,44	2,71	1,70	1,20	2,79	1,57	1,44	1,82	1,51	1,20	3,42	1,48	1,48	3,43	1,83	1,88	2,73	1,87	1,33	2,73	1,62	1,50
2011	1,52	2,57	1,74	1,09	2,51	1,37	1,31	1,99	1,38	1,25	2,56	1,37	1,01	1,65	1,13	1,55	2,94	1,53	1,23	2,45	1,44	1,50
2012	1,58	2,62	1,80	1,27	2,91	1,65	1,50	1,85	1,56	1,22	3,21	1,43	1,28	2,41	1,43	1,84	2,01	1,84	1,39	2,71	1,65	1,50
2013	1,59	2,95	1,89	1,27	3,02	1,69	1,38	2,02	1,50	1,32	2,82	1,55	1,38	2,75	1,61	1,78	2,68	1,93	1,39	2,88	1,71	1,80

Tabela 11: IAD com recorte de gênero, Filial e ano

O parâmetro adotado pela *Energix* é baseado na fórmula de absenteísmo da Tabela Sextante (pesquisas e processos de *benchmarking* através de indicadores de performance na área de Gestão de Pessoas e negócios): $IAD = (DA * 100) / (NE * NM * 20,17)$, onde DA significa Dias úteis de Ausência; NE é o Número total de Empregados; NM refere-se ao Número de Meses decorridos no ano; 20,17 é um valor constante e corresponde à média de dias trabalhados por mês (Sextante Brasil, 2015).

Contudo, essa não é a única fórmula do absenteísmo-doença. O *Bureau of National Affairs* (2006) sugere transformar dias em horas perdidas. Segundo Cascio e Boudreau (2010), existem

fórmulas que elucidam o valor do pagamento integral remuneratório, inclusive dos dias perdidos e trabalhados; o tempo de gestão para administrar as faltas e o redimensionamento das atividades; o valor do homem/hora despendido para gerenciar as faltas e até a produtividade prejudicada. Contudo, assim como o indicador utilizado pela *Energix*, nenhuma fórmula encontrada na literatura especializada parece descrever fidedignamente o custo real do absenteísmo.

Observa-se que este indicador na *Energix* se mantém em nível elevado, chegando o grupo feminino a apresentar o resultado três vezes maior do que o limite estabelecido e das pesquisas realizadas. Os dados do IAD, considerando o recorte de gênero, reforçam as pesquisas que descrevem elevado número de faltas femininas, principalmente em idade reprodutiva, comparado ao masculino. Muitas são as razões apontadas, inclusive referente à dupla jornada. Contudo, é necessário aprofundar a análise documental para compreender essa distinção de gênero.

Pesquisas realizadas com diversas categorias profissionais parecem corroborar a importância da análise epidemiológica da saúde ocupacional. No Brasil, ao considerar especificamente o recorte de gênero, os resultados reforçam que o público feminino tem um histórico de maior absenteísmo-doença que os homens, requerendo sempre e novas pesquisas (Santos e Mattos, 2010; Silva *et al*, 2012; Abreu, Gonçalves e Simões, 2014; e Mascarenhas e Barbosa-Branco, 2014).

A Tabela 12 demonstra os 10 Grupos de patologias (CID-10) que mais afastaram os trabalhadores, por ordem decrescente de dias perdidos, entre 2010 e 2013, na *Energix*. O Grupo prevalente foi o M (doenças do sistema osteomusculares e do tecido conjuntivo), primeiro lugar no *ranking* em todos os anos estudados; e alternando entre o segundo e o terceiro lugares, os Grupos J e K, aparelhos digestivo e respiratório, respectivamente. Os TMC variaram entre o 8º, em 2010, e 5º lugar, em 2012, ano mais crítico. No período analisado ocorreram 4.813 dias perdidos por TMC, sendo mais elevado em 2013, com 1.302 ausências. O Grupo F corresponde à 36.2% do M – maior número de dias perdidos no período.

RANKING DOS GRUPOS DE PATOLOGIAS POR TOTAL DE DIAS PERDIDOS - 2010-2013									
ENERGIX-2010	D.P.	ENERGIX-2011	D.P.	ENERGIX-2012	D.P.	ENERGIX-2013	D.P.	ENERGIX-TOTAL	D.P.
M	3.661	M	3.122	M	3.014	M	3.502	M	13.299
J	2.597	J	2.338	K	2.407	J	2.590	K	9.439
K	2.363	K	2.103	H	2.088	K	2.566	J	8.768
H	1.856	H	1.959	I	1.562	H	2.364	H	8.267
I	1.730	I	1.689	F	1.288	S	1.638	I	6.575
S	1.619	F	1.062	A	1.278	I	1.594	F	4.813
A	1.256	S	927	J	1.243	F	1.302	A	4.547
F	1.161	A	919	R	735	A	1.094	S	4.184
N	985	N	376	N	412	R	669	R	2.782
R	727	R	651	E	199	N	491	N	2.264

Tabela 12: *Ranking* dos Grupos da CID-10 prevalentes, por dias perdidos e ano.

O AEAT, descrito na Tabela 02, registra os Grupos de doenças prevalentes no período da pesquisa documental na *Energix*. Os dados estatísticos se mantêm estáveis com os Grupos S e T (traumatismo ou lesão e envenenamento), correspondendo à 71% dos registros; M (osteomuscular e do tecido conjuntivo), com 16% dos benefícios; e o Grupo F (TMC), mantem-se em terceiro lugar do *ranking*, com 0,03%, ou seja, menos de 1%. Na *Energix*, essa classificação diferencia ano a ano, como será demonstrado adiante, cujo resultado percentual chega a 6,1%.

Os dados da *Energix* não confirmam o absenteísmo por Grupos S e T do INSS entre as que mais incapacitam o trabalhador. Na pesquisa documental não há registro significativo desse tipo de afastamento, geralmente fatal, o que revela possivelmente ações preventivas em seus indicadores de acidentes de trabalho, principalmente de trajeto.

Embora o Grupo F na *Energix* esteja abaixo no *ranking* do INSS (terceiro lugar), em dados percentuais encontra-se bem acima, com 36,2% do total de dias perdidos do Grupo M. Ainda analisando os dados previdenciários, verifica-se que o Grupo M tem em média 63% das CAT registradas, enquanto o Grupo F chega a mais de 70% de subnotificação. Nos dados obtidos na pesquisa documental, não há registro de doenças ocupacionais por TMC, não sendo possível avaliar os benefícios previdenciários.

A Tabela 13 apresenta o total de empregados com um ou mais registros de absenteísmo-doenças, verticalizando sobre as faltas por TMC, em relação aos assíduos, em dados totais e percentuais, no período de 2010 a 2013. Ao analisar o percentual de absenteísmo-doença na *Energix*, observa-se que mais de 53% do quadro apresentou ao menos um atestado médico por ano, ou seja, esteve mais tempo de licença para tratamento de saúde do que trabalhando. O ano de 2011 apresentou o melhor resultado, com 49,3%. E 2012, com o percentual de 57,2%, o maior impacto nesse indicador.

EMPREGADOS COM ABSENTEÍSMO-DOENÇA E POR TMC (TOTAL E %) EM RELAÇÃO AO QUADRO DE PESSOAL TOTAL																								
Local	2010					2011					2012					2013								
	EMP	%	AD	%	AD-F	EMP	%	AD	%	AD-F	EMP	%	AD	%	AD-F	EMP	%	AD	%	AD-F				
Filial 1	1201	21,4%	645	53,7%	28	4,3%	1212	21,9%	605	49,9%	46	7,6%	1127	20,2%	644	57,1%	44	6,8%	1103	19,9%	638	57,8%	44	6,9%
Filial 2	2717	48,4%	1427	52,6%	94	6,6%	2636	47,7%	1439	54,6%	91	6,3%	2800	50,1%	1580	56,4%	93	6,0%	2781	50,1%	1537	55,3%	87	5,7%
Filial 3	644	11,5%	352	54,7%	21	6,0%	640	11,6%	331	51,7%	18	5,4%	642	11,5%	382	60,0%	16	4,2%	649	11,7%	326	50,2%	17	5,2%
Filial 4	367	6,5%	165	45,0%	12	7,3%	366	6,6%	175	47,8%	6	3,4%	374	6,7%	201	53,7%	12	6,0%	374	6,7%	203	54,2%	11	5,4%
Filial 5	318	5,7%	181	56,9%	10	5,5%	314	5,7%	124	39,5%	5	4,0%	283	5,1%	167	59,0%	9	5,4%	296	5,3%	156	52,7%	11	7,1%
Filial 6	362	6,5%	211	58,2%	9	4,3%	362	6,5%	189	52,2%	4	2,2%	359	6,4%	205	57,1%	15	7,3%	351	6,3%	217	61,8%	14	6,5%
TOTAL	5609	100	2981	53,5%	174	5,7%	5530	100	2863	49,28%	170	4,8%	5585	100	3179	57,2%	189	6%	5554	100	3077	55,3%	184	6,1%

Tabela 13: Quadro de Pessoal total, com ou sem Abs. e por TMC (total e %), por Filial e ano

O menor e maior percentual de absenteísmo-doença no período ocorreu, respectivamente, na Filial 05, com 39,5%, em 2011; e no Escritório 06, com 61,8%, em 2013. Ao analisar o absenteísmo-

doença a cada ano, verifica-se que em 2010 a Filial 06 apresentou o percentual de 58,2%, o maior ausentismo; e o menor foi observado na Unidade 04, com 45%. Em 2011, variou entre 39,5% e 54,6%, nas Filiais 05 e 02, respectivamente. Esse resultado é significativo, pois a Filial com maior percentual tem o maior quantitativo de empregados.

Em 2012, observa-se um aumento relevante do absenteísmo-doença em todas as Filiais, sem exceção. Em todas, os resultados excederam a média de 50%. A 03 atingiu o patamar de 60% de seu quadro, seguida da 05, com 59%. Além disso, foi a Filial que teve a maior diferença percentual entre 2011 e 2012, com crescimento de 20,5%. Já a Filial 4 apresentou o menor impacto, com 53,7%. O absenteísmo-doença permanece elevado em 2013, comparado aos anos anteriores. Entre as Filiais que o percentual cresceu, o maior impacto ocorreu na 06, atingindo 61,8% – mais elevado de todo o período, com crescimento de 4,7%. E a redução maior, de 60% para 50,2%, ocorreu na 03, com 9,8% de diferença. No geral, houve uma diminuição de 2,1%, caindo de 57,2% para 55,3%.

O resultado do absenteísmo específico por TMC se mantém na média de 6%, entre 2010 e 2013. Assim como os dados obtidos do ausentismo total, 2011 apresentou o melhor resultado, com 4,8%. Em 2013, esse indicador atingiu o maior impacto com o patamar de 6,1%. O menor e maior resultado, respectivamente, foram: 2,2%, na Filial 06, e 7,6%; ambos em 2011.

Aprofundando a análise dos dados ano a ano, verifica-se que em 2010 o absenteísmo por TMC varia entre 4,3%, nas Filiais 01 e 06; e 7,3%, na Unidade 04. No ano seguinte, a Filial 06 reduz ainda mais, passando para 2,2% – o menor no período. Já a Filial 01 sobe de 4,3% para 7,6% – o maior entre 2010 e 2013. As demais Filiais reduziram, em percentual, seus resultados.

O ano de 2012 apresenta o maior aumento do absentismo por TMC, passando de 4,8% para 6%, com aumento de 1,2%, e segue a tendência do absenteísmo-doença geral. Três Filiais reduzem o resultado: a 01, de 7,6% para 6,8%; a 02, de 6,3% para 6%; e a Filial 03, que reduz de 5,4% para 4,2%. As demais aumentaram de modo a impactar na média geral. O aumento maior é observado na Filial 06, que detinha o melhor resultado no período estudado, passando de 2,2% para 7,3%; a Filial 04 aumenta de 3,4% para 6,7%; seguida da Filial 05, que sai do patamar de 4% para 5,4%.

O absenteísmo por TMC continua subindo em 2013. Na média, sai de 6% para 6,1%. O resultado de maior repercussão é observado na Filial 05, que cresce de 5,4% para 7,1%, seguida da Filial 03 – de 4,2% para 5,2%. Houve redução nas Filiais 02 (6% para 5,7%), 04 (6,7% para 5,4%) e o mais significativo na Filial 06, de 7,3% para 6,5%.

As pesquisas não são unânimes em relação a uma média aceitável de dias perdidos em relação ao previsto em contrato de trabalho. Quando se trata de um limite tolerável desse indicador, nenhuma

referência encontrada ultrapassa 10% mensal, proposto por Chiavenato (2014). E para Couto (1987), um percentual superior a 1,2% é considerado alto, justificando ações interventivas imediatas.

Os achados documentais apontam que o absenteísmo-doença da *Energix* chega a ser cinco vezes maior que o percentual máximo encontrado na literatura, corroborando que é elevado e suscita ações efetivas e perenes de contenção do resultado.

Outros segmentos parecem seguir um resultado similar, principalmente nas pesquisas encontradas com a categoria de Enfermagem. Da mesma forma, parecem elevado o absenteísmo-doença com docentes, profissionais de *call center*, policiais, dentre outros (Silva e Marziale, 2003; Marziale, 2003; Martins *et al*, 2005; Pintor, 2010; Santos e Mattos, 2010; Fonseca e Carlotto, 2011; Silva *et al*, 2012; Souza *et al*, 2012; Rodrigues *et al*, 2013; e Mininel *et al*, 2013).

Essas pesquisas sinalizam a importância de aprofundar a análise do registro dos atestados médicos, comparar as informações estatísticas estratificadas e fazer a gestão do absenteísmo-doença. Assim, é possível propor políticas, estruturar programas e implementar ações de saúde e qualidade de vida, visando à redução do adoecimento.

No Brasil, considerando que cada trabalhador tem direito a 160h de férias, acrescida de 96h, em média, em razão de feriados, a jornada contratada de 2.080h cai para 1.824h produtivas, segundo a CLT. A partir desse parâmetro, uma empresa do porte da *Energix*, com absenteísmo de 1,7% pode chegar a 159.600h perdidas, dado elevado, se comparado com o parâmetro limítrofe de 0,1% ao mês. (Couto, 1987; Milkovich e Boudreau, 2000; e Assis, 2005).

Embora seja uma Empresa de economia mista e regida pela CLT, a *Energix* carrega aspectos marcantes do setor público, em razão principalmente da seleção de trabalhadores mediante concurso público que promove, por conseguinte, a estabilidade e a segurança no emprego. Essa cultura causa impacto no absenteísmo-doença, que tende a ser mais elevado que em organizações privadas. Não se trata de uma avaliação isolada, baseada nesta pesquisa documental, mas no estudo perene do indicador há mais de duas décadas, cujos resultados permanecem estatisticamente inalterados.

Sobre essa distinção, os estudos de Cascio e Boudreau (2010) reforçam que o absentismo no setor público tende a ser maior que no privado. As pesquisas realizadas no Reino Unido registram que a razão é de 10,1 para 6,7, anual. No Brasil, os estudos de Santos e Mattos (2010); Fonseca e Carlotto (2011); Silva *et al* (2012); e Rodrigues *et al* (2013) ratificam essa distinção e corroboram os resultados da *Energix*.

Nos dados do AEAT (Tabela 02), verifica-se que as patologias do Grupo F (CID-10) correspondem a 0,02%, ou seja, é inferior a 1% do total de benefícios pagos e encontra-se em terceiro

lugar entre os Grupos prevalentes de acidentes de trabalho. Na *Energix* (Tabela 13), esse percentual chega a 6,1% em relação ao total do absenteísmo; a 5,8% sobre o total de dias perdidos (Tabela 14); e a 4%, por ocorrências (Tabela 15), ou seja, cinco vezes maior estatisticamente que o AEAT.

As informações contidas nas Tabelas 03 até 06 sobre os acidentes de trabalho por atividade econômica demonstra que todo setor elétrico energético, em dados totais, fica na média de 1.700 registros, em 2010, 2011 e 2013, caindo para 182, em 2012. A *Energix* tem resultado 10% a cima de todo o grupo de sua atividade econômica, inclusive com resultado real mais elevado que a categoria ocupacional, em 2012.

A análise dos dados obtidos e a comparação com o AEAT e outras pesquisas, resta demonstrada a justificativa e a relevância desta pesquisa documental. Esses achados reforçam a importância de outros estudos. No entanto, é apenas um indicador quantitativo. Necessita ser associado a uma pesquisa qualitativa que aponte razões para o absenteísmo por TMC da *Energix*.

Afinal, as causas do absenteísmo são multifatoriais e, para compreendê-las, sugere-se realizar diagnósticos organizacionais, análise de riscos psicossociais, além de ações socioeducativas que possibilitem uma compreensão sistêmica do fenômeno, utilizando uma triangulação de métodos.

A partir de uma análise mais aprofundada, é possível propor medidas interventivas sobre a cultura organizacional, suas subculturas e contraculturas; na formação de gestores e/ou líderes; e na promoção de espaços de fala para os trabalhadores, com ou sem absenteísmo, de modo a identificar também fatores individuais, subjetivos, que possibilitem verificar se há ou não nexos causal (ou concausal) do contexto de trabalho.

Não é possível apontar causas respaldadas na pesquisa documental. Porém, pode-se inferir que os contextos econômico e político do país repercutem sobremaneira no setor elétrico energético, com ingerências na cultura da *Energix*. Por certo um dos principais fatores preditores e explicativos para os riscos psicossociais sinalizados no índice de absenteísmo-doença ocorrido em 2012 – ano da crise que se instala na Empresa.

Como fora dito, um dos fatos mais relevantes nesse período é a antecipação do prazo de monopólio das empresas de geração e transmissão de energia elétrica, exigindo uma adaptação dos processos, da infraestrutura e principalmente dos trabalhadores para uma realidade ainda recente em empresas públicas: a livre concorrência mediante leilões de energia, a estratégia de formação de consórcios para tornar o negócio mais rentável e aderente aos novos preços praticados no mercado e o forte apelo político ao consumidor final com a promessa de redução do custo das tarifas elétricas.

Entre 2011 e 2012, a *Energix* lança o programa de incentivo à aposentadoria e à demissão voluntária. O público-alvo é formado por trabalhadores aposentáveis ou aposentados pelo INSS. O prazo de adesão dos elegíveis é extremamente curto para planejar essa nova etapa de vida e preparar-se adequadamente para essa tomada de decisão – deixar o trabalho ao qual dedicou 30 ou mais anos.

Esse tempo de incertezas e o processo repentino de aposentadoria, para alguns, tornam-se fatores estressores, causando sofrimento psíquico e até adoecimento. Contudo, não é possível fazer afirmativas nem tampouco trazer respostas conclusivas, tendo por lastro diagnóstico este estudo documental, sob pena de cometer erros crassos. É igualmente importante investigar fatores de trabalho e possíveis nexos causais aos agravos à saúde mental, considerando aspectos individuais do trabalhador e seu processo de subjetivação com o trabalho.

O psicólogo, em sua prática diagnóstica e interventiva, tem por dever assegurar melhores condições de bem-estar para cada trabalhador, principalmente quando se apropria de informações de ordem pessoal, psicológica, comportamental ou mesmo de sua estrutura e psicodinâmica de personalidade, de sua história de vida, seus vínculos socioprofissionais ou mesmo do sentido e dos significados do trabalho. Ao mesmo tempo, precisa cuidar do coletivo de trabalhadores, investindo em programas e ações de prevenção, recuperação e principalmente de promoção de saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho. Na perspectiva macro, demanda por manter alinhadas suas ações ao planejamento estratégico da organização, ao cenário do negócio e ao contexto político e socioeconômico do país. Afinal, se uma empresa não é sustentável, fragiliza as próprias condições de empregabilidade de seus trabalhadores (Caldas, 2007; Zanelli, 2010; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Figueiredo e Souza, 2013; e Fonseca e Araújo 2014).

Os dias perdidos entre 2010 e 2013 por absenteísmo-doença, e por TMC, total e percentual em cada Filial da *Energix*, está demonstrado na Tabela 14. Dessas informações são apresentadas a análise e discussão dos dados obtidos. São as ausências ao trabalho, independentemente do número de atestados médicos apresentados, evidenciando o percentual de faltas por TMC em relação ao absenteísmo-doença total. O maior e o menor número de dias perdidos no período, independente do Grupo (CID-10), aconteceram, respectivamente, em 2012, com 23.503 e em 2011, com 19.805.

DIAS PERDIDOS POR AD E POR TMC POR FILIAL - 2010-2013																
LOCAL	2010				2011				2012				2013			
	N-EMP	D.P. (A.D.)	D.P. (F)	% AD-F	N-EMP	D.P. (A.D.)	D.P. (F)	% AD-F	N-EMP	D.P. (A.D.)	D.P. (F)	% AD-F	N-EMP	D.P. (A.D.)	D.P. (F)	% AD-F
Filial 1	1201	5150	210	4.1%	1212	5051	311	6.2%	1127	5058	281	5.6%	1106	4955	309	6.2%
Filial 2	2717	10479	513	4.9%	2636	9175	523	.7	2800	11811	526	4.5%	2783	11398	535	4.7%
Filial 3	653	2453	172	7.0%	640	2210	117	5.3%	642	2485	153	6.2%	649	2336	132	5.7%
Filial 4	367	1347	113	8.4%	366	1226	66	5.4%	374	1394	69	4.9%	370	1385	97	7.0%
Filial 5	318	1425	85	6.0%	314	840	23	2.7%	283	1091	75	6.9%	295	1153	102	8.9%
Filial 6	362	1633	71	3.7%	362	1303	22	1.7%	359	1664	184	11.1%	351	1513	127	8.4%
ENERGIX	5.618	22487	1164	5.2%	5530	19805	1062	5.5%	5585	23503	1288	5.5%	5554	22740	1302	5.8%

Tabela 14: Dias perdidos por Absenteísmo-doença e por TMC (total e %), por Filial e ano.

Ao comparar o total de dias perdidos em relação ao quadro de pessoal, ou seja, com e sem absenteísmo, observa-se que em 2011 a média foi de 3,6 e, em 2012, 4,2 dias de ausência. A média no período ficou em 4 dias perdidos por empregado, por ano.

O total de afastamentos específicos por TMC subiu ano após ano, com exceção de 2010 para 2011. O menor resultado em dados brutos foi de 1.062 dias de ausência, em 2011, e, em 2013, com 1.302 dias, o maior número de ausências, específicas do Grupo F.

Os dias perdidos por TMC em relação ao absenteísmo-doença total, em percentual, apontam um crescimento a cada ano: 2010, com 5,2%; 2011, com 5,4%; 2012, com 5,5%; e 2013, com 5,7%. A Filial 06 apresentou o maior e também o menor resultado percentual, saindo de 1,7%, em 2011; para 11,1%, em 2012.

Na Filial 01, esse dado variou entre 4.955 e 5.150, em 2013 e 2010, respectivamente. Esses dados na Unidade 02 ficaram entre 9.175 e 11.811, nos anos de 2010 e 2012. Na 03, o menor número de dias perdidos foi de 2.210, em 2011, e o maior 2.485, em 2012. Esse resultado variou entre 1.226 (2011) e 1.394 (2012) na Filial 04. Na 05, ficou entre 840 e 1.425, em 2011 e 2010, respectivamente. A Filial 06 variou entre 1.303 (2011) e 1.664 (2012).

O absenteísmo por TMC foi de 5,2%, em 2010, o menor no período. O maior ocorreu em 2013, com 5,8%. Os anos de 2011 e 2012 mantiveram o mesmo resultado: 5,5%. A média de dias perdidos em relação ao absenteísmo total ficou em 5,5%. A variável por ano e Filiais aponta que o menor resultado foi 1,7%, em 2011, e o maior, 11,11%, em 2012, ambos na Filial 06.

O percentual de faltas por doenças do Grupo F (CID-10) na Filial 01, no período, variou entre 4,1%, em 2010, e 6,2%, em 2011 e 2012. A Filial 02 variou entre 4,5%, em 2012, e 5,5%, em 2013. Na 03, os resultados ficaram entre 7% (2010) e 5,3% (2011). A 04 variou entre 4,9%, em 2012, e 8,4%, em 2010. O resultado percentual apresentado na Filial 05 ficou entre 2,7% em 2011 e 8,9%, em 2013. A Filial 06 apresenta, em 2011, o mais baixo percentual em relação às demais, com 1,7%, e também o mais elevado, chegando ao patamar de 11,1%, em 2012.

A variância por ano entre as Filiais sinalizou que, em 2010, a Filial 04 apresentou o maior impacto, com 8.4%; e a 06 o menor (2,7%). Em 2011, variou entre 1,7%, na Filial 06, e 6.2%, na 01. Em 2012, a maior repercussão no período foi de 11,1%, na Filial 06, e a 04 o menor resultado, com 4.9%. E em 2013, o indicador variou entre 4,7% e 8,9%, nas Filiais 02 e 05, respectivamente.

O total de dias perdidos por TMC na *Energix* vem aumentando e corrobora os dados estatísticos do INSS. Além disso, o percentual apontado no AEAT para este grupo de patologias não excede, no período, a 0,03%, enquanto que na Empresa chega a 5,8%, com média no período de 5,5%. Esse achado merece atenção, uma vez que percentualmente o resultado chega a ser cinco vezes maior que o total de benefícios pagos no Brasil.

Observa-se, analisando essas variáveis, que entre o maior e o menor número de dias perdidos, a diferença chega a 84,3%, justificando uma análise aprofundada que possa identificar nexos causais da *Energix* e os agravos à saúde mental de seus trabalhadores.

Não existe um parâmetro uníssono do absenteísmo-doença em relação a uma média aceitável de dias perdidos de trabalho em relação ao previsto em contrato de trabalho. Couto (1987) afirma que 1,2% é um percentual elevado e sugere como razoável um índice de frequência na ordem de 0,1% mensal. Segundo Cascio e Boudreau (2010), trabalhadores nos Estados Unidos faltam em média 2,3%, correspondendo a 5,5 dias anuais de trabalho e o *Bureau of National Affairs* (2006) sugere que 3% mensal de ausência é razoável, englobando toda e qualquer patologia. Os indicadores das pesquisas citadas ressaltam quanto é elevado o resultado na *Energix*, uma vez que o percentual específico por TMC chega a 5,5%, no período pesquisado.

Todavia, a análise de uma amostra documental, apenas, não é suficiente para confirmar uma hipótese diagnóstica de causalidade. É necessário avaliar os riscos psicossociais e intervir nas causas multifatoriais sem, todavia, perder de vista aspectos éticos relacionados ao trabalhador adoecido.

Outras pesquisas sobre o índice de dias perdidos seguem o resultado da *Energix*, destacando a categoria de Enfermagem, assim como policiais, motoristas, bancários, docentes, operadores de *call center*. Na literatura pesquisada encontra-se um estudo sobre o absenteísmo por depressão, realizado no setor elétrico com trabalhadores de manutenção de linhas elétricas de alta tensão (Santos e Mattos, 2010; Ferreira *et al*, 2011; Magalhães *et al*, 2011; Souza *et al*, 2012; e Rodrigues *et al*, 2013).

O total de ocorrências do absenteísmo-doença em relação à variável por TMC na *Energix*, considerando a análise por Filial, no período, estão demonstradas na Tabela 15.

Observa-se que em 2010 o maior percentual por ocorrências (1,71) foi verificado na Filial 05 em relação ao total de seu quadro de empregados, correspondendo à cerca de dois atestados por pessoa. A Filial 04 obteve o melhor resultado, com um atestado médico por empregado, em média.

O ano de 2011 apresentou a menor ocorrência, com maior impacto na Filial 02, com aproximadamente 1,4 por trabalhador, e o menor na Filial 04, com menos de 01 (uma) ocorrência, em média. Já em 2012, ano com maior número de atestados médicos, as Filiais 02 e 04 apresentaram o maior e o menor resultados, com 1,6 e 1,3, respectivamente.

Em 2013, a maior repercussão ocorreu na Filial 05, com 1,62; enquanto as Unidades 03 e 04 apresentaram pouco mais de 1,2 por empregado. Em relação à média de ocorrências, a variabilidade estatística é de 1,4 a 1,5 (Filial 06, em 2011), igualmente nas Filiais 04, em 2010, e 06 (2012 e 2013).

OCORRÊNCIAS DE A.D. E POR TMC (TOTAL E %) POR LOCAL - 2010-2013																
LOCAL	2010				2011				2012				2013			
	N-EMP	OC. (A.D.)	OC. (F)	% OC-F	N-EMP	OC. (A.D.)	OC. (F)	% OC-F	N-EMP	OC. (A.D.)	OC. (F)	% OC-F	N-EMP	OC. (A.D.)	OC. (F)	% OC-F
Filial 1	1201	1639	43	2,6%	1212	1531	55	4,2%	1127	1520	58	3,8%	1106	1481	64	4,3%
Filial 2	2717	4036	168	4,2%	2636	3625	155	5,7%	2800	4605	174	3,8%	2783	4346	161	3,7%
Filial 3	653	837	30	3,6%	640	794	23	3,3%	642	920	31	3,4%	649	806	24	3,0%
Filial 4	367	374	19	5,1%	366	352	9	2,4%	374	466	15	3,2%	370	469	15	3,2%
Filial 5	318	543	18	3,3%	314	323	5	1,6%	283	427	15	3,5%	295	480	19	4,0%
Filial 6	362	519	13	2,5%	362	428	6	1,7%	359	492	25	5,1%	351	492	25	5,1%
ENERGIX	5609	7948	291	3,7%	5530	7059	253	5%	5585	8430	318	3,8%	5554	8074	308	4%

Tabela 15: Ocorrências por AD e por TMC (total e %), por Filial e ano.

No que se refere ao total de dias perdidos (Tabela 14) e de ocorrências de absenteísmo-doença (Tabela 15), 2012 é o ano de maior impacto na *Energix* e coincide com o período de adesão ao programa de incentivo à aposentadoria e à demissão voluntária. Ratifica-se ser um dado relevante, requerendo extrapolar a pesquisa documental.

Ao analisar especificamente a média de ocorrências de absenteísmo por TMC, verifica-se uma tendência de crescimento em 2011, reduzindo nos anos seguintes. Esse resultado ocorre na maioria das Filiais e sinaliza que o contexto de trabalho da *Energix* pode ter repercutido na saúde mental de alguns empregados. Por outro lado, as Filiais 05 e 06 invertem esse resultado, apresentando o menor percentual em 2011 e o maior nos anos de 2012 e 2013. Portanto, considerando que o absenteísmo, independentemente do tipo de doença, possa evidenciar aspectos do trabalho, os achados desta pesquisa parecem reforçar a afirmação de Assis (2005, p. 149):

o absenteísmo reflete e reforça os conflitos existentes nas relações de trabalho, eleva os custos operacionais e contribui para o declínio da qualidade da assistência, afetando, desta forma, a organização, trabalho, trabalhadores e clientes.

O percentual de dias perdidos por TMC não segue um padrão; variando ano a ano. Algumas Filiais aumentaram essa variável de 2010 para 2011 e voltaram a reduzir nos anos seguintes. Revelam agravos à saúde dos trabalhadores e não se pode descartar o contexto de trabalho da *Energix*. Contudo, apenas a análise documental não valida qualquer hipótese diagnóstica de causalidade, sugerindo avaliar os riscos psicossociais ou outros aspectos subjetivos relacionados aos TMC.

O total de ocorrências por TMC, embora não pareça significativo em relação ao absenteísmo-doença total, em termos quantitativos, tende a afastar os trabalhadores por longos períodos, gerando impactos mais danosos no trabalho que muitas outras patologias. O estudo documental não é suficiente para avaliar a relação Saúde Mental *versus* Trabalho e o nexos causal, pois as questões relativas à subjetividade precisam ser avaliadas com um olhar mais criterioso e com a escuta dos trabalhadores com ocorrências de transtornos mentais e comportamentais.

São muitos fatores extralaborais relativos à personalidade, à história de vida, às condições de saúde e aos processos de subjetivação que influenciam o surgimento de doenças psíquicas, independente de se configurarem preexistentes ou hereditárias, explicam Caldas, 2007; Braga, Carvalho e Binder, 2010; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Lopes, 2013; e Fonseca e Araújo 2014.

No entanto, os dados obtidos na pesquisa documental são alarmantes, se tomar como parâmetro os benefícios pagos pelo INSS e sugerem considerar razões que extrapolam o trabalhador. Os riscos psicossociais relacionados ao contexto de trabalho na *Energix* são evidenciados nos dados analisados e sugerem um diagnóstico organizacional mais detalhado.

Os indícios estatísticos podem sinalizar uma ambiência laboral que favorece o adoecimento psíquico por razões diversas: a atividade ou sua ausência, falta de vínculos entre trabalhador e empresa, trabalho sem sentido ou significado, relações socioprofissionais e gestão danosas são alguns dos fatores que podem provocar doenças do Grupo F. O desafio é sempre um diagnóstico precoce.

O estudo epidemiológico de doenças psíquicas na *Energix* ratifica as ideias de Selligman-Silva (1994) acerca da inter-relação entre o trabalho e o processo de saúde, inclusive mental. A autora ressalta que o nexos causal entre o trabalho e os agravos psíquicos dos trabalhadores não se restringe à avaliação do sujeito, mas demanda a análise contínua das variáveis multifacetadas do trabalho.

A média das doenças do Grupo F em relação às demais patologias que geram absenteísmo na *Energix* chama atenção para os critérios que podem promover (ou não) saúde mental. Ackerman (1986) reforça que tais fatores não se restringem ao indivíduo e seus processos psíquicos. É preciso ampliar a análise para além dos sinais e sintomas dos TMC e incluir os grupos sociais em que o

trabalhador esteja inserido. Nesse caso, as relações *do* e *no* trabalho podem configurar males que afligem o trabalhador na Empresa pesquisada.

As causas apontadas na literatura consultada sobre absenteísmo por TMC são diversas. Envolvem as condições e a própria organização do trabalho, o modo de gestão e as relações socioprofissionais danosas e violentas. As propostas de melhoria entre os agravos à saúde mental e o trabalho são mais efetivas em pesquisas que utilizam métodos qualitativos, denotando que entre as razões de sofrimento e de adoecimento psíquico dos obreiros pode-se encontrar sua própria obra.

Dejours e Bègue (2010), em suas pesquisas, relatam questões importantes de sofrimento psíquico que podem extrapolar o nível de comprometimento da saúde mental e chegar ao suicídio de trabalhadores. Na *Energix* não há registro desse fenômeno, mas há que se considerar que os dados epidemiológicos são alarmantes. É possível que as denúncias de trabalhadores na França sejam similares na Empresa estudada, embora as informações se restrinjam aos fatores documentais. Por certo os impactos dos trabalhadores que se afastam por TMC vão e retornam com eles. É possível que o mesmo preconceito e discriminação que sofre o trabalhador na França ou a falta de conhecimento sobre a loucura e a doença mental também ocorra na *Energix*. Os autores trazem relatos de violências praticadas por colegas ou pela chefia daqueles que se ausentam do trabalho por TMC.

Independente da abordagem utilizada: Psicossociologia, Psicodinâmica, Ergologia ou Clínica da Atividade, conforme descreve Bendassolli e Soboll (2011), cada modelo das Clínicas do Trabalho pode contribuir no diagnóstico dos riscos psicossociais laborais. Caldas e Caldas (2014) reforçam que os índices elevados de TMC, identificados em estudos documentais nas empresas, sugerem ações imediatas de suporte ao trabalhador adoecido. E, em paralelo, não se pode perder de vista a demanda por intervenções psicossociais no coletivo como estratégia para reduzir os resultados.

A Tabela 16 descreve o percentual de empregados com absenteísmo por TMC em relação ao quadro de trabalhadores no ano de 2013, tanto por ocorrências quanto por dias perdidos, considerando o recorte de gênero. O grupo feminino compromete cerca de 29% do quadro de empregadas, enquanto o percentual dos homens não chega a 9%. No que se refere ao número de atestados médicos apresentados, este resultado se inverte, com 63,4% de ocorrências masculina e 59,2% feminina. Os dados por dias perdidos demonstram que aproximadamente 18% do quadro feminino se ausentou por enfermidades psíquicas enquanto o grupo de homens permaneceu em patamar menor, com 13,1%.

% DO Q.P. (2013) COM ABS TMC (OCO. E D.P.) POR GÊNERO							
GÊNERO	QP 2013	ABS TMC	% TMC	OCO.	% OCO.	D.P.	% D.P.
MAS	4400	388	8.8	614	63.2	2964	13.1
FEM	1154	329	28.5	556	59.2	1852	17.8
TOTAL	5554	717		1170		4816	

Tabela 16: % Q.P. (2013) com absenteísmo por TMC (OCO. e D.P.), por gênero.

A Tabela 17 apresenta o percentual de dias perdidos e de ocorrências por patologias do Grupo F (CID-10), por Filial, considerando o recorte de gênero, entre 2010 e 2013. No geral, o maior percentual por dias perdidos e por ocorrências são verificados no grupo feminino, com 8%, em 2013, e 5%, em 2012, respectivamente. No masculino, o maior resultado em dias perdidos é de 7% (2011) e 7%, em 2013 e por ocorrência fica em 3%, entre 2010 e 2012, subindo para 4% em 2013.

O ano de 2010 apresenta o percentual maior por dias perdidos no grupo feminino (6%) e o maior impacto é na Filial 05, com 11%. É mais elevado também por ocorrências (4%) cujo resultado percentual é maior na Filial 03, com 7%.

Em 2011, o resultado por dias perdidos se inverte em praticamente todas as Filiais, ou seja, é maior no grupo masculino, exceto na Filial 06, com 6% entre as mulheres e 1% entre os homens. Por ocorrência, os dados ficam empatados em 3% do total, considerando o recorte de gênero. O resultado mais significativo ocorreu na Filial 01, com 5% na população feminina.

Em 2012, o resultado geral por dias perdidos é menor entre os homens com 6% em relação à 7% entre as mulheres. Ao avaliar individualmente as Filiais, observa-se que este percentual se inverte e são mais elevadas na população masculina nas Filiais 02, 03 e 06. Do total, o maior impacto é na Filial 06, com 11%, no grupo dos empregados. Os dados avaliados por ocorrências também são prevalentes entre as mulheres, com 5%, em relação aos homens, com 3%. Ao analisar o percentual por Filial, verifica-se que o impacto é maior no grupo feminino, nas Filiais 01 e 05, ambas com 7%.

O percentual de dias perdidos em 2013 segue a tendência dos anos anteriores, com resultado maior entre as mulheres (8%) em relação aos homens (7%). Quanto às localidades, esse percentual se inverte nas Filiais 03 e 04. As mulheres igualmente com 3% nas duas Filiais e os homens com 7% e 8%, respectivamente. O impacto maior ocorreu na Filial 06 do grupo feminino, com 14% dos dias perdidos. Já os dados por ocorrências ficam empatados, ambos com 4%. Entre as Localidades, o resultado foi maior nas Filiais 01, 05 e 06, todas com 6%.

Ainda analisando o histórico do absenteísmo por TMC feminino, o percentual menor e o maior por dias perdidos apareceram na Filial 06, variando de 0% (2010 e 2011) à 14%, em 2013. A variável de ocorrências também permanece mais elevada entre as mulheres, em todo o período analisado. O resultado maior chega a 7%. No grupo feminino, este resultado é verificado em 2010 na Filial 03, e em 2012 nas Filiais 01 e 05. Também se verifica o mesmo percentual entre os homens no ano de 2010, na Filial 04.

A diferença percentual, considerando o recorte de gênero, chega a 10% de diferença, em 2013, por dias perdidos, com 14% entre as mulheres e 4% os homens.

PERCENTUAL DE DIAS PERDIDOS E OCORRÊNCIAS DO GRUPO F COM RECORTE DE GÊNERO POR LOCAL - 2010-2013																
LOCAL	2010				2011				2012				2013			
	D.P. F	D.P. M	OC. F	OC. M	D.P. F	D.P. M	OC. F	OC. M	D.P. F	D.P. M	OC. F	OC. M	D.P. F	D.P. M	OC. F	OC. M
Filial 1	7%	2%	5%	2%	5%	8%	5%	3%	10%	3%	7%	2%	8%	5%	6%	4%
Filial 2	6%	4%	6%	3%	5%	7%	4%	4%	4%	5%	4%	3%	6%	4%	5%	3%
Filial 3	7%	7%	7%	3%	3%	6%	2%	3%	2%	7%	2%	4%	3%	7%	1%	4%
Filial 4	6%	9%	2%	7%	4%	6%	2%	3%	5%	5%	3%	3%	3%	8%	2%	4%
Filial 5	11%	3%	6%	2%	6%	1%	3%	1%	11%	5%	7%	2%	12%	8%	6%	3%
Filial 6	0%	6%	0%	3%	0%	2%	0%	2%	10%	11%	5%	5%	14%	7%	6%	5%
ENERGIX	6%	5%	4%	3%	4%	5%	3%	3%	7%	6%	5%	3%	8%	7%	4%	4%

Tabela 17: % Dias Perdidos e Ocorrências do Grupo F com recorte de Gênero, por Filial – 2010-2013.

Apesar dos dados elevados do indicador de absenteísmo por TMC na *Energix*, considerando a literatura pesquisada, não é possível configurar o nexos causal da enfermidade mental de seus trabalhadores baseando-se na pesquisa documental; seja em razão da própria atividade, das condições laborais ou mesmo das relações socioprofissionais. Mas há que se considerar sua relevância ao sinalizar, com os dados obtidos, os riscos psicossociais, principalmente considerando o recorte de gênero.

Ao avaliar a divisão sexual do trabalho, a literatura evidencia que a ‘dupla jornada’ feminina ainda é um aspecto dificultador para permanência integral da mulher no trabalho e que, muitas vezes, a licença médica é graciosa e o registro desse absenteísmo é ‘*maquiagem*’ de outras demandas não conciliadas na relação família x trabalho. Além do aspecto de gênero, os estudos apontam razões de outra ordem, como: processos de subjetivação relacionados à história e ao projeto de vida, à personalidade, às doenças preexistentes e hereditárias ou outros, próprios de cada indivíduo (Caldas, 2007; Zanelli, 2010; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Lopes, 2013; e Fonseca e Araújo 2014).

O elevado resultado no índice de absentismo por TMC no grupo feminino, evidenciado nas Tabelas 16 e 17 da pesquisa documental, precisa ser aprofundado com uma triangulação de métodos

científicos, incluindo estudos qualitativos, de modo a demonstrar ou refutar o nexo de causalidade entre os fatores laborais e os agravos à saúde mental, principalmente entre as mulheres.

Ao correlacionar os dados da Empresa estudada e as pesquisas consultadas, seu resultado é ainda mais alarmante, tendo em vista tratar-se de uma organização eminentemente masculina, com 79% do quadro masculino. Portanto, se o percentual se modifica, ou seja, passa a ter um público feminino mais elevado, as repercussões do absenteísmo por TMC serão ainda mais graves. Pesquisas com profissionais de saúde, principalmente de Enfermagem, corroboram essa distinção de gênero em relação ao adoecimento psíquico de trabalhadoras. No entanto, não é possível neste estudo documental fazer uma comparação entre os segmentos do setor elétrico energético e da saúde, em suas especificidades com dados quantitativos (Reis, Fernandes e Gomes, 2010); Marziale, 2003; Ferreira *et al*, 2011; Magalhães *et al*, 2011; e Mininel *et al*, 2013).

Independente do recorte de gênero ou qualquer outro como escolaridade, religião, etnia, orientação sexual, idade; alguns fatos recorrentes de causalidade vêm sendo reforçados em inúmeras pesquisas. Destacam as tarefas empobrecidas de sentido e/ou percebidas sem valor, o excesso de trabalho ou a ociosidade compulsória, regras rígidas, pouca ou nenhuma possibilidade de ser criativo no exercício das funções, a ausência de meritocracia e de políticas de carreira e de reconhecimento, as dificuldades nas relações socioprofissionais, a gestão deficiente e danosa, a integração precária entre o trabalhador e a organização, a carência de ações humanizadas, de promoção de saúde, de segurança e de qualidade de vida no trabalho. Esses e outros fatores são reforçados na maioria dos estudos. (Caldas, 2007; Caldas e Caldas, 2014; Dejours e Bègue, 2010; Assunção e Silva, 2012; e Pinto, Figueiredo e Souza, 2013).

É certo que as organizações não podem intervir em todos os fatores que favorecem o adoecimento do trabalhador, principalmente nos aspectos do indivíduo e seu processo de subjetivação com o trabalho. Mas não podem negligenciar ações preventivas e corretivas sobre a cultura organizacional que atua negativamente na saúde do coletivo de trabalhadores. Além disso, é preciso realizar a gestão do absenteísmo, com ênfase nos TMC. É a partir dos dados estatísticos dos atestados médicos e sua análise estratificada que se pode identificar riscos psicossociais e propor intervenções.

A Tabela 18 evidencia as patologias prevalentes que justificaram o absenteísmo por TMC, tanto por dias perdidos quanto por ocorrências (valores totais e percentual), no período de 2010 a 2013, na *Energix*. Foram agrupadas utilizando o mesmo parâmetro do AEAT. São registrados 4.816 dias perdidos e 1.170 ocorrências de absenteísmo do Grupo F (CID-10). Desses números, 4.122 referem-se ao total das ausências ao trabalho e 916 aos atestados médicos das patologias prevalentes

do Grupo F. Das 13 (treze) subclassificações dos TMC, 06 (seis) comprometem em 85.6% do total de dias perdidos e em 78.2% das ocorrências do Grupo F CID-10.

Referem às reações ao stress grave e transtornos de adaptação (F43) 1.019 dias de afastamento, que correspondem à 24.7% das faltas por TMC, seguido dos episódios depressivos (F32) e outros transtornos ansiosos (F41), ambos com 23.3% e 960 dias. Os TMC devido ao uso de álcool (F10) comprometem 527 dias de ausências ou 12,5% do total, seguida dos transtornos depressivos recorrentes (F33), com 492 dias perdidos (11.9%). Por último, 4.3% referem aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas (F19), com 175 afastamentos.

Quanto ao total de ocorrência, ainda na Tabela 18, o impacto das enfermidades psíquicas, em dados totais e percentuais, respectivamente, apresenta-se prevalente no: F43, com 291 e 31,8%; F41, com 263 e 28,7%; F32, com 181 e 19,8%; F33, com 101 e 11%; F10, com 68 e 7,4%; e F19, com 12 e 1,3%.

TMC PREVALENTES - D.P. E OCO. - 2010 - 2013				
GRUPO F	D.P.	%D.P.	OCO.	%OCO.
F10	517	12.5	68	7.4
F19	175	4.3	12	1.3
F32	960	23.3	181	19.8
F33	492	11.9	101	11
F41	959	23.3	263	28.7
F43	1019	24.7	291	31.8
PREVALENTE	4.122	85.6	916	78.2
TOTAL	4.816		1.170	

Tabela 18 – TMC prevalentes, por dias perdidos e ocorrências (dados totais e %) – 2010-2013.

Ao avaliar os TMC prevalentes sob o recorte de gênero, na Tabela 19, verifica-se que o F10 e o F19 são recorrentes no grupo masculino, tanto em dias perdidos quanto em ocorrências. Chega a 99.6% do total de afastamentos por F10; 99,4% por F19; e 97.1% e 91.7% do total de atestados registrados com F10 e F19, respectivamente. Também é prevalente entre os homens os dias perdidos por F43 (66,9%), F33 (53%) e F41 (52.5%). Já o F32, tanto por dias perdidos (51.2%) quanto por ocorrências (74%) são maiores as mulheres; assim como o percentual por F41 (54.4%), entre 2010 e 2013.

TMC PREVALENTES, D.P. E OCORRÊNCIAS COM RECORTE DE GÊNERO – 2010-2013.												
GRUPO F	D.P. - M	% D.P. - M	D.P. - F	% D.P. - F	D.P.	%D.P.	OCO. - M	%OCO. - M	OCO. - F	% OCO. - F	OCO.	%OCO.
F10	515	99.6	2	0.4	517	12.5	66	97.1	2	2.9	68	7.4
F19	174	99.4	1	0.6	175	4.3	11	91.7	1	8.3	12	1.3
F32	469	48.9	491	51.2	960	23.3	47	26	134	74	181	19.8
F33	261	53	231	47	492	11.9	58	57.4	43	42.6	101	11
F41	503	52.5	456	47.6	959	23.3	120	45.6	143	54.4	263	28.7
F43	682	66.9	337	33.1	1019	24.7	174	59.8	117	40.2	291	31.8
PREVALENTE	2604	87.9	1518	82	4122	85.6	476	63.2	440	59.2	916	78.2
TOTAL	2964		1852		4816		614		556		1170	

Tabela 19 – TMC prevalentes, D.P. e ocorrências (dados totais e %), com recorte de gênero.

A Tabela 20 demonstra as subdivisões prevalentes do Grupo F (CID-10) no período de 2010 e 2013. O total de D.P. são mais significativos nos seguintes transtornos: F43, com 21.8%; F41, com 12.4%; F41.2, com 10.9%; F32.1, com 9,1%; F10.2, com 8.5%; e F32, com 8.4%. E por ocorrência, as subdivisões mais frequentes são: F43.0, com 17.6%; F41, com 17.5%; F43, com 14.2%; F41.2, com 11.3%; e F32, com 10.5%.

Ao agrupar as patologias por dias perdidos, os resultados apontam que 28,4% correspondem aos transtornos de humor (depressão); 23,3% aos transtornos de ansiedade; os transtornos neuróticos relacionados ao *stress*, aos somatoformes e à adaptação somam 21,8%; e 16,5% refere ao uso problemático de substâncias psicoativas.

Quando associa as categorias por ocorrências, as prevalências são: os transtornos neuróticos, relacionados ao *stress* e aos somatoformes, com 31,8%; seguido dos transtornos de humor (depressão), com 30.3%; os transtornos de ansiedade, com 28,8%; e TMC devido ao uso de substâncias psicoativas, com 8,7%.

TM PREVALENTES - 2010-2013				
GRUPO F	D.P.	% D.P.	OCO.	% OCO.
F10	166	4	64	7
F10.2	351	8.5	4	0.4
F19	163	4	10	1.1
F19.2	12	0.3	2	0.2
F32	345	8.4	96	10.5
F32.1	375	9.1	48	5.2
F32.2	240	5.8	37	4
F33	230	5.6	68	7
F33.1	141	3.4	21	2.3
F33.2	121	2.9	12	1.3
F41	510	12.4	160	17.5
F41.2	449	10.9	103	11.3
F43	899	21.8	130	14.2
F43.0	120	2.9	161	17.6
PREVALENTE	4122		916	

Tabela 20 – TMC e subdivisões prevalentes por D.P. e ocorrências.

O DSM-V (2014, p. 20) define TMC como

uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. (...) associados a sofrimento ou incapacidade significativa que afeta atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. (...) Desvios sociais de comportamento (...) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que (...) seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito.

Os TMC são classificados em: orgânicos, inclusive os sintomáticos; devido ao uso de substância psicoativa; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; de humor (afetivos); neuróticos, relacionados ao *stress* e somatoformes; síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos; da personalidade e do comportamento do adulto; retardo mental; do desenvolvimento psicológico; do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência; e o mental não especificado (CID-10, 2003).

O estudo do absentismo-doença por TMC deve ser embasado tanto no DSM-V (2014) quanto no CID-10 (2013) para classificar os tipos de patologias baseados no conjunto de sintomas apresentados pelo trabalhador adoecido.

A *Energix* não disponibilizou estudos ou informações que evidenciem possíveis causas laborais para o adoecimento psíquico, principalmente entre mulheres. A ausência de dados

qualitativos que permitam identificar o nexo de causal inviabiliza um diagnóstico e ações interventivas dos riscos psicossociais do trabalho.

No entanto, é preciso acompanhar os indicadores de absentismo-doença, visando a prevenir, minimizar e até reduzir os resultados desses índices, como propõe Assis (2005); Caldas e Bispo (2006); Cascio e Boudreau (2010); Falavigna e Carlotto (2013); Fonseca e Araújo (2014). A pesquisa documental e a escuta dos trabalhadores com adoecimentos psíquicos permitem analisar os custos visíveis, descritos nas análises econômico-financeiras; e invisíveis, relacionados aos aspectos subjetivos do trabalho, a reorganização e a execução das atividades, o prejuízo no padrão de qualidade, dentre outros custos. As pesquisas de Santos e Mattos (2010), Fonseca e Carlotto (2011), Minayo, Assis e Oliveira (2011) e Santana *et al* (2013), dentre outras, também encontraram os mesmos resultados, com pesquisas com outras categorias profissionais, como policial civil e militar, enfermeiros e com outros profissionais de empresas públicas.

Por certo, as mudanças no setor elétrico energético brasileiro relatadas neste artigo apontam um caminho para se investigar como possível fator de adoecimento psíquico, considerando em especial as mudanças promovidas pelo Governo Federal nos últimos cinco anos, a exemplo da perda do monopólio de concessão, o novo modelo de comercialização, os denominados ‘apagões’ e as multas vultuosas deles decorrentes. Sobre a possível causalidade entre o cenário nacional no setor e o impacto na saúde do trabalhador, não se identificou na literatura especializada estudos que permitam uma análise, exceto uma pesquisa realizada numa empresa do setor elétrico com operadores de manutenção de linhas elétricas de alta tensão, realizada em 2012, e o impacto do trabalho nos casos de depressão (Souza *et al*, 2012).

Segundo os autores, foi identificado nexo causal laboral específico no diagnóstico de depressão (F-32. F-33). Utilizaram como instrumento o Modelo Esforço-Recompensa. O questionário mensura o desequilíbrio entre esses fatores, considerando os esforços físico e mental, em relação direta à recompensa, ou seja, o reconhecimento, a promoção e a segurança no trabalho. Os resultados apontam que a depressão tende a aumentar a medida em que o trabalhador não se percebe reconhecido. Além do instrumento, avaliaram outros impactos nesse tipo de transtorno: sobrecarga da equipe, jornada em turno de revezamento, falta de autonomia na tomada de decisão sobre sua atividade, regras rígidas, trabalho monótono e repetitivo. Os dados de Souza *et al* (2012) e pesquisas com outras categorias profissionais reforçam os informes obtidos neste estudo.

Com o objetivo de ajustar-se ao cenário, a *Energix* adota políticas internas de redução de custos e inicia um Programa de Demissão Voluntária, visando a reduzir o quadro de pessoal. Essas

mudanças geram repercussões no negócio e nos trabalhadores, conforme dados mensurados por indicadores de Gestão de Pessoas, como: absenteísmo por doenças, clima organizacional, desempenho individual, segurança no trabalho, medidas punitivas, carreira e remuneração.

Outros fatos relacionados ao elevado absenteísmo por TMC na *Energix*, principalmente no grupo feminino, podem estar relacionados às condições de dupla jornada, o período reprodutivo feminino e a menopausa. Também é possível que o processo de aposentadoria, de demissão voluntária, o clima de insegurança proveniente da possibilidade de privatização e da iminência de demissão de trabalhadores possam estar contribuindo para o adoecimento psíquico nesta população.

É relevante, portanto, a coleta e a análise das informações do absenteísmo por TMC, uma vez que permitam planejar e executar ações com foco na saúde mental, considerando os contextos político e socioeconômico, bem como a cultura organizacional e os resultados alcançados pela *Energix*. Muito embora um diagnóstico, por mais detalhado, não forneça informações suficientes que confirmem ou refutem os fatores laborais que possam repercutir no absenteísmo. Por outro lado, esses dados são necessários e relevantes para planejar e executar ações de saúde mental nas três dimensões: prevenção, recuperação e promoção.

Ao analisar os AEAT do INSS (Brasil, 2013) observa-se que os dados coletados na *Energix* é uma representação estatística desses Anuários, principalmente sobre as patologias prevalentes: as F-43, o F-41, o F-32 e o F-10. Esses dados demonstram também que o F-43 (tanto a reação ao *stress* grave quanto o transtorno de adaptação) cresce a cada ano, embora seja o transtorno com a menor subnotificação entre as patologias do Grupo F. Embora os achados da pesquisa documental da *Energix* corroborem o AEAT, não é possível fazer uma análise comparativa considerando os dados do INSS no que se refere aos recortes de gênero, faixa etária e escolaridade.

A pesquisa documental da *Energix* não aponta registro de CAT e não há menção de TMC cujo nexo causal é o trabalho. Para esta análise, faz-se necessário avaliar os dados de acidentes de trabalho da Empresa ou mesmo utilizar métodos qualitativos de coleta de informações, entrevistando ou utilizando outros instrumentos que possam sinalizar doenças ocupacionais ou profissionais.

Segundo a Lei 8.231/91, em seu artigo 19 (INSS, 2011, p. 10), Acidentes de Trabalho é “o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente”. É tipificado como acidente aquele:

ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado; a doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício profissional peculiar a determinada atividade; e a doença do

trabalho, adquirida ou desencadeada em função das condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente” (INSS, 2011, p. 10)

Ao analisar o absenteísmo à luz desse conceito mais amplo de Acidente de Trabalho, consideram-se apenas as doenças ocupacionais ou profissionais, pois a *Energix* exclui do indicador os acidentes de trabalho, conforme a referida Lei. A pesquisa de Salerno, Silvestre e Sabino (2011) em um CEREST, em São Paulo, corrobora a pesquisa documental da Empresa no mesmo período. O estudo foi realizado a partir de relatos de experiências de trabalhadores sobre a causalidade laboral e a interface das doenças osteomusculares (Grupo M) e os TMC as que mais provocam absenteísmo, conforme o INSS.

Caldas, 2007; Zanelli, 2010; Olivier, Perez e Behr, 2011; Assunção e Silva, 2012; Pinto, Figueiredo e Souza, 2013; e Fonseca e Araújo, 2014, em suas pesquisas, mencionam que os TMC, resultantes ou não do trabalho, geram repercussões imensuráveis, tanto no trabalhador que adocece, em sua dinâmica familiar, no seu convívio social e até em sua renda; quanto na organização, que precisa redimensionar suas tarefas, administrar retrabalhos, a insatisfação dos trabalhadores assíduos ou o custo pecuniário dos dias remunerados e não trabalhados. Além desses dois lados, há que se considerar o impacto aos cofres públicos, pois o afastamento ao trabalho que excedem a 15 dias perdidos geram ônus financeiro ao Estado na concessão de benefícios pagos ao trabalhador.

É possível identificar e intervir nos riscos psicossociais de agravos à saúde mental em razão do trabalho, associando pesquisa documental a métodos qualitativos que promovam a fala de trabalhadores com afastamento por TMC, gestores e profissionais assíduos. Sugere-se, a partir de um estudo aprofundado, criar protocolos contendo estratégias que favoreçam a gestão do absenteísmo por doenças do Grupo F. A partir de investigações específicas, configurar nexos de causalidade do trabalho, quando houver, e propor políticas de trabalho humanizadas que possam prevenir os TMC em trabalhadores, como sugere Caldas, 2007; Behr, 2011; e Assunção e Silva, 2012.

Assim como a percepção do trabalho, o conjunto de sintomas de um transtorno mental e/ou comportamental passa pela ordem subjetiva, sofre influência de preconceitos e da dificuldade de pessoas leigas lidar com o sofrimento psíquico do outro. Vai da crença de simulação das queixas à desvalorização do quadro. Essas situações, comuns no ambiente laboral, podem agravar o quadro de adoecimento do trabalhador.

As patologias prevalentes do Grupo F (CID-10) descritas nesta pesquisa documental convergem ao conjunto de enfermidades que mais contribuem à concessão de benefícios aos trabalhadores pelo INSS, assim como os estudos encontrados na revisão da literatura, principalmente

com profissionais enfermeiros, policiais, docentes e operadores em *call center*. Entre os transtornos demonstrados nesses estudos, destacam-se: depressão, reação aguda ao estresse (inclusive Síndrome de *Burnout*), transtornos de humor, de ansiedade e por uso de substância psicoativa. Dentre essas pesquisas, uma delas trata de riscos psicossociais e do *stress* entre trabalhadores de manutenção em linhas elétricas de alta tensão, em uma empresa do setor elétrico, realizada por Souza *et al* (2012), além dos estudos realizados por Braga, Carvalho e Binder (2010), Maia *et al* (2011), Assunção e Silva, (2012) e Rodrigues *et al* (2013).

Glina e Rocha (2010) apontam dados alarmantes em relação aos TMC. Segundo os autores, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 30% de transtornos mentais leves/moderados e 10% de graves atingem a população trabalhadora. Além do mais, são as patologias que necessitam de um tempo maior para a recuperação, resultando em um maior número de dias perdidos. Até 2020, a depressão deverá ser uma das doenças mais incapacitantes da classe trabalhadora, segundo a OMS.

A depressão, considerada a doença do trabalhador ou o mal do século, também aponta como a maior frequência nos estudos epidemiológicos da *Energix*. É tipificado como um transtorno de humor ou de afeto, com ou sem ansiedade. É graduado em nível leve, moderado ou grave e, entre os sintomas, há o rebaixamento do humor, a redução da energia, a diminuição da atividade e da capacidade em experimentar prazer; a perda de interesse; e a concentração diminuída, associada à fadiga excessiva e desproporcional ao esforço dispendido. É possível ainda apresentar alterações no sono, no apetite e na libido, dentre outros sintomas (CID-10, 2003; DSM-5, 2014; e WHO, 2011).

Também apresentam prevalência neste estudo as reações ao *stress* e os transtornos de adaptação e de ansiedade. Segundo a CID-10 (2003, p. 336), trata-se de

transtorno transitório que ocorre em indivíduo que não apresenta nenhum outro transtorno mental manifesto, em seguida a um *stress* físico e/ou psíquico excepcional, e que desaparece habitualmente em algumas horas ou em alguns dias.

Sua ocorrência e a gravidade são subjetivas e depende de aspectos individuais e da personalidade que influenciam o quanto uma pessoa é mais ou menos vulnerável ao agente estressor, considerando inclusive aspectos socioeconômicos e da cultura. Além dessas variáveis, o DSM-V (2014) sugere considerar no diagnóstico a ocorrência de algum evento traumático, que pode ocorrer inclusive em razão do trabalho (CID-10, 2003; DSM-5, 2014; e WHO, 2011).

Os transtornos de ansiedade é o segundo grupo prevalente de enfermidades psíquicas na *Energix* e, conforme descreve a classificação internacional das doenças (2003, p. 333), manifesta-se “pela presença de manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição

a uma situação determinada”. Neste caso, podem vir acompanhados de sinais de depressão, fenômenos obsessivos e/ou fobia ansiosa, desde que secundárias e sem gravidade.

O terceiro grupo de TMC identificado na pesquisa documental corresponde ao *stress* no trabalho. Suas causas e consequências, vem sendo estudadas há alguns anos e é tema transversal das *Clinicas do Trabalho*, segundo Bendassolli e Soboll (2011). Cada vez mais se confirma a importância, independente da abordagem escolhida e o método utilizado, de diagnosticar riscos e realizar ações interventivas psicossociais. Embora os dados coletados neste estudo não sejam suficientes para confirmar ou refutar nexo de causalidade laboral, a pesquisa documental do absenteísmo por TMC denota um passo importante que deve se desdobrar em outras ações.

O quarto maior TMC no absenteísmo na *Energix* é relacionado ao consumo de substância psicoativa, inclusive de álcool, que, segundo a CID-10 (2003, p. 312), “diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas”. Inclui, nessa classificação, o “álcool, opiáceos, canabinóides, sedativos, hipnóticos, cocaína, estimulantes; inclusive cafeína, alucinógenos, fumo e solventes voláteis” (CID-10 (2003, p. 316).

Para uma definição correta dessas patologias, é preciso saber se o indivíduo faz uso de uma ou mais drogas, identificando a intensidade, a frequência e as consequências do consumo, por uso nocivo ou problemático, na síndrome de dependência, no estado de abstinência (inclusive com *delirium*) e em fase de transtorno psicótico (CID-10, 2003; DSM-5, 2014; e WHO, 2011).

A dependência química é um problema organizacional grave, pois o número de dias perdidos é alto e inclui, inclusive, o período de abstinência. A *Energix* investe em ações preventivas e em políticas de redução de danos do uso do álcool e de outras drogas, inclusive com ações socioeducativas envolvendo empregados, independentemente de ser usuários ou abstêmios, gestores e familiares.

Observa-se que as patologias do TMC prevalentes entre homens e mulheres diferenciam em todo o período estudado, evidenciando a importância da análise deste recorte. Entre os homens, a supremacia é o uso abusivo e problemático do álcool e de outras drogas (lícitas ou não) e a depressão. Já o grupo feminino aponta a depressão e a ansiedade, além do *stress* em nível de exaustão, como reações aos fatores que geram adoecimento psíquico.

Na análise documental dos atestados médicos relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, verifica-se, num recorte de gênero, que este dado é praticamente censitário entre os trabalhadores

masculinos, principalmente entre aqueles que trabalham no campo, que demandam viagens, que podem utilizar veículos da Empresa e que passam tempos significativos distante da família.

As pesquisas encontradas sobre o absenteísmo de algumas categorias profissionais assim como os dados dos AEAT do INSS, entre 2010 e 2013, ratificam que o absenteísmo é maior nesses quatro grupos de TMC identificados na *Energix*, tanto por ocorrências quanto por dias perdidos, dessas patologias.

Os fatores de riscos psicossociais na *Energix* muito provavelmente serão coincidentes aos dados apontados em pesquisas identificadas por categoria profissional ou por patologias mentais prevalentes, relacionadas ao contexto laboral no Brasil ou em estudos internacionais. Apesar dos avanços apresentados com as propostas das abordagens das *Clínicas do Trabalho*, é significativo o número de adoecimento psíquico, tanto quanto tem agravado os sintomas e as doenças mentais, que muitas vezes podem chegar ao suicídio *do e no* trabalho, delatando um nexos fatal de causalidade (Alves, 1995; Caldas, 2007; Dejours, Aboucheli e Jayet, 2010; e Dejours e Bègue, 2010).

As ações socioeducativas, as intervenções psicossociais implementadas na *Energix* e outras ações relacionadas à prevenção, à recuperação dos agravos e à promoção de saúde mental denotam alternativas para um contexto de trabalho saudável, seguro e sustentável. São ações integradas aos programas e políticas do Plano Corporativo de Qualidade de Vida, com custeio próprio previsto no planejamento estratégico do negócio.

Por outro lado, seus trabalhadores estão vulneráveis aos riscos psicossociais e agravos de doenças mentais. Outro dado que chama atenção neste ano analisado é o quantitativo de dias perdidos por patologias psicóticas como transtorno esquizoafetivo e afetivo bipolar (com episódios tanto depressivo quanto ansioso). Além dos dados da pesquisa documental, alguns fatores atuais contribuem para o aumento do absenteísmo por TMC na *Energix*, tais como: a ingerência político partidária nas Empresas Públicas, os impactos no setor elétrico energético nacional; além de fatores internos como o modo de gestão autocrático, relações socioprofissionais danosas, ausência de meritocracia na carreira, o clima com índice de desfavorabilidade elevado, considerando as políticas de Gestão de Pessoas, entre outros fatores.

Os estudos de Assunção e Silva (2012), Falavigna e Carlotto (2013) e Fonseca e Carlotto (2011) apontam que as doenças do Grupo F (CID-10) precisam ser avaliada também sob a perspectiva qualitativa e, se possível, individual, considerando aspectos de subjetividade que podem reforçar causas relacionadas ao trabalho.

Como fora explicitado, a pesquisa documental precisa ser complementada com um estudo qualitativo, entrevistando empregados com absenteísmo por TMC, de modo a identificar fatores da estrutura e da psicodinâmica de personalidade, das condições de saúde e das doenças preexistentes, hereditárias ou não, da dinâmica familiar e do ciclo vital cada trabalhador adoecido. Nem sempre o trabalho é a causa, mas pode precipitar um TMC, configurando uma concausa, seja pela falta de sentido e significados do trabalho ou pela ausência de vínculos com a tarefa ou com a organização, provocando sofrimento que, no tempo, gera adoecimento psíquico e provoca absenteísmo.

Independente do TMC que compromete os indicadores do absenteísmo-doença, pode-se afirmar que os danos não se restringem ao trabalhador adoecido. Todos perdem: a chefia, que precisa administrar as ausências; a equipe de trabalho, que acumula as tarefas de seu colega; e principalmente a empresa, que assume vultuosos prejuízos e dificilmente encontra alternativas para mensurar os custos do absenteísmo, uma vez que esses não se resumem ao valor pecuniário dos dias perdidos de cada trabalhador ausente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar os agravos à saúde mental de trabalhadores que motivam o absenteísmo-doença de longe é inovador, haja vista as pesquisas similares identificadas e citadas neste artigo. Tampouco é recente a inquietação materializada nesta pesquisa documental.

As informações obtidas a partir da colheita dos dados estratificados fornecidos pela *Energix* permitiram identificar os TMC prevalentes no Quadro de Pessoal da Empresa, demonstrado entre os empregados com ao menos um dia perdido por absenteísmo-doença, no período entre 2010 e 2013. Esses elementos subsidiaram as respostas ao objetivo geral proposto neste artigo. E para avaliar o impacto das enfermidades psíquicas frente aos demais Grupos do Cid-10, correlacionaram-se os informes da pesquisa documental com o AEAT (INSS, 2015).

Para responder aos objetivos traçados nesta pesquisa, primeiro foi necessário coletar os dados registrados do absenteísmo-doença fornecidos pela *Energix*, referente ao período delimitado neste estudo (2010 a 2013). Em seguida, analisaram-se as informações obtidas, verticalizando o estudo sobre o Grupo F e discutiram-se os resultados alcançados, comparando-os a pesquisas correlatas e ao AEAT do INSS. Utilizou-se o método descritivo-exploratório e quantitativo, a partir da amostra estatística epidemiológica.

Os dados foram analisados por valores totais e percentuais de variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão e mediana das variáveis numéricas, bem como frequências absolutas

e percentuais, média aritmética e o Índice de Absenteísmo-doença (IAD). Utilizou-se o programa SPSS – versão 21. O resultado geral evidencia que esse indicador se manteve acima do limite tolerável em todos os anos analisados.

Pode-se concluir que os objetivos delineados foram alcançados e os resultados trazidos podem subsidiar políticas de gestão do absenteísmo e ações socioeducativas com ênfase aos agravos e às consequências dos TMC para trabalhadores (assíduos ou não), à gestão, às empresas e demais *stakeholders*. As respostas aos objetivos delimitados, as limitações que incorreram neste caminho investigativo, além de oportunidades identificadas para novas e mais aprofundadas pesquisas são apresentadas adiante.

O primeiro objetivo específico proposto foi demonstrar o IAD no período. O valor tolerável adotado pela *Energix*, entre 2010 e 2013, era de 1.50. Embora mantenha um QP de 73% masculino e 27% feminino, os resultados do absenteísmo-doença se invertem. Entre os homens, o IAD manteve-se abaixo do limite tolerável, extrapolando apenas em 2012. Já o grupo feminino apresentou o dobro do percentual masculino. Excedeu esse limite em todo o período estudado e em todas as Filiais, chegando a 3.43, em 2010, ou seja, mais que duplicou o resultado esperado. O IAD específico das empregadas é responsável por exceder o limite preestabelecido pela Empresa, exceto em 2011, em que o indicador se manteve abaixo do tolerável, com 1.44. O ano mais crítico foi 2013, chegando ao resultado de 1.71.

Descrever o *ranking* do absenteísmo-doença prevalente do CID-10 e a colocação do Grupo F entre 2010 e 2013 foi o segundo objetivo específico deste estudo. As respostas apontam que entre os conjuntos de patologias prevalentes, verifica-se que os Grupos M, K J ocupam, respectivamente, os três primeiros lugares. E o Grupo F manteve-se entre os dez de maior impacto, ocupando o sexto lugar no período. Embora sua classificação, comparada aos AEAT, está mais distante entre as doenças que mais afastam os trabalhadores, o percentual de benefícios pagos é excessivamente menor. Na *Energix*, o indicador, entre 2010 e 2013, manteve-se na média de 6,1%; enquanto os dados do INSS não ultrapassam 0,03% no mesmo período.

O terceiro objetivo proposto foi correlacionar o percentual de afastamento por TMC ao QP da *Energix*. Os resultados demonstram que, dos 5.554 empregados do quadro, em média, cerca de 2.800 trabalhadores apresentaram pelo menos um dia de afastamento de seu posto de trabalho mediante apresentação de atestado médico por cada ano analisado, com percentual acima de 53%. Esse dado é excessivamente elevado quando comparado aos dados do AEAT e às pesquisas consultadas. Nenhum

estudo que embasou este estudo documentou ultrapassa 10% mensal. O ano mais crítico é 2012, com a média de 04 dias perdidos por trabalhador.

Ao verticalizar o estudo sob o impacto dos TMC no absenteísmo-doença, verifica-se uma média linear em torno de 6,1%. Este resultado, sob a perspectiva percentual, é relativamente baixo, comparado ao total de atestados médicos apresentados entre 2010 e 2013, na *Energix*. Por outro lado, as informações que emergem da pesquisa documental demonstram que fatores relacionados à subjetividade dos trabalhadores impactam e sofre repercussões do binômio Saúde Mental e Trabalho.

Ainda respondendo a esse objetivo, faz-se necessário ressaltar que 2012 foi o ano mais crítico. O absenteísmo-doença sobe de 49,3% para 57,2%, ou seja, 7.9%. E, em 2013, reduz em 1,9%, permanecendo em 55,3%. O afastamento específico por TMC também elevou neste ano de 4.8% para 6%, num percentual de 1.2%. E continua subindo em 2013, chegando ao resultado de 6,1%.

Avaliar o percentual de dias perdidos e de ocorrências do absenteísmo por TMC, considerando o recorte de gênero, foi o quarto objetivo específico proposto nesta pesquisa. Para respondê-lo, primeiro foi preciso considerar o resultado geral do absenteísmo-doenças, que sinaliza uma variação 19.805 dias, em 2011, e 23.503, em 2012. A média ficou entre 3.6 e 4.2 dias perdidos. O percentual de afastamentos por TMC em relação ao absenteísmo-doença foi crescente a cada ano: 5,2%, em 2010; 5,4%, em 2011; 5,5%, em 2012; e 5,7%, em 2013. Verifica-se que esse percentual na *Energix* é 05 vezes maior que o resultado do AEAT, no mesmo período.

As respostas obtidas acerca do número de ocorrências em relação ao total de empregados por ano sinalizaram uma média de 1.3 atestados médicos, em 2011, à 1.5 nos demais anos no período. O percentual por TMC em relação ao absenteísmo-doença variou entre 3,7%, em 2010; e 5%, em 2011. Entre as Filiais, a 06 apresentou o melhor resultado percentual de ocorrências por TMC, com 1,7%; e a Filial 01, o de maior impacto, comprometendo em 6,2% o indicador, ambos no ano de 2010.

Ao considerar o resultado percentual desses indicadores sob a perspectiva de gênero, observa-se que o feminino apresenta maior impacto por dias perdidos (8%) e por ocorrências (5%), em relação ao total de empregadas; enquanto que os homens denotaram 5% de dias perdidos e 4% de ocorrências, comparado ao total masculino da *Energix*.

O quarto objetivo específico desta pesquisa foi analisar os TMC prevalentes e suas subclassificações no período. Os TMC devido ao uso de álcool (F10), devido ao uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas (F19), episódios depressivos (F32), transtornos depressivos recorrentes (F33), outros transtornos ansiosos (F41) e as reações ao stress grave e transtornos de adaptação (F43) foram as enfermidades psíquicas com maior frequência, tanto por dias perdidos

quanto por ocorrência, entre 2010 e 2013. Ao correlacionar esses achados com os dados do AEAT, observa-se que as patologias prevalentes se repetem, demonstrando que a pesquisa documental da Empresa é um recorte estatístico fidedigno dos benefícios pagos pelo INSS ao Grupo F (CID-10).

E as doenças prevalentes na subclassificação dos TMC, tanto por dias perdidos quanto por ocorrências, no período, foram: síndrome de dependência do álcool (F10.2), episódio depressivo moderado (F32.1), ansiedade mista e transtorno depressivo (F41.2) e reação ao stress agudo (F43.0).

Embora tenha sido avaliado o absentismo por TMC em relação ao total de ocorrências e de dias perdidos, dúvidas não restam de que esta última variável é bem mais significativa, ao se considerarem as repercussões sob diversos vieses do fenômeno estudado. O período em que um trabalhador esteve ausente de suas atividades gera um prejuízo de difícil mensuração, inclusive da ordem social, pois é uma questão de saúde pública. Extrapola o muro organizacional, seu moderno relógio de ponto e vai repercutir nos cofres públicos, repassado ao cidadão contribuinte.

Na análise geral sobre o absentismo por TMC na *Energix*, a pesquisa documental evidencia que todas as estratificações realizadas extrapolaram o limite tolerável do IAD, por dias perdidos, por ocorrências, por localidade e por gênero. As mulheres, apesar de compor 27% do Quadro de Pessoal, mantém o indicador acima do limite tolerável de 1.5 em todo o período e em todas as Filiais. Entre as localidades, a Filial 06 é a que mais impacta no absentismo do Grupo F (CID-10).

O ano de 2012 é o mais crítico em todos os recortes analisados e sugere maior risco psicossocial. Os dados reforçam a hipótese diagnóstica de que o absentismo por TMC pode ter relação ao contexto organizacional, demandando, portanto, um estudo mais aprofundado, com triangulação de métodos, inclusive qualitativo e de intervenções, de modo a minimizar os impactos do resultado elevado por TMC.

Embora não se tenha muitos elementos, é importante refletir sobre as evidências dos aspectos críticos macroeconômicos que atingem diversos setores da economia, no Brasil. É possível inferir, inclusive, que o contexto político, que perpassa as empresas do setor elétrico energético, tem uma forte influência na saúde mental dos trabalhadores. Na *Energix*, os dados obtidos sugerem que os agravos à saúde mental estão relacionados ao Programa de Demissão Voluntária, uma vez que trabalhadores tomaram a decisão de aderir ao incentivo sem um preparo ou uma análise mais profunda de um projeto de vida pós-aposentadoria. Ratifica-se: essa consideração é inferencial! Requer uma análise mais aprofundada dos riscos psicossociais, visando a um diagnóstico mais fidedigno da realidade e à melhoria do ambiente laboral.

Os resultados encontrados, a compreensão de suas repercussões nos trabalhadores adoecidos e na própria *Energix* ratificam a relevância desta pesquisa, principalmente considerando tratar-se de uma Empresa genuinamente brasileira, responsável diretamente por mais de 5.500 famílias, sustentável e localizada na região nordeste, cuja diversidade social é significativa e para qual contribui diretamente.

As respostas obtidas nessa investigação ratificam a relevância dos estudos documentais para subsidiar diagnósticos de riscos psicossociais. Os dados encontrados permitem recortes ilimitados, além dos realizados neste estudo. Muito mais que a análise sociodemográfica restrita aos informes de gênero, as informações de outros recortes podem enriquecer a análise do fenômeno e contribuir na identificação de faixa etária, escolaridade, etnia/raça, tempo de serviço e áreas críticas; demonstrando, a partir da transversalidade sociodemográfica, uma população mais específica. E a partir dessas informações direcionar atuações ao público com maior vulnerabilidade.

A análise do custo do absenteísmo por TMC, dos dias da semana prevalentes, a projeção mensal e anual dos impactos econômicos e financeiros denotam ainda outras limitações desta pesquisa documental.

Ao mesmo tempo em que se sugerem esses recortes, reconhecem-se, de um lado, algumas das restrições desta pesquisa documental; e, por outro, evidenciam-se sugestões para estudos cada vez mais aprofundados sobre a temática do absenteísmo por TMC e à gestão desse indicador de saúde. Enfatiza, principalmente, aspectos do cenário político e econômico brasileiro e os rebatimentos na classe trabalhadora, tanto no próprio setor elétrico como em outros segmentos.

A partir dos resultados obtidos e como proposto, identificaram-se algumas oportunidades de melhoria na gestão do absenteísmo-doença que podem contribuir para os resultados da *Energix* e/ou outras pesquisas. Além da mensuração do custo desse indicador, sugere-se: (1) incluir a gestão do absenteísmo-doença e dos acidentes de trabalho no planejamento estratégico; (2) definir programas e ações de saúde e qualidade de vida a partir dos indicadores mensurados; (3) realizar pesquisa qualitativa que promova a fala dos trabalhadores, inclusive assíduos, e gestores, assim como uma pesquisa-interventiva em áreas críticas e de maior impacto no indicador; (3) aprofundar a análise epidemiológica, correlacionando com dados sociodemográficos, períodos e/ou datas com maior incidência, entre outros recortes; (4) criar grupos de trabalho multidisciplinar, interagindo com membros do Serviço Especial de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA); além de envolver profissionais de saúde, principalmente os psicólogos, haja vista os resultados relevantes do absenteísmo por TMC; (5) criar comitês de saúde e

segurança, incluindo representantes dos trabalhadores, em todos os níveis, e do empregador; (6) fiscalizar e controlar as notificações das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), evitando multas e descumprimentos legais; (7) investir em ações socioeducativas para todos os públicos envolvidos e a educação continuada para os profissionais de saúde.

As contribuições deste estudo são evidenciadas nas respostas alcançadas e ainda mais no *gap* que persiste, nas limitações identificadas e até em certezas que serão refutadas em novas pesquisas. Mas sugere-se fomentar novos estudos, ainda assim. Em outras empresas de grande porte, em outros setores da economia e com categorias profissionais que evidenciem vulnerabilidade aos agravos psíquicos.

A cultura organizacional da *Energix*, avaliada sobre aspectos econômicos e sociodemográficos, assim como os dados contidos na documentação fornecida apontam fatores e fenômenos do contexto de trabalho que sugerem e instigam novas e aprofundadas pesquisas, principalmente de natureza qualitativa.

Sugerem-se novas pesquisas, inclusive, que possam propor um método que demonstre com maior fidedignidade o custo dos agravos à saúde mental dos trabalhadores, evidenciando que o cuidado com a saúde das pessoas trabalhadoras não há que se confundir com prejuízo ou menos ainda com concessões benevolentes, mas de fato em investimento vantajoso e lucrativo, numa perspectiva empreendedora e sustentável.

Além disso, espera-se sensibilizar órgãos de apoio ao trabalhador, com ênfase na saúde. Os dados encontrados nesta pesquisa documental podem instigar melhorias nas condições laborais e incentivar relações mais humanizadas de trabalho. Os benefícios pagos pela Previdência Social com doenças do Grupo F, conforme demonstram os AEAT do INSS, os resultados demonstrados nos estudos consultados e nesta pesquisa documental, dentre outras, devem justificar o aprimoramento das leis trabalhistas e previdenciárias. Por outro lado, deve conscientizar os trabalhadores sobre condições saudáveis, reivindicar direitos à saúde e à segurança no trabalho.

Como devolutiva desta pesquisa, espera-se contribuir na gestão do absenteísmo-doença da *Energix*, empresa que abriu suas portas para este estudo, bem como para outras organizações que tenham acesso aos resultados aqui demonstrados e que pretendam aprimorar sua gestão com novas políticas, programas, além de ações que excedam a prevenção e a recuperação da saúde ocupacional, como determina as NR do MTE.

Se as razões explicitadas neste e nos estudos revisados; se os dados públicos do INSS; se o aumento das queixas trabalhistas; e se nada for suficiente para romper o paradigma, que já não se

sustenta, de um modelo assimétrico de contexto de trabalho; ao menos que os custos diretos e indiretos, invisíveis e até imensuráveis dos agravos à saúde mental dos trabalhadores e ao negócio sejam o direcionamento em investimentos.

Somente empresas sustentáveis terá o cuidado com seus trabalhadores tanto quanto em estratégias para auferir lucro. Afinal, dúvidas não restam que nenhum negócio se sustenta na precarização das condições laborais impostas. Pode não ser capaz de matar um trabalhador, mas certamente aniquila seus vínculos afetivos e emocionais com sua obra, a relação socioprofissional e o sentido e significados que o trabalho produz.

Esta não é uma tese uníssona ou tampouco inédita. Tratar questões relacionadas às doenças dos trabalhadores vem sendo reivindicado, ao menos formalmente, desde Ramazzini, em 1700. Espera-se, por fim, subvencionar melhorias contínuas na *Energix* e em outras empresas igualmente preocupadas com as condições laborais e com a dignidade do trabalhador. Permanece mais fortalecida a crença: *é possível humanizar o trabalho!*

Para compreender algumas das principais repercussões, principalmente nos trabalhadores com absenteísmo por TMC, na gestão e nas equipes, foi realizada uma triangulação de métodos quanti-qualitativos, no qual foi possível colher informações sobre esses impactos, conforme é demonstrado no próximo artigo desta tese.

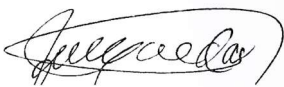
SOU ELZA... EU SOU O SHOW

Eu sou...
Quem eu sou?
Eu sou Elza
Elza show

Cabra da peste
Desse nordeste
Do meu Brasil
Eu sou o show.

No meu vestido branco
De gosto duvidoso
Orgulhosa (ou orgulhoso?)
Desfilo vaidoso
E, na passarela
Desta minha vida dadivosa
Vaidoso ou vaidosa
Eu faço o show.

Meu canto é o canto livre da ironia
Sou filha da seca, sou pobreza
Mas quando abro meu peito e alegre canto
Cumprindo a missão que Deus me deu
A todos com certeza sei que encanto
Pois Elza faz o show.
O show sou eu.



ARTIGO 04

“ESTE É O FRUTO (INSALUBRE) DO MEU TRABALHO!” – AGRAVOS À SAÚDE MENTAL E NEXO DE CAUSALIDADE LABORAL.

*“Eu nasci no mato/Me criei na roça
Eu ganho a vida/ Na luta pesada (...)
Eu sei apenas/ Manejar a enxada (...)
Com sol e chuva/ Frio e calor
Honestamente ganho meu pão (...)
Cuidar do campo moiado de orvaio
E com orgulho digo com certeza/
O alimento que vai em sua mesa
É Fruto do meu trabaio”.*

(Tonico e Tinoco)

CALDAS, LAURA PEDROSA¹

CALDAS, MARCUS TULIO²

RESUMO

Objetivo geral: compreender os riscos psicossociais e os agravos à saúde mental do trabalhador e o nexo causal do trabalho realizado. Específicos: identificar trabalhadores com absenteísmo por TMC e patologias prevalentes (ocorrências e dias perdidos), entre 2010 e 2013; analisar o sentido do trabalho como processo de subjetivação e de fatores de adoecimento; correlacionar o contexto laboral ao sofrimento no trabalho, aos sintomas psicossomáticos, ao custo humano, aos danos físicos e psicossociais, na ótica dos respondentes; e descrever crenças e valores estigmatizantes de gestores sobre os trabalhadores com absenteísmo recorrente. Metodologia: quanti-qualitativo (triangulação de métodos). Etapa quantitativa: método descritivo-inferencial e amostra documental do absenteísmo por TMC. Critérios de inclusão: dados epidemiológicos das patologias prevalentes, por ocorrências e dias perdidos, correlacionando aos recortes: gênero, faixa etária, escolaridade, tempo de serviço e lotação. Exclusão: atestados fora do período e doenças de outro Grupo (CID-10). Descritores: absenteísmo, risco psicossocial, doença ocupacional, psicologia do trabalho e saúde mental. Para análise dos dados, utilizou-se o Programa SPSS-21. Qualitativa: população de 5.554 empregados e duas amostras: 108 com absenteísmo (TMC) entrevistados e submetidos ao ITRA; e 109 gestores em 10 grupos focais. Resultados quantitativos: frequência em mulheres, faixa etária de 51 a 60 anos, casado/união estável; com graduação e pós-graduação; cargo médio suporte; entre 10 e 19 anos de serviço; e patologias: transtorno neurótico (*stress*, ansiedade e adaptação), de humor (depressão) e uso problemático de álcool. Qualitativos: o sentido negativo do trabalho, a subjetividade de cada trabalhador, a organização do trabalho e o modo de gestão geram riscos psicossociais e são fatores críticos de adoecimento; sintomas psíquicos: ansiedade, emotividade, angústia, diminuição da libido; e físicos: insônia, dor de estômago, hipertensão, bruxismo. Respostas dos gestores não são uníssonas e apontam questões de subcultura. Reconhecem o nexo causal do trabalho, inclusive do modo de gestão; ou atribuem ao trabalhador a causalidade de seu adoecimento.

Palavras-chave: Contexto de Trabalho; Subjetividade e Trabalho; Nexo Causal entre o Trabalho e os TMC.

¹Doutoranda e Mestre em Psicologia, com ênfase na Clínica das Instituições. Especialista em Gestão de Equipes, Dinâmica de Grupo (UNICAP) e Psicologia Organizacional e do Trabalho (CRP/02). Psicóloga (ENERGIX). Perita (TRT-06). Coordenadora do Núcleo de Psicologia (Faculdade Redentor/RJ IDE Pós Graduações) e Docente em IES.

²Doutor em Psicologia pela Universidade de Deusto, Espanha. Graduação em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, UFF. Professor Adjunto II (UNICAP). Docente convidado em IES.

ABSTRACT

General objective: to understand the psychosocial risks and harms to the mental health of the worker and the causal link of the work performed. Specific: identify workers with TMC absenteeism and prevalent pathologies (occurrences and days lost) between 2010 and 2013; analyze the meaning of work as a process of subjectivation and illness factors; correlate the work context to suffering at work, psychosomatic symptoms, human cost, physical and psychosocial damage, from the respondents' perspective; and describe stigmatizing beliefs and values of managers about workers with recurrent absenteeism. Methodology: Quantitative and qualitative (triangulation of methods). Quantitative stage: descriptive-inferential method and documentary sample of TMC absenteeism. Inclusion criteria: epidemiological data of prevalent pathologies, by occurrences and lost days, correlating to the cut-outs: gender, age, education, length of service and capacity. Exclusion: non-period certificates and diseases of another Group (CID-10). Keywords: absenteeism, psychosocial risk, occupational disease, work psychology and mental health. For data analysis, the SPSS-21 Program was used. Qualitative: population of 5,554 employees and two samples: 108 with absenteeism (TMC) interviewed and submitted to ITRA; and 109 managers in 10 focus groups. Quantitative results: frequency in women, aged 51 to 60 years, married / stable union; with undergraduate and postgraduate degrees; medium support position; between 10 and 19 years of service; and pathologies: neurotic disorder (stress, anxiety and adaptation), mood (depression) and problematic alcohol use. Qualitative: the negative sense of work, the subjectivity of each worker, the organization of work and the management mode generate psychosocial risks and are critical factors of illness; psychic symptoms: anxiety, emotionality, anguish, decreased libido; and physical: insomnia, stomachache, hypertension, bruxism. Responses from managers are not unison and point to subculture issues. Recognize the causal nexus of work, including the mode of management; or attribute to the worker the causality of his illness. Keywords: Work Context; Subjectivity and Work; Causal Nexus between Work and TMC.

INTRODUÇÃO

O trabalho é um construto social e, portanto, possui significantes distintos. A identificação laboral perpassa a subjetividade do trabalhador e influencia o vínculo afetivo que é capaz (ou não) de estabelecer com seu labor. Ao mesmo tempo e independente da ocupação, também é fator de riscos físicos, biológicos, químicos, ambientais, ergonômicos e inclusive psicossociais.

Avaliar a ambiência de trabalho em qualquer atividade e compreender os fenômenos que podem contribuir em riscos psicossociais ao trabalhador justifica o crescimento de pesquisas sobre a temática saúde mental *versus* trabalho, nas abordagens das *Clínicas do Trabalho*. Apesar das distinções epistemológicas, metodológicas ou ainda as visões ontológicas sobre o trabalho, a Psicossociologia do Trabalho, a Psicodinâmica do Trabalho, a Clínica da Atividade e a Ergologia convergem na investigação do sofrimento psíquico do coletivo de trabalhadores e onexo causal entre o trabalho e as doenças mentais. (Bendassolli e Soboll, 2011).

Desde a década de 1980, principalmente na França, vêm crescendo as pesquisas sobre os agravos à saúde mental do trabalhador. No Brasil, vem aumentando os estudos sobre categorias profissionais específicas, com destaque à Enfermagem. Em menor quantidade, a revisão de literatura identifica estudos com outros profissionais de saúde, policiais civis e militares, docentes, motoristas e servidores públicos (Ulhôa *et al*, 2010; Ferreira *et al*, 2011; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Assunção e Silva, 2012; e Falavigna e Carloto, 2013; Barbosa e Borges, 2011).

A relevância das investigações sobre o contexto de trabalho é identificar fatores que possam sinalizar riscos psicossociais ao trabalhador e enfatizar agravos à saúde mental, aumentando os impactos nos indicadores de absenteísmo. Ao mesmo tempo, é preciso superar a etapa de diagnóstico que promove a fala dos trabalhadores (assíduos ou não), de gestores e demais públicos sociais organizacionais; e promover intervenções psicossociais no trabalho, ressinificando o que possa provocar adoecimento.

A questão norteadora é demonstrar quais os elementos do contexto de trabalho podem configurar o nexocausal dos TMC prevalentes no absenteísmo-doença? Para responder, define-se como objetivo geral compreender os riscos psicossociais e os agravos à saúde mental do trabalhador e o nexocausal do trabalho realizado. E específicos: identificar trabalhadores com absenteísmo por TMC e patologias do Grupo F (CID-10) prevalentes (ocorrências e dias perdidos), entre 2010 e 2013; analisar o sentido do trabalho como processo de subjetivação e de fatores de adoecimento; correlacionar o contexto laboral ao sofrimento no trabalho, aos sintomas psicossomáticos, ao custo

humano, aos danos físicos e psicossociais, na ótica dos respondentes; e descrever crenças e valores estigmatizantes de gestores sobre os trabalhadores com absenteísmo recorrente.

A metodologia contempla a triangulação dos métodos de pesquisa e contribui na identificação de dados epidemiológicos e no diagnóstico de riscos psicossociais. Os critérios de inclusão definidos são: dados epidemiológicos do absenteísmo por TMC (2010 a 2013), incluindo as patologias prevalentes, ocorrências e dias perdidos, correlacionando-os aos recortes de gênero, faixa etária, escolaridade, cargo/função, tempo de serviço e lotação. E de exclusão, os atestados fora do período definido e doenças de outro Grupo do CID-10. Os descritores da pesquisa são: absenteísmo, doença ocupacional, psicologia do trabalho, risco psicossocial, saúde mental e trabalho, dentre outros. Denota maior fidedignidade quando se pretende analisar os agravos à saúde mental de trabalhadores cuja causa se encontra no contexto de trabalho, confrontando dados documentais quantitativos com a coleta qualitativa contendo informes dos participantes. A metodologia adotada justifica a realização deste estudo.

Na primeira etapa, realiza-se uma análise da amostra documental do absenteísmo da *Energix*, no período definido. Desse estudo epidemiológico, identificam-se os participantes da etapa qualitativa entre os trabalhadores que apresentam um ou mais atestados médicos por TMC.

A revisão da literatura, adiante, fundamenta as seguintes temáticas: contexto de trabalho; subjetividade e trabalho; nexos causal entre o trabalho e os TMC. É certo que o absenteísmo, principalmente com ênfase nas patologias do grupo F (CID-10), é multifatorial, inclusive a subjetividade do indivíduo favorece que uns mais que outros sejam vulneráveis ao adoecimento ou ao agravo dos TMC. Nesse sentido, a revisão ainda contempla dados epidemiológicos dos TMC divulgados nos Anuários Estatísticos dos Acidentes de Trabalho do Social (INSS), dados da pesquisa de Almeida e Barbosa-Branco (2011) e a correlação com os dados deste estudo.

CONTEXTO DE TRABALHO

Para compreender o contexto de trabalho, primeiro é preciso defini-lo. Para Tiffin e Mc Cormick (1959 *in* Borges e Yamamoto, 2004), depende de fatores do trabalhador, tais como: personalidade, nível de instrução ou escolaridade, capacidade de realização, interesse ou comprometimento; do ambiente: ruído, iluminação, maquinário, equipamento, jornada de trabalho, fatores de produção ou capacidade laborativa do trabalhador e a condição de fadiga humana.

Para além da relação homem-trabalhador-trabalho há uma perspectiva sistêmica do trabalho, considerando fatores estressores, a ergonomia e aspectos da subjetividade que contribuem com as

doenças ocupacionais, as condutas de risco de acidentes de trabalho, problemas com substâncias psicoativas, além de fatores de outra ordem (Almeida e Barbosa-Branco, 2011).

Por outro lado, a própria Psicologia, ainda sob a perspectiva Industrial, passa a contribuir com o bem-estar e a saúde do trabalhador, reforçando o modelo de desenvolvimento do Estado do Bem-Estar e o investimento na qualidade de vida pessoal e social. Nessa perspectiva, o trabalho assume papel estrutural. Torna-se sinônimo de progresso, de realização socioeconômica, de satisfação nas relações socioprofissionais, no desenvolvimento pessoal e profissional e nos vínculos afetivos com o trabalho. É uma tentativa de minimizar os impactos advindos da concepção capitalista.

Contudo, a década de 1980 assiste a diversos fatos históricos que justificam a crise e a mudança, que culminam no fracasso do Estado do Bem-Estar, gerando a recessão e a instabilidade financeira nos Estados Unidos e na Europa, a crise do capitalismo, o crescimento das lutas sindicais e da resistência organizada dos trabalhadores (Mattoso, 1995; Antunes, 1995; Heloani, 1996).

Permanece, entretanto, uma relação dialética, cujas condições de trabalho afetam a saúde e a qualidade de vida do trabalhador. E, por conseguinte, compromete a produtividade e os lucros do negócio. Resta o trabalho como mercadoria de troca, onde se executam tarefas, tantas vezes sem sentido ou pobres de conteúdo, por um retorno pecuniário que de longe atende ao sustento da maioria dos trabalhadores. Nessa ótica, o trabalho é alienante, embrutecedor, monótono, repetitivo. E, apesar da precarização laboral, emergem reações para superar esse modelo. É uma fase tênue de transição entre o declínio do Estado do Bem-Estar e um novo o que substitua.

O contexto de trabalho, segundo Ramos, Peiró e Ripoll (2002 *in* Zanelli, 2010), reúne contribuições da psicologia e da sociologia. A primeira, com a análise das condições ambientais, e a segunda, com o conteúdo da tarefa, com as variáveis em torno das condições de realização e a forma como o trabalho se organiza. Inclui também as atividades e os elementos da relação de emprego, como: remuneração, mercado de trabalho e concorrência, modelo de contrato de trabalho; as condições ambientais, principalmente infraestrutura, mobiliário, ruído, temperatura, espaço físico; e o processo de trabalho (divisão e organização). Incluem ainda as condições de saúde, de segurança e de qualidade de vida oferecidas ao trabalhador, assim como a relação conflitante entre as expectativas do trabalhador e as exigências por desempenho e por produtividade. Nesse contexto, existem ainda as condições sociais no trabalho, ou seja, as relações que se estabelecem no trabalho, inclusive de poder e da hierarquização das figuras de autoridade.

Para Zanelli (2010), o trabalho inclui a relação contratual; os ambientes físico e social; a higiene, a segurança e os riscos físicos e psicossociais; a tarefa; o processo de produção; e o tempo.

Além desses, os autores referem ao clima organizacional e fatores relativos ao estilo de liderança, aos fenômenos grupais, à comunicação, ao poder formal instituído e às redes sociais informais de poder.

Dejours, Aboucheli e Jayet (2010) referem o contexto de produção em três dimensões. A primeira são as condições do trabalho, que incluem o ambiente físico, os instrumentos e equipamentos, o mobiliário, a matéria-prima. A precarização ou a condição desumana desse trabalho torna o trabalhador vulnerável aos riscos psicossociais e pode comprometer sua saúde mental. A segunda, a forma como esse trabalho se organiza e inclui as normas e regras (formais ou informais); a divisão, as características e a importância social das tarefas; o cumprimento da produtividade esperada em termos de qualidade e quantidade e condicionada às medidas de tempo ou tipos de jornadas, ao ritmo e às formas de controle. E a terceira, de maior risco psicossocial e de agravos às doenças psíquicas dos trabalhadores, são as relações sociais do trabalho ou socioprofissionais e de poder formal e informal, que configuram o modo de gestão. Inclui a relação entre pares ou colegas; a intersetorial, ou seja, entre setores da organização ou clientes e fornecedores internos; a intrasetorial ou as relações entre trabalhadores de uma mesma equipe; e o público externo, que inclui clientes, órgãos fiscalizadores, fornecedores, concorrentes, a comunidade do entorno, dentre outros.

Portanto, não se pode falar de uma, mas de ideologias multifacetadas do trabalho. Umas, reducionistas; outras; abrangentes, inclusive sob o aspecto societal, ou seja, um conjunto de dimensões que extrapolam as organizações, numa perspectiva sistêmica. Esta pesquisa se embasa no conceito de contexto de trabalho ou de produção proposto por Dejours, Aboucheli e Jayet (2010), para atender aos objetivos propostos.

O trabalho – *lato sensu* – pode provocar danos à saúde mental do trabalhador. Dos diversos fatores, o modo de gestão e as relações socioprofissionais são os mais críticos e de maior vulnerabilidade de risco psicossocial e de adoecimento, principalmente quando evidencia formas distintas de violência e do uso abusivo de poder (Barreto, 2002; Caldas, 2007; Zanelli, Silva e Tolfo (2013) *in* Borges e Mourão, 2013; e Zanelli, Silva e Tolfo (2013) *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014).

O modo de gestão é um fenômeno tanto individual, relativo à personalidade de quem o exerce, quanto organizacional. Para se apropriar de seus impactos, é preciso realizar um diagnóstico organizacional. A partir dele é possível compreender as dimensões do trabalho e o que pode configurar nexos de causalidade aos agravos à saúde mental dos trabalhadores.

A percepção objetiva e subjetiva da qualidade de vida de cada trabalhador, o vínculo que estabelece com o trabalho e o ajustamento psicossocial são alguns dos fatores que promovem saúde mental e são abordados adiante.

SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR

O primeiro conceito de saúde, proposto pela Organização Mundial de Saúde – (OMS), que definiu como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Denota-se, desde então, uma evolução à concepção negativa de saúde (WHO, 1948). E a própria OMS avança nessa aceção, incluindo na definição de saúde o próprio indivíduo e suas relações dialéticas com o meio.

A OMS (2001), em sua nova concepção de saúde mental, vai influenciar inclusive a avaliação da saúde mental no trabalho, considerando a correlação entre o sujeito e o contexto laboral, numa perspectiva psicossociológica. E inclui, numa perspectiva mais ampla, o bem-estar em quatro dimensões distintas: bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar no trabalho, segundo a concepção de Ryff e Keyes (1995 *in* Borges e Mourão, 2013).

O bem-estar subjetivo revela-se na avaliação e na percepção que o indivíduo faz de sua vida e corresponde ao estado afetivo e ao funcionamento psicossocial. Já o bem-estar psicológico inclui o domínio cognitivo presente nas forças psíquicas que permitem ao indivíduo manter-se forte e saudável. São eles: autoaceitação ou atitude positiva em relação a si mesmo; competência social ou capacidade de estabelecer relacionamento positivo com outras pessoas; autonomia ou integração emocional; busca de crescimento, desenvolvimento e realização pessoal; domínio ambiental e projeto de vida.

O bem-estar social depende de elementos como: integração ou avaliação social, contribuição social ou avaliação do próprio valor social, aceitação social e atualização social. E, por último, o bem-estar no trabalho, que inclui a satisfação no trabalho, o envolvimento com o trabalho e o comprometimento afetivo organizacional (Siqueira e Martins, 2011 *in* Borges e Mourão, 2013).

Segundo Peiró (1993 *in* Zanelli, 2010), um ajustamento psicológico laboral inadequado pode refletir em insatisfações, sintomas e queixas psicossomáticas. Contudo, na identificação do nexo de causalidade ou de concausa, deve-se levar em consideração fatores do ambiente de trabalho, além de comportamentos disfuncionais ou de desajustamentos que podem contribuir para desencadear doenças em geral e, conseqüentemente, no aumento nos resultados dos indicadores de absenteísmo por TMC (Assis, M. T. (2005).

Certamente, um número significativo de organizações tem como modelo de cultura, a produtividade e estratégias de lucro sua principal finalidade, independente dos meios necessários. Torna-se, desse modo, suscetível aos diversos fenômenos de violências, principalmente a gestão por injúria, o assédio moral e as dificuldades em lidar com figuras de alteridade. Além do modelo imposto pela gestão que incentiva e até exige que essas formas violentas sejam reproduzidas pelos pares, de alguma forma torna-se parte do trabalho e de seus aspectos subjetivos (Barreto, 2003, Caldas, 2007/2008).

Essa é, por certo, a ambiência organizacional que favorece ao adoecimento psíquico dos trabalhadores e, com ele, o impacto nos indicadores de absenteísmo e de acidente do trabalho. Entende-se por absenteísmo, conforme estudos de Couto (1987), Milkovich e Boudreau (2000), Quick e Lapertosa (1982) e Assis (2005), como a duração de dias ou perdidos da jornada prevista legalmente em contrato de trabalho. Trata-se da ausência do trabalhador do seu posto de trabalho, quaisquer que sejam os fatores que motivam seu afastamento. Dentre os tipos, está por doença, inclusive do Grupo F (CID-10). Já o acidente do trabalho, segundo a Lei 8.231/91, em seu Artigo 19 (INSS, 2011, p. 10): “ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente”.

Por outro lado, é preciso considerar, no cenário laboral, o trabalhador e aspectos de subjetivação. Mesmo submetidos a situações de sofrimento e riscos psíquicos, nem sempre esse trabalhador é acometido por doenças de qualquer ordem, inclusive por TMC.

SUBJETIVIDADE E TRABALHO

Aspectos do indivíduo, da história de vida e de personalidade, de seus vínculos, assim como o sentido e significados de seu trabalho podem repercutir em danos psicossociais. Somado aos fatores subjetivos, não se pode negligenciar o contexto laboral, principalmente as relações socioprofissionais estabelecidas e outros indícios que possam configurar nexos de causalidade sobre os agravos à saúde.

O contexto laboral é um dos principais elementos de construção subjetiva, submetendo uns trabalhadores e moldando-os; e outros, transgredindo até mesmo para não adoecer. Os primeiros permanecem disponíveis ao trabalho e vulneráveis ao sofrimento psíquico; os segundos, em geral, são banidos, rotulados, estigmatizados e isolados do convívio social do trabalho. A subjetividade no trabalho é processual e tem causa na intersecção entre o coletivo de trabalhadores e o cenário de produção.

Os processos de subjetividade e de subjetivação fazem parte da produção histórica do trabalho, da expressão do pensamento e do modo de ser do sujeito singular e de sua coletividade. Os fatores de subjetivação não são únicos; incluem aspectos políticos, socioeconômicos, da própria organização e sua cultura, além das dimensões psicossociais entre o sujeito, o subjetivo e o objetivo (Guattari e Rolnik, 1986; Foucault; 1990; e Chalant, 2011).

Pesquisas brasileiras sobre doenças ocupacionais e/ou profissionais prevalentes do absenteísmo que configuram acidentes do trabalho apontam por ordem de benefícios pagos os seguinte grupos: Grupos S e T (traumatismos e lesões), Grupo M (osteomusculares) e Grupo F (transtornos mentais e comportamentais), conforme os estudos de Santos e Mattos (2010); Fonseca e Carlotto (2011); e Rodrigues *et al* (2013).

Os dados contidos nos Anuários Estatísticos de Acidentes do Trabalho (AEAT) do INSS confirmam esses achados sobre o adoecimento relacionado ao trabalho em diversas categorias, destacando os profissionais de saúde, policiais, do sistema financeiro, docentes, dentre outros. Alguns estudos no setor público também ressaltam o crescimento dos adoecimentos mentais e reforçam o prognóstico da OIT e OMS há décadas.

Dentre as enfermidades psíquicas, são preocupantes os casos de *stress* em nível de exaustão ou a Síndrome de Burnout, a depressão e o pânico. Além disso, vem crescendo os casos de suicídio no trabalho. Embora mantidos por um pacto de silêncio e, portanto, subnotificado, a morte é um modo desesperado de denunciar as condições desumanas; a concorrência exacerbada e estimulada entre os trabalhadores; as jornadas, cargas de trabalho e metas inexecutáveis; e a desesperança que imobiliza e não admite o enfrentamento dos fatores que sobrecarregam a energia psíquica. Nada parece restar aos trabalhadores além do suicídio *no* trabalho, ou seja, em seu próprio local de labor. Dúvidas por certo não há de que ali encontram-se as causas de seu sofrimento e adoecimento psíquico. (Dejours e Bègue, 2010).

Conforme Jacques (2007), o reducionismo da causalidade entre o adoecimento psíquico e o trabalho, a princípio, parece excluir aspectos multifatoriais inseridos. Contudo, a definição deste nexo se faz necessária por exigência legal, para que se reconheça e se legitime os direitos aos benefícios previdenciários e trabalhistas garantidos aos trabalhadores com doenças decorrentes do contexto laboral, conforme a Lei 11.430/2006 e a própria Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Outros dois avanços legais que embasam o diagnóstico e a configuração do nexo de causalidade entre os TMC e o trabalho é a Portaria 1339/99 (Ministério da Saúde, 1999) e o Decreto 3048/99 (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1999). Neles, constam os princípios

norteadores do diagnóstico das doenças, inclusive dos TMC relacionados ao trabalho e, no referido Decreto, o estabelecimento donexo causal.

Jardim, Ramos e Glina (2010 *in* Glina e Rocha, 2010), em seus estudos sobre as doenças e o nexocomo o trabalho, apontam dados alarmantes em relação aos transtornos mentais e comportamentais. Segundo os autores, a OMS estima que 30% dos transtornos menores e 10% graves atingem a população trabalhadora. A OMS prevê que até 2020, a depressão deve comprometer 5,7% das doenças incapacitantes. As análises sugerem que os TMC afastam por mais tempo o trabalhador de seu trabalho que as demais doenças. Como fora dito anteriormente, os dados do INSS demonstram, desde 2002, as doenças do grupo F como a terceira maior causa de concessão de benefícios previdenciários e em primeiro no índice de subnotificação. E permanecem esses mesmos dados, entre 2010 e 2012, período que corresponde à pesquisa na *Energix* (INSS, 2015).

É irrefutável que fatores relativos à subjetividade e ao trabalho, os vínculos afetivos e o comprometimento de cada trabalhador com seu ofício sinalizam vulnerabilidade aos riscos psicossociais. No entanto, resta demonstrado que não se pode relativizar a precarização do trabalho, mesmo que alguns dos trabalhadores consigam manter um mínimo de bem-estar psíquico.

Este artigo se fundamenta nos estudos sobre Saúde Mental e Trabalho que sinalizam o nexocausal dos fatores de trabalho sobre o absenteísmo por TMC. Os dados demonstrados nesta pesquisa documental do absenteísmo-doença da *Energix*, no período de 2010 à 2013 denotam sua relevância ao confirmar os resultados de outras pesquisas sobre as relações de trabalho e saúde mental. A partir dessa análise, realizou-se um estudo de natureza qualitativa, com a participação de trabalhadores que apresentaram um ou mais atestados médicos por transtornos mentais e comportamentais.

MÉTODOS E TÉCNICAS

O cerne deste estudo é encontrar caminhos que apontem (ou refutem) nexos de causalidade entre os fatores do contexto de trabalho e o absenteísmo por transtornos mentais e comportamentais, a partir da pesquisa com os trabalhadores da *Energix*.

Para responder à questão norteadora e garantir que as informações atendessem aos objetivos que justificaram esta pesquisa, optou-se por utilizar uma triangulação de métodos ou métodos mistos, de natureza quanti-qualitativa. As abordagens, apesar das diferenças epistemológicas e metodológicas, complementam-se na medida em que uma realidade social é dinâmica e nem por isso deve isentar de ser investigada.

A primeira descreve um quadro amplo de um conjunto de sujeitos e os resultados contribuem para generalizações de alguns resultados alcançados, enquanto a qualitativa procura percepções, significados e subjetivações que permitam compreender a relação entre saúde mental e trabalho. Desse modo, é possível ressignificar hipóteses e respostas inferidas (Minayo, Assis e Oliveira (2011); e Souza, Driessnack e Mendes, 2007).

Utilizar métodos mistos de pesquisa ou a triangulação de métodos vem sendo uma tendência em estudos sobre saúde. Segundo Minayo, Assis e Oliveira (2011), trata-se do manuseio de mais de uma estratégia, combinando métodos quanti-qualitativos, numa única pesquisa. Permite abordar problemas complexos, a exemplo do estudo epidemiológico estratificado sobre os TMC e o diagnóstico qualitativo tanto com trabalhadores com alto índice de absenteísmo quanto com gestores.

De acordo com Turato (2008), o método quantitativo/experimental é um paradigma positivista; busca descrever e explicar hipóteses; tem objetivo descritivo, estabelecendo correlações estatísticas e causalidades entre eventos. São utilizados como instrumentos questionários fechados, escalas, dados randômicos de prontuários. A amostra é definida e analisada por técnicas estatísticas; os dados são apresentados em linguagem matemática, através de gráficos e tabelas; a discussão dos resultados e a conclusão visa a confirmar ou refutar a hipótese previamente definida; e a pretensão da pesquisa é a generalização dos resultados e conclusões demonstradas matematicamente, com populações de mesmas variáveis.

Sobre o método qualitativo, o autor resume: tem a fenomenologia como paradigma; busca a compreensão do Homem. Seu objeto de pesquisa está relacionado aos fenômenos humanos apreendidos, interpretando as significações fenomenológicas para os indivíduos e a sociedade. Utiliza como instrumentos de pesquisa a observação, a entrevista semidirigida, a coleta intencional em prontuários, os grupos focais, dentre outros. Sua amostra é proposital, ou seja, os sujeitos são eleitos intencionalmente em razão de determinada característica ou tipologia.

Para o tratamento dos dados qualitativos, pode-se utilizar a análise de conteúdo ou de discurso, categorizadas por relevâncias teóricas ou por repetição. A discussão dos resultados é subsidiada pela interpretação do que emerge como fenômeno. Na pesquisa qualitativa, não se pretende generalizar, mas explicar conceitos e pressupostos ou confrontar os achados de outros estudos.

Das informações obtidas na triangulação desses métodos, é possível responder aos objetivos propostos, como demonstram os estudos de Fonseca e Carlloto (2014); e Minayo, Assis e Oliveira (2011).

A apresentação dos métodos de pesquisa utilizados neste estudo foi dividida em duas etapas, sendo a primeira quantitativa e a segunda qualitativa, conforme descrito. Este estudo iniciou-se com o recebimento da Carta de Aceite da *Energix*. Em seguida, o projeto da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAP, sob o n.º CAAE 21478713.4.0000.5206, procedendo, em seguida, a coleta dos dados.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA

Para realizar a pesquisa foi preciso identificar uma empresa de grande porte que disponibilizasse os documentos necessários para atender aos objetivos estabelecidos e identificar os participantes a partir dessa pesquisa documental. Aqueles dispostos a contribuir para os achados assinaram o termo de livre consentimento e esclarecido (TLCE). Foram utilizadas como variáveis e critérios de seleção, o local e público.

Outro critério de seleção utilizado foi identificar uma empresa genuinamente brasileira, justificando a análise regionalizada e da cultura organizacional e repercussões prováveis no fenômeno do absenteísmo por transtornos mentais e comportamentais; com solidez no mercado em que atua, com categorias profissionais diversificadas e que favorecesse, a partir da diversidade sociodemográfica, a identificação de aspectos de subjetivação no trabalho para os participantes da etapa qualitativa, permitindo inferir sobre os riscos psicossociais e os agravos à saúde mental dos trabalhadores.

Um outro aspecto considerado na seleção e que justifica a análise regionalizada de cultura e subculturas organizacionais refere às prováveis repercussões do fenômeno do absenteísmo por TMC nos participantes, nas equipes e na própria organização.

A *Energix* é uma empresa localizada no Nordeste, constituída em meados da década de 1940 com o objetivo de fomentar o desenvolvimento através das suas 06 Filiais (incluindo a Sede) e investir em ações sociais sustentáveis. Atua no setor elétrico energético brasileiro e, por essa razão, é classificada no critério de segurança como de Grau de Risco III, conforme os critérios de avaliação da Norma Regulamentadora n.º 04 (NR-4) e determinados pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Atende, dentre outras, a NR-10, que define as condições mínimas de saúde e segurança em instalações elétricas, na manutenção e na execução/operação de linhas vivas ou energizadas (Brasil, 2015).

Seu negócio exige um permanente controle das condições de trabalho, justificando todo o investimento em saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho, principalmente nas áreas

insalubres e de alto risco elétrico. Suas práticas excedem às exigências legais definidas no SESMT, conforme evidenciam relatórios de gestão e seu balanço social.

O Programa Corporativo de Saúde e Qualidade de Vida dos Trabalhadores (SQVT) da *Energix* está inserido no planejamento estratégico do negócio e tem por objetivos: promover a SQVT dos empregados, contribuir para melhoria do clima organizacional, reduzir as despesas médicas e o absenteísmo-doença e implantar ações e programas. Sua equipe multidisciplinar é formada por assistente social, educador físico, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, odontólogo, psicólogo e técnico de enfermagem; além de profissionais de suporte, como estatístico e assistentes administrativos.

Além de atender às exigências legais das NR específicas por segmento de atuação, porte ou categorias profissionais, tem por filosofia investir em políticas, programas e ações e entre os diferenciais, destacam-se: (1) exames médicos ocupacionais (EMO): ultrassonografias (prostática, pélvica e mamária), mamografia, densitometria óssea, colposcopia, citologia oncológica, tonometria binocular, teste ergométrico, exames laboratoriais, consultas cardiológica, oftalmológica, odontológica, nutricional, psicológica e ginecológica, conforme idade e função; (2) ginástica laboral, avaliada pela redução de fatores de riscos à saúde e de problemas osteomusculares; (3) academia *in company*, avaliada pela redução das patologias diagnosticadas nos EMP e por grupos de risco (com doenças osteomusculares, TMC, diabetes e obesidade) e das despesas com plano assistencial de saúde dos empregados assíduos. A academia oferece: musculação, alongamento, ioga, *body balance*, *step*, *body jam*, *body jump*, *flex local*, *gap*, *body combat*, dentre outras; (4) Massagem na Empresa, avaliada pela melhoria do equilíbrio físico e emocional, redução da tensão muscular, do *stress*, através das técnicas de *Reflexologia*, *Neck Terapy* e *Shiatsu Quick Massage*. (5) Fisioterapia *in company*, cujo indicador é a prevenção e recuperação das doenças osteomusculares, principalmente crônicas. Oferece ainda: ambulatório *in company*, com diversas especialidades como clínico geral, pneumologista, dermatologista, geriatra, psiquiatra, nutricionista, cardiologista, ginecologista, reumatologista, endocrinologista etc. Promove vacinações, feira semanal de produtos orgânicos, feira de qualidade de vida, oficinas de nutrição, dicas de saúde, campanhas educativas e reeducação alimentar. E ainda ergonomia, programa de controle auditivo, programa de preparação para aposentadoria, dentre outros.

Investe ainda na saúde mental dos trabalhadores, mantendo em cada Filial, pelo menos um psicólogo e um assistente social. Dentre os programas e ações, destacam-se: atendimento psicossocial aos empregados, inclusive gestores, e seus familiares; Gestão do Comportamento nas Equipes de Trabalho, avaliada pelo diagnóstico de riscos e intervenções psicossociais por demandas diversas

(índice de acidentes de trabalho, de absenteísmo-doença, clima organizacional, demandas da própria equipe ou dos gestores, geralmente por situações de conflitos interpessoais e até por demanda de órgãos fiscalizadores demandados, a exemplo, do MPT); Monitoramento sistemático da saúde biopsicossocial dos empregados que atuam em áreas de riscos, através de avaliações médica, nutricional, física e psicológica; programa de comportamento seguro em situações de incidente e mal súbito e suporte às vítimas de acidentes de trabalho; *Call Center 24h* para atendimento psicossocial com psicólogos e assistentes sociais credenciados.

Outro programa importante, coordenado pela equipe psicossocial é a prevenção ao consumo prejudicial de álcool e de outras drogas, utilizando a política de redução de danos, ações socioeducativas tanto para abstêmios quanto para usuários e dependentes, ações de ressocialização dos usuários no retorno ao trabalho e orientação familiar.

Os psicólogos também trabalham com o fenômeno assédio moral e outras formas de violências no trabalho, com ações socioeducativas, no acolhimento de denúncias, no suporte às vítimas, às testemunhas e também aos agressores, subsidiando o jurídico com assistência técnica em ações trabalhistas e normatizando condutas éticas esperadas e relações socioprofissionais saudáveis no contexto da *Energix*. Nesses casos, atendem aos trabalhadores, gestores, terceirizados e novos contratados.

Para atender às metas de promoção de saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho, a *Energix* define um orçamento anual que garante a gestão e a sustentabilidade do Programa Corporativo, mensurando os indicadores estratégicos de redução de custeio, de investimento, da saúde biopsicossocial de trabalhadores de áreas de risco elétrico.

Para definir e medir esses indicadores de gestão, a *Energix* utiliza como insumos o estudo estatístico do absenteísmo-doença e das patologias diagnósticas no EMP, as pesquisas de clima organizacional e de SQVT, a realização de treinamentos para o comportamento seguro e o índice de satisfação do cliente interno, dentre outras.

Os resultados obtidos apontam, além de retorno financeiro do custeio, o reconhecimento formal de seu público interno, mensurados nos índices de favorabilidade evidenciados na pesquisa de clima organizacional. Os trabalhadores percebem que a temática é prioritária e pretende garantir condições saudáveis e seguras de trabalho, fortalecendo vínculos e o comprometimento dos trabalhadores. A *Energix* também é reconhecida nesse segmento por públicos externos, por meio de prêmios recebidos, inclusive um internacional de excelência na gestão do absenteísmo-doença.

A visão estratégica em SQVT justificou o *Aceite* da *Energix* para a realização desta pesquisa, desde que mantidas em sigilo sua identidade e de seus trabalhadores. O investimento sistemático em pesquisas e a análise de seus indicadores de gestão vêm subsidiando tomadas de decisões que possam promover uma ambiência laboral saudável, inclusive em relação ao modo de gestão e ao relacionamento estabelecido entre os diversos públicos com os quais se relaciona.

Por outro lado, diante do contexto atual da economia e da política brasileira, as empresas do setor elétrico vêm sendo demandadas em seus negócios por exigências legais, por mudanças do cenário macroeconômico, por criatividade na gestão e por adaptação às mudanças de modo a manter-se competitividade e garantir lucros.

Uma das medidas adotadas para se adequar ao cenário foi o processo de aposentadoria e de demissão incentivada. Ocorreu entre 2010 e 2013, concomitante à coleta de dados, justificando este recorte temporal desta pesquisa. Foram elegíveis os trabalhadores acima de 55 anos de idade e 30 anos de contribuição previdenciária.

Outro fato relevante foi a possibilidade de medir impactos que extrapolam os custos econômicos, como os fatores da cultura, da subcultura e das mudanças organizacionais que podem repercutir em agravos à saúde mental dos trabalhadores.

ETAPA QUANTITATIVA

POPULAÇÃO:

Formada pelo Quadro de Pessoal (QP) da *Energix*, no período entre 2010 e 2013, com de 5.609, 5.530, 5.585 e 5.554 empregados, respectivamente. A população média é de 5.500 trabalhadores, com ou sem ocorrências de absenteísmo-doenças.

AMOSTRA DOCUMENTAL:

Os dados da amostra documental estatística foram fornecidos pela *Energix*. Os critérios de inclusão foram: dados brutos do absenteísmo por transtornos mentais e comportamentais, entre 2010 e 2013; dados sociodemográficos: gênero, faixa etária, escolaridade, tempo de serviço, cargo/função e Filial de lotação da amostra; além das patologias prevalentes, filtradas por ocorrências (total de atestados médicos) e por dias perdidos. E os critérios de exclusão: atestados registrados fora do período determinado e absenteísmo por outro Grupo do CID-10.

PROCEDIMENTOS

Analisou-se, inicialmente, os dados brutos epidemiológicos, entre 2010 e 2013, fornecidos pela área de saúde e qualidade de vida da *Energix* e, em seguida, receberam tratamento estatístico estratificado. O objetivo foi verificar as informações significativas que demonstrassem o perfil de adoecimento psíquico em relação ao absenteísmo-doença geral, com uma ou mais ocorrências, por até 15 dias perdidos.

Os resultados obtidos na pesquisa documental, apresentados adiante, permitiram identificar uma das amostras da Etapa Qualitativa, composta por trabalhadores com absenteísmo por TMC.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Tabela 01 apresenta o Quadro de Pessoal (QP), entre 2010 e 2013, formado por 5.609, 5.530, 5.585 e 5.554, respectivamente. Ao analisar a quantidade de empregados, verifica-se que 79% é masculino e 21% feminino. Esse dado sobre o recorte de gênero demonstra que a *Energix* tem uma população prioritariamente masculino, coerente com o negócio que demanda profissionais de engenharia elétrica, civil e mecânica. Essas ainda são profissões assumidas em menor quantidade por mulheres, embora esse ingresso venha se modificando nas últimas décadas.

Ao avaliar o percentual de adoecimento, considerando o recorte de gênero, os dados se invertem. No período analisado, as mulheres se afastaram, em média, 69,4% em relação ao QP feminino, chegando à 87,5% em 2013, enquanto que o absenteísmo entre os homens, em média, foi de 40,3% em relação ao quadro masculino. Ao verticalizar sobre as doenças do Grupo F (CID-10) em relação ao total de absenteísmo-doença, verifica-se que as mulheres apresentam um percentual de adoecimento de 9,8% para 4,7% masculino, ou seja, duas vezes maior que os homens. Essa diferença percentual de gênero do absenteísmo por TMC em relação ao QP chega a ser quatro vezes maior, com média de 8% feminino e 2% masculino.

Desse QP, o número de empregados com absenteísmo-doença até 15 dias, ou seja, arcados integralmente pela *Energix*, foi de 2.981 (2010), 2.863 (2011), 3.179 (2012) e 3.077, correspondendo à média de 54,4% da população, denotando que mais da metade do total apresentou ao menos um afastamento de suas atividades laborais em cada ano. Em dados percentuais, o resultado variou entre 52%, em 2011, e 57%, em 2012, coincidindo com o ano em que se iniciou a adesão dos empregados aposentados ou aposentáveis ao Programa de Demissão Voluntária.

Do total de empregados com absenteísmo-doenças no período, 174, 170, 189 e 184, respectivamente, apresentaram ao menos um atestado médico por TMC, ou seja, numa média de

5,9%, variando entre 5,8%, em 2010, e 6%, em 2012 e 2013. E os dados sobre o número de ocorrências por TMC em relação ao QP da *Energix* apontam que esse grupo correspondeu, ano a ano, 3% da população.

Os dados brutos sobre o total de ocorrências de absenteísmo-doenças demonstram que houveram 7.948, em 2010; 7.053, em 2011; 8.430, em 2012; e 8.074, em 2013, um total de 31.505 atestados apresentados no período. Em dados percentuais, esse total variou entre 22,4%, em 2011; e 26,8%, em 2012. Desse total bruto, as ocorrências por TMC foram assim distribuídas: 291 (2010), 253 (2011), 318 (2012) e 308 (2013), correspondendo à 4% do total de ocorrências em cada ano analisado.

Sobre o total de dias perdidos por absenteísmo-doença, a Tabela 01 demonstra que entre 2010 até 2013, foram 88.535 afastamentos por doenças e, desse total, 2011 apresentou o menor número de ausências, ou seja, 19.805, correspondendo à 22,4%. O ano de 2012 revelou o maior quantitativo, com 23.503 dias perdidos, comprometendo 26,6% do total no período estudado. Desse total, 1.164, 1.063, 1.288 e 1.302, respectivamente, tiveram o diagnóstico de TMC, comprometendo entre 4% e 7% do total de dias perdidos por absenteísmo-doença. Verifica-se que entre 2010 e 2011 houve uma redução desse quantitativo, voltando a subir a cada ano, no período em análise.

	ENERGIX											
	2010			2011			2012			2013		
	MASC	FEM	GERAL	MASC	FEM	GERAL	MASC	FEM	GERAL	MASC	FEM	GERAL
QUADRO DE PESSOAL (QP)	4456	1153	5609	4398	1132	5530	4426	1159	5585	4404	1155	5554
QP COM ABS-DOENÇAS	1796	800	2981	2178	685	2863	2277	902	3179	2067	1010	3077
% QP COM ABS-DOENÇA	46,9	69,4	53,1	49,5	61	52	51,4	78,3	57	47	87,5	55,4
EMPREGADOS GRUPO F	85	89	174	100	70	170	105	84	189	98	86	184
% GRUPO F NO ABS-DOENÇA	4,70%	11,10%	5,80%	4,60%	10,20%	5,94%	4,60%	9,30%	6%	4,70%	8,50%	6%
% GRUPO F NO QP GERAL	2%	8%	3%	2%	6%	3%	2%	7%	3%	2%	7%	3%
DIAS ABSENTEÍSMO DOENÇA	14606	7881	22487	12779	7026	19805	15408	8095	23503	14536	8204	22740
DIAS AD GRUPO F	649	515	1164	709	353	1062	837	451	1288	769	533	1302
% DIAS AD NO GRUPO F	4%	7%	5%	6%	5%	5%	5%	6%	5%	5%	6%	6%
OCORRÊNCIAS AD	4946	3002	7948	4361	2692	7053	5259	3171	8430	4874	3200	8074
OCORRÊNCIAS AD GRUPO F	137	154	291	144	109	253	171	147	318	162	146	308
% OCORRÊNCIAS AD	3%	5%	4%	3%	4%	4%	3%	5%	4%	3%	5%	4%

Tabela 01: Total de Empregados, com ou sem Absenteísmo-doença e por TMC – 2010 à 2013

Segundo o IBGE (2014), as carreiras universitárias em 2010 demonstram que as mulheres já são maioria ou empatam estatisticamente com os homens na maioria das profissões. No entanto, esse dado se inverte entre as profissões de ciência da computação e de engenharia onde 22% e 28%, respectivamente, em média, são ocupadas por mulheres. Esses dados corroboram o perfil masculino da *Energix*, retratando a realidade de empresas de engenharia e, neste estudo, no setor de energia elétrica.

A diferença de gênero em relação ao índice de absenteísmo se confirma em outras pesquisas brasileiras. Os resultados encontrados por Rodrigues *et al* (2013), numa amostra de 5.646 servidores públicos municipais em Belo Horizonte/MG, demonstram a prevalência de absenteísmo, independente do grupo de doenças, das mulheres (74,3%) em relação aos homens (25,7%). Outra pesquisa realizada em 2010, por Ferreira *et al* (2011) com trabalhadores de enfermagem hospitalar, em Pernambuco, constatou a prevalência de 72,86% de absenteísmo-doença feminino.

Sobre o absenteísmo por doenças do Grupo F (CID-10), pesquisas que analisaram esse recorte confirmam que o afastamento entre as mulheres é significativamente superior ao dos homens. (Braga, Carvalho e Binder, 2010; Fonseca e Carlotto, 2011; Monteiro *et al*, 2013; e Assunção e Silva, 2012).

Os estudos de Stansfeld *et al* (2006 *apud* Ruiz e Araújo, 2012) apontam como hipótese provável para o afastamento feminino o aspecto cultural, inferindo que as mulheres têm maior facilidade em relatar sintomas que configuram doenças da ordem psíquica. Ruiz e Araújo (2012) sugerem que as barreiras sociais que valoram o desgaste mental como um fator de fragilidade, tornam os homens mais resistentes em procurar assistência na fase de menor gravidade dos sintomas.

Desde 2008, a questão de gênero passou a ser considerada formalmente nas políticas de Gestão de Pessoas da *Energix*, desde que aderiu ao Programa Pró-equidade de Gênero e Raça, proposto pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, do Governo Federal. Assim como a *Energix*, as empresas participantes passam a concorrer ao Selo Pro-equidade de Gênero e Raça, por meio de um diagnóstico organizacional de seus processos e de um plano de ação transversal que possibilite identificar em sua cultura oportunidades de melhorias que promovam resultados exitosos na redução das desigualdades de gênero e raça. Podem participar desse Programa empresas públicas e privadas, de médio e grande porte, mediante a avaliação de boas práticas (*benchmarking*) em empresas brasileiras.

Dentre as ações contidas no Plano de Gênero da *Energix* está a gestão do absenteísmo-doença, inclusive considerando em sua análise as doenças do Grupo F (CID-10) com recortes de gênero e de raça.

A Tabela 02 apresenta os dados brutos e percentuais dos TMC prevalentes em 2013, considerando o total de ocorrências e de dias perdidos. Para a análise, foram tratados esse tipo de absenteísmo-doença até 15 dias de afastamentos por ocorrência, tendo em vista que os excedentes são arcados por meio de benefícios pagos pelo INSS. No que se refere ao absenteísmo que excede o ônus assumido integralmente pela *Energix*, tomou-se como parâmetro uma (01) ocorrência com 15 dias de ausências ininterruptas. Por essa razão, os dados quantitativos da Tabela 01 diverge da Tabela 02, no ano de 2013.

Em 2013, conforme demonstra ainda a Tabela 02, 184 empregados apresentaram um ou mais atestados médicos por TMC, correspondendo à 343 ocorrências. Desse total, 317 corresponderam às patologias prevalentes ou 92,4% do total, demonstrando que as demais enfermidades psíquicas não foram relevantes estatisticamente.

A Tabela 02 demonstra que as patologias foram agrupadas conforme o AEAT (INSS), e as mais frequentes, por ocorrências e por dias perdidos, foram: reações ao *stress* grave e transtornos de adaptação (F-43), com 86 ocorrências ou 25,1% do total e 457 dias perdidos (20,8%); transtornos ansiosos (F-41), com 76 ocorrências (22,2%) e 353 ausências (16,1%); episódios depressivos (F-32), com 68 atestados médicos (19,8%) e 356 afastamentos (16,2%); transtornos depressivos recorrentes (F-33), com 42 episódios (12,3%) e 391 dias perdidos (17,8%); TMC devido ao uso de álcool (F-10), com 23 ocorrências (6,7%) e 256 ausências (11,7%); TMC por uso de substâncias psicoativas (F-19), com 10 afastamentos (2,92%) e 143 dias perdidos (6,5%); além de 06 ocorrências por transtorno afetivo bipolar (F-31) e igualmente por transtorno obsessivo-compulsivo (F-42), correspondendo à 1,8%, com 50 e 24 dias de afastamentos, respectivamente.

TMC PREVALENTES EM 2013							
EMP-TMC	TMC	TOTAL OCO	N OCO	% OCO	TOTAL D.P.	N D.P.	% D.P.
184		343	317	92,4%	2.194	2.030	92,5%
	F-10		23	6,71		256	11,7
	F-19		10	2,92		143	6,5
	F-31		6	1,8		50	2,3
	F-32		68	19,8		356	16,2
	F-33		42	12,3		391	17,8
	F-41		76	22,2		353	16,1
	F-42		6	1,8		24	1,1
	F-43		86	25,1		457	20,8

Tabela 02: dados brutos e % de TMC Prevalentes (ocorrências e dias perdidos) – 2013

Embora as doenças do Grupo F estejam em 6º lugar no *ranking* dos dias perdidos da *Energix*, os Anuários Estatísticos dos Acidentes do Trabalho (AEAT) do INSS apontam que essa categoria permanece em terceiro lugar por números de benefícios pagos a trabalhadores, no período entre 2010 e 2013. No entanto, o percentual de ocorrências na Empresa pesquisada é de 4%, ou seja, quatro vezes superior ao AEAT, no período.

No banco de dados fornecidos pela *Energix* não há qualquer registro denexo causal do trabalho sobre os TMC registrados, levando a hipótese de subnotificação, principalmente ao analisar as entrevistas e o ITRA aplicados nos empregados com registro de absentismo por doenças do Grupo F (CID-10), assim como os relatos dos gestores que participaram do grupo focal. Esse dado é

relevante se considerar a quantidade de subnotificações das CAT. Entre elas, a maior é por TMC, cujo número de registro é menor que o reconhecimento da doença mental ocupacional. Este dado reforça a importância das empresas, incluindo a *Energix*, de realizarem diagnósticos dos riscos psicossociais e atuar preventivamente, evitando que continuem crescendo o número de trabalhadores com TMC sem garantia legal de seus direitos previdenciários e trabalhistas.

Infere-se que esse número de subnotificações se justifica por razões econômicas, tendo em vista que algumas empresas não assumem a causalidade das doenças ocupacionais e dos acidentes de trabalho, assumindo o risco do ônus da prova, apesar do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP).

Outra hipótese que talvez explique tantas subnotificações seja a dificuldade em configurar o nexo causal. Pesquisas realizadas com médicos peritos do INSS revelam a dificuldade técnica desses profissionais em diagnosticar as patologias e mais ainda a causalidade laboral. A especialidade em Psiquiatria não é exigida, não há perícia técnica nos locais de trabalho e existe ainda muita resistência em considerar as contribuições multidisciplinares, a exemplo dos laudos psicológicos, por força do Ato Médico. (Silva-Júnior e Fischer, 2014; Almeida e Barbosa-Branco, 2011; e Silva Júnior, 2012)

Em contrapartida, têm crescido na Justiça do Trabalho as perícias psicológicas e psiquiátricas como mais um meio de prova nas lides em que o trabalhador alega situações como assédio moral e outras formas de violência no trabalho; estresse pós-traumático quando submetidos, por exemplo, a acidentes ou a assaltos. São queixas que, no mínimo, descrevem um sofrimento psíquico.

Considerando os dados do CNAE referente às empresas do setor elétrico, o total de acidentes de trabalho nesse setor encontra-se abaixo do ranking, um dado excelente tendo em vista tratar-se de empresa classificada como de Grau de Risco III.

Portanto, análises documentais, diagnósticos da cultura e do clima organizacional, avaliação de fatores de riscos psicossociais e ações de intervenções, dentre outras, reforçam a relevância deste estudo, tanto na promoção de saúde e qualidade de vida para os trabalhadores quanto para a sustentabilidade do negócio. Afinal, garantir produtividade e obter lucro é, segundo Zanelli *et al* (2010), condição necessária à sobrevivência e que justifica a existência de qualquer empreendimento, desde que, para tanto, não seja preciso que o trabalhador abra mão de sua saúde e de segurança.

A pesquisa documental toma por referência os dados do absenteísmo por TMC. Desses achados quantitativos são identificados os participantes da primeira amostra da Etapa Qualitativa. Embora a análise estratificada tenha considerado o período de 2010 a 2013, os dados populacionais analisados não apresentam mudanças estatísticas significativas. Em 2014, são identificados os

empregados participantes com histórico de absenteísmo que atendem aos critérios de inclusão já descritos.

Quanto à caracterização sociodemográfica dos empregados da *Energix* em 2013, a Tabela 03 ressalta que: a maioria (79,2%) é do sexo masculino; a faixa etária prevalente está entre 51 a 60 anos (42,7%) e a menor (4,4%) até 30 anos; os dois maiores percentuais da escolaridade corresponde à 43,9% com superior completo (39,9%) e com ensino médio completo (37,5%); e as menores com um (01) doutorado (0,0%), 42 mestrados (0,8%) e, com o mesmo percentual de 2,6%, 143 não alfabetizados e 146 com especializações.

Ainda na Tabela 03, os dados sobre o estado civil demonstram que a maioria (68,2%) é casado, seguido de solteiros (17,3%) e divorciados (7,5%). Em relação ao cargo ou nível profissional, os mais frequentes são: médio operacional (33,6%), superior (30,3%), fundamental (19,4%) e profissional de nível médio operacional (16,3%); os percentuais dos que têm até 15 anos na Empresa, de 16 à 30 e de 31 em diante variam entre 34,8%, 29,5% e 35,7% respectivamente.

DADOS SOCIODEMÁGRAFICOS - ENERGIX 2013		
Variável	N	%
TOTAL	5554	100
Gênero		
Masculino	4400	79,2
Feminino	1154	20,8
Faixa etária (anos)		
Até 30	287	5,2
31 a 40	1137	20,5
41 a 50	969	17,4
51 a 60	2415	43,5
61 ou mais	746	13,4
Escolaridade		
Não alfabetizado	143	2,6
Até Ensino fundamental completo	567	10,2
Até Ensino médio completo	2214	39,9
Até Ensino Superior Completo	2441	43,9
Especialização/MBA	146	2,6
Mestrado	42	0,8
Doutorado	1	0
Estado civil		
Solteiro	963	17,3
Casado	3785	68,2
Divorciado	424	7,5
Viúvo	59	1,1
União estável	292	5,3
Não informado	31	0,6
Cargo		
Prof. nível fundamental	1082	19,5
Prof. nível médio operacional	1881	33,9
Prof. nível médio suporte	906	16,3
Prof. nível superior	1684	30,3
Não informado	1	0
Tempo de empresa (anos)		
Até 15	1933	34,8
16 a 30	1634	29,4
31 ou mais	1987	35,8

Tabela 03: análise dos dados sociodemográficos

A identificação da primeira amostra foi subsidiada pela pesquisa documental. Para a análise e a discussão dos dados qualitativos foram localizados 184 empregados com ao menos uma ocorrência de absenteísmo por TMC e, desse total, 108 concordaram em participar da etapa qualitativa desta pesquisa.

ETAPA QUALITATIVA

POPULAÇÃO:

Formada por 5.609 empregados em 2010, 5.530 em 2011, 5.585 em 2012 e, em 2013, 5.554 trabalhadores. Para a definição da amostra de natureza qualitativa, foi considerada a população de 5.554 empregados, em 2013.

Dessa população, foram definidas duas amostras distintas, mediante o critério proposital por variedade de tipos: (1) por estado de saúde mental (trabalhadores participantes) e (2) por variedade de ocupação: empregados em cargo formal de gestão.

AMOSTRA 01: EMPREGADOS COM ABSENTEÍSMO POR TMC

O coorte populacional se justificou por amostragem proposital, ou seja, definida intencionalmente ou por homogeneidade. Os critérios de inclusão adotados foram: empregados com a ocorrência de absenteísmo por TMC entre 2010 e 2013, pertencente ao quadro de pessoal da Empresa em 2013. E participaram os empregados que deram anuência mediante assinatura do TLCE. E de exclusão: trabalhadores desligados da Energix a partir 2013, que não aceitaram participar, com absenteísmo por outro grupo de doenças do CID-10 ou com atestados médicos por TMC fora do período preestabelecido.

Fizeram parte da primeira amostra 108 dos 183 empregados com ao menos um (01) dia perdido por TMC, entre 2010 e 2013, lotados em uma das 06 Filiais. Para participar, assinaram o TCLE e estavam no Quadro de Pessoal no período da coleta, em 2014. Segundo Turato (2008, p. 356),

a amostragem proposital está para a pesquisa qualitativa assim como a amostragem randômica está para a pesquisa quantitativa. (...) A amostragem proposital, intencional ou deliberada é definida metodologicamente (...) como aquela escolha deliberada de respondentes, sujeitos ou ambientes.

De acordo com o autor,

amostragem por variedade de tipos é um processo de seleção de amostra de sujeitos escolhidos segundo o arbítrio e interesse científico do pesquisador, cuja resolução

no entanto, embora definida como livre eleição (...), deve vir acompanhada de suas justificativas junto ao projeto (Turato, 2008, p. 365).

Um fenômeno evidenciado no convite é a negação sobre a doença psíquica e a resistência em participar da pesquisa. Quando o trabalhador tomava conhecimento que foi identificado nos dados do absenteísmo por TMC e do convite para participar deste estudo, a maioria, no primeiro momento, negou ter ciência do diagnóstico de TMC, inclusive alegando que o registro de absenteísmo-doença na *Energix* está incorreto.

Dos 184 empregados com histórico de afastamento do trabalho por TMC, foram localizados e convidados para participar 122. Desses, nove (09) não aceitaram participar; 01 (um) adiou vários encontros agendados e denotou tamanha resistência que foi retirado da lista de entrevistados; três (03) chegaram a participar e, em seguida, solicitaram a retirada das informações coletadas e um deles, ao ser convidado, prestou queixa na Ouvidoria, alegando quebra de sigilo de suas informações de saúde e sequer aceitou conhecer os termos de confidencialidade contidos no TLCE. Ressalta-se que essa questão foi devidamente esclarecida, inclusive com o e-mail corporativo sobre a pesquisa e a Carta de Aceite emitida pela alta gestão da *Energix*.

Esses fatos merecem uma reflexão, inclusive para novas pesquisas, tendo em vista que o próprio público adoecido receia falar sobre seu adoecimento e expor o que entende por fragilidade, mantendo silencioso seu sofrimento, apesar do custo ser imensurável. É provável que essa negação ou o receio de ser exposto possa, inclusive, intensificar os sintomas psíquicos e agravar o adoecimento daqueles em condições de vulnerabilidade.

A caracterização dessa amostra destaca que a maioria é do gênero feminino, a faixa etária entre 51 a 60 anos, o estado civil casado ou em união estável, com escolaridade em igual quantidade para ensino médio completo, superior completo e com pós-graduação. Além disso, os participantes, em sua maioria, prestam serviço na *Energix* há mais de 20 anos, em cargos técnicos de nível superior. A coleta dos dados desta amostra ocorreu em 2014.

NOMINANDO OS PARTICIPANTES: ONDE ESTÁ WALLY’S⁴?

Wally é um rosto perdido na multidão. Pode ser encontrado entre os Astecas, os Vikings, em Hollywood, na praia, no museu. É simpático e desajeitado. Esconde sua timidez nos óculos ovais. Carrega consigo uma mochila, uma xícara e uma bengala. *Wally* simboliza a alteridade. Nas

⁴ Handford, M. Onde está Wally? O livro dos jogos. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1990

diferenças, ele se destaca. Não por ser mais ou menos, mas simplesmente porque existe como ser altero. O objetivo do jogo é identificá-lo nos lugares que visita, ressaltando a inclusão.

Assim como Wally, também é uma verdadeira aventura para pessoas com deficiência (PCD) a possibilidade de inclusão no mercado de trabalho. E o desafio é significativamente maior para aquelas que têm déficit cognitivo ou limitação intelectual. Entre as PCD, estão pessoas com *Síndrome de Down* ou *Síndrome da Trissomia 21*, ou seja, um cromossomo a mais no 21º par. Um cromossomo a mais os diferencia de outras pessoas e, especificamente, de outros trabalhadores.

Em 2015, jovens com Síndrome de Down participaram de um curso de formação de informações turísticas, promovido pela Secretaria de Turismo do Estado de Pernambuco. Uma das palestrantes, autora deste artigo de tese de doutorado, promoveu o primeiro trabalho para os jovens, como recepcionistas no I Simpósio de Psicologia da Faculdade Redentor/IDE Pós-graduações. Em seguida ao evento, formou-se o Grupo **DOWN** +. E após esse primeiro de trabalho, outras oportunidades surgiram, tanto para o grupo, quanto para alguns jovens, individualmente, que estão atuando no mercado, com atividades formais em diversos segmentos.

Ainda no primeiro evento, o jovem *Serginho* explicita: “*este é o fruto de meu trabalho*”. Com essas palavras, expressa a oportunidade que teve e o reconhecimento da primeira atividade laboral. Com seu gesto, permite a reflexão sobre as oportunidades que são retiradas de pessoas como *Serginho*, por ignorarem suas potencialidades.

Alguns jovens do **DOWN** + estão em formação escolar, outros fazem teatro, dança popular (frevo) e têm aqueles que estão aprendendo a falar, ler e escrever. No **DOWN** + há fotógrafos, cozinheiros, dançarinos, negociantes. Outros são acadêmicos e/ou graduados em Educação Física, Pedagogia e Fotografia – *todos juntos e misturados*. O lema entre eles é: *#juntossomosmais*.

No **DOWN** + não há disputa, não há concorrência. São inteligentes o suficiente para saber o que “*normais*” desconhecem: *a força do coletivo os tornam vencedores*. No **DOWN** + não há segregação por qualquer recorte: gênero, idade, escolaridade, cargo, condição socioeconômica, etnia, religião. Há entre eles pouca discordância, talvez no futebol. Torcidas à parte, nenhum é mais nem menos que os demais, seja na balada ou no trabalho. Há conflitos e brigas, mas administrados com gestos de amor. O **DOWN** + é o exemplo da *Aceitação Positiva Incondicional (de si e do outro)*, postulada por Rogers.

O **DOWN** +, atualmente, trabalha na recepção de Eventos como Congressos, Simpósios, Encontros Corporativos, dentre outros. Atualmente, fazem parte do **DOWN** + aproximadamente 30

jovens. Para manter a imparcialidade, foram sorteados 12 nomes, representando homens e mulheres das 06 Filiais da *Energix*.

O nome de cada jovem do **DOWN** + acompanha uma letra e substitui o nome de cada participante por Filial. Ao mesmo tempo em que se resguarda a identidade dos sujeitos da pesquisa, homenageia o **DOWN** + e reverencia o exemplo de profissionalismo, de comprometimento, de responsabilidade e de vínculos saudáveis com o trabalho.

Os nomes dos jovens sorteados foram: na Filial 01, Antônio e Camila; na Filial 02, Daniela e Carlos; na Filial 03, Lucas e Fernanda; na Filial 04, Kizzy e Miguel, Filial 05, Luma e Pedro; e na Filial 06, Poliana e Sérgio.

Segundo *Serginho*, o *Certificado de Prestação de Serviço* como recepcionista carrega o sentido e o peso do orgulho que sente: “*Esse é o fruto do meu trabalho*”. Com essas palavras e o certificado erguido como se ergue um “troféu”, inspirou o título deste artigo. Além disso, o **DOWN** + proporciona à pesquisadora sustentação psíquica para escrever com afinco, inspiração e persistência o último ponto do doutoramento.



INSTRUMENTOS

A entrevista semiestruturada (Anexo A) foi um dos instrumentos utilizados para a colheita de informações e contribuiu, em parte, para responder aos objetivos propostos nesta pesquisa. O ITRA foi o instrumento utilizado para complementar a coleta de dados numa dimensão mais visível e concreta da relação saúde *versus* trabalho, na percepção dos participantes e obter dados específicos sobre os impactos do trabalho na saúde mental, na ótica dos participantes, corroborando ou refutando as informações colhidas na entrevista, tendo em vista a validade, a fidedignidade e a padronização desse instrumento (Mendes, Ferreira e Cruz, 2007).

Trata-se de um instrumento validado, autoaplicável, que avalia aspectos da subjetivação, das condições de trabalho e suas repercussões na saúde, conforme a percepção do respondente. É formado pelas seguintes categorias: (1) Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), contendo assertivas sobre a organização e condições de trabalho e as relações socioprofissionais; (2) Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), referindo aos custos físicos, cognitivos e afetivos; (3) Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), descrevendo o sentido do trabalho; e (4) Escala de Avaliação dos Danos Relativos ao Trabalho (EADRT), apontando danos psicossociais e físicos relacionados ao trabalho. Embora aplicado e analisado seguindo os parâmetros metodológicos orientados pelos autores, a discussão do instrumento restringiu-se às contribuições específicas aos objetivos desta pesquisa.

Conforme discutido na revisão da literatura, não se encontra nas denominadas *Clínicas do Trabalho* uma abordagem que dê conta integralmente da temática saúde mental *versus* trabalho (Bendassolli e Soboll, 2011). Por outro lado, respeitadas as distinções epistemológicas e metodológicas de cada *Clínica*, utilizou-se neste estudo a conceituação dos aspectos que compõem o Contexto de Trabalho, proposto por Dejours (1998/1999/2003/2004). A definição permite, através de tratamento estatístico, realizar a análise descritiva de fatores de riscos psicossociais ou de agravos à saúde mental. A partir do confronto entre os achados da etapa qualitativa e os dados obtidos na pesquisa documental, é possível sinalizar o nexos causal do trabalho no adoecimento psíquico.

AMOSTRA 02: GESTORES

A segunda amostra foi formada por gestores que ocupassem o cargo em 2013 e em anos anteriores. Foi definida por homogeneidade de tipo, considerando o cargo ou ocupação profissional. Os critérios de inclusão foram: ocupar cargo gerencial ou de assessoria em 2013 e em anos anteriores e a anuência de participação mediante o TCLE.

Dos aspectos sociodemográficos dos gerentes, é prevalente que a maioria é do sexo masculino (85,8%), na faixa etária entre 41 a 50 anos (58%) e 100% com escolaridade em nível superior. A média de tempo no cargo gerencial variou entre menos de 1 ano e acima de 30 anos, com média de 10 anos; e entre 15 e 28 anos de tempo de serviço na Empresa. Participaram 109 gestores lotados nas 06 Filiais.

INSTRUMENTO (GESTORES)

Utilizou-se a técnica de grupos focais, a partir de um roteiro semiestruturado, contendo 09 questões abertas (Anexo A). Segundo Barbour (2009, p. 21), “qualquer discussão de grupo pode ser chamada de um grupo focal, contanto que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajando às interações do grupo”. Essas questões foram analisadas e organizadas em três temáticas categóricas que responderam aos objetivos propostos neste estudo: (1) trabalho e suas repercussões no absenteísmo por TMC; clima organizacional e a saúde mental dos trabalhadores; e estigma do trabalhador com absenteísmo-doença.

Reuniram-se, em média, doze (12) gestores por grupo, reunidos por Filial de lotação. Na Filial 01 ocorreram 03 grupos, num total de 49 participantes, em razão do quantitativo de gestores lotados nessa Unidade. O objetivo desse tipo de coleta é responder à questão norteadora, através de discussões em conjunto. A técnica possibilitou aos participantes refletir sobre percepções, crenças e valores pessoais e/ou profissionais sobre as doenças mentais. Favoreceu também a reflexão sobre o discurso dos gerentes e a prática discriminatória contra trabalhadores com diagnósticos de TMC, seja pelo participante ou por seus pares. Os grupos focais tiveram duração média de 2h30.

PROCEDIMENTOS DA ETAPA QUALITATIVA (DUAS AMOSTRAS)

Identificados os participantes das duas amostras, a gerência de Recursos Humanos (RH) divulgou a pesquisa por e-mail para os gestores, sensibilizando-os para participarem dos grupos focais (Amostra 02) e para orientar os empregados que, na eventualidade de serem convidados, dispusessem a colaborar. Manteve-se sob sigilo a identidade dos indicados, garantindo a submissão voluntária ao estudo sem interferência dos gerentes.

Participaram 108 empregados da Amostra 01 com absenteísmo por TMC. Para assegurar o sigilo sobre a identidade dos participantes, foram definidos um nome feminino e um masculino para cada Filial, diferenciando cada participante por uma letra distinta. Manteve-se inalterado o gênero, dados sociodemográficos, informações relativas às ocupações profissionais e as contribuições ao objetivo da pesquisa.

A primeira amostra foi submetida a dois instrumentos: a entrevista semiestruturada e ao ITRA, aplicados individualmente. Os instrumentos foram aplicados nas Filiais onde os entrevistados estavam lotados, agendadas previamente. As condições de aplicação seguiram as determinações do Código de Ética dos Psicólogos. A coleta foi transcrita e a aplicação dos instrumentos teve duração média de 1h30.

Todos os gerentes e assessores, independentemente do nível hierárquico, foram convidados para participar da segunda amostra da Etapa Qualitativa. A escolha foi aleatória e a participação espontânea, independentemente de ter ou não empregados subordinados com absenteísmo-doença em sua equipe. Os participantes foram localizados através de e-mail e/ou ramal, fornecidos pela Empresa. E o instrumento utilizado com essa amostra foi o grupo focal.

Visando ainda a responder à questão norteadora, a segunda amostra da etapa qualitativa foi formada por 109 gestores de diferentes níveis hierárquicos, que se dispuseram a participar dos grupos focais realizados nas 06 Filiais. O objetivo foi identificar onexo causal do trabalho sobre os agravos à saúde mental do trabalhador.

Os instrumentos utilizados com as duas amostras permitiram, nas respostas dadas pelos participantes, analisar e atender aos objetivos estabelecidos nesta pesquisa: identificar o nexocausal dos aspectos do trabalho sobre os agravos à saúde mental do trabalhador.

ETAPA QUALITATIVA

RESULTADOS E DISCUSSÕES: EMPREGADOS COM ABSENTEÍSMO POR TMC

A Tabela 04 demonstra que as maiores frequências de entrevistados corresponderam à Filial 06 (40,7%), seguida da Filial 01 (20,4%) e da Filial 03 (14,8%). Os maiores percentuais de adoecimento no Grupo F (CID-10) ocorreram nas Filiais 06 (47,3%) e 01 (23,9%), enquanto nas outras Localidades variaram de 6,0% à 9,2%. Os percentuais de entrevistados em relação ao número de empregados com absenteísmo por TMC foram mais elevados nas Filiais 03 (94,1%) e 01 (90,9%) e variaram de 50,0% à 64,3% nas demais localidades.

A Tabela 04 evidencia ainda que, do total de trabalhadores com histórico de TMC em 2013, distribuídos nas 06 Filiais, 58,7% participaram da Etapa Qualitativa. Ao analisar a distribuição dos 108 respondentes por Filial, observa-se que, em todas, a adesão foi igual ou superior à 50%, demonstrando uma participação estatisticamente elevada e que contribuiu para elucidar os objetivos estabelecidos. Entre elas, a maior participação ocorreu nas Filiais 03 e 04, com 94,1% e 90,9%, respectivamente. E a menor na Filial 01, com 50% dos empregados.

Empregados <i>Energix</i> com Absenteísmo -F					
Local	Entrevistados			Absenteísmo - F	
	N	-1%	-2%	N	-3%
Filial 01	22	20,4	50	44	23,9
Filial 02	10	9,3	90,9	11	6
Filial 03	16	14,8	94,1	17	9,2
Filial 04	7	6,5	63,6	11	6
Filial 05	9	8,3	64,3	14	7,6
Filial 06	44	40,7	50,6	87	47,3
TOTAL	108	100	58,7	184	100

Tabela 04: Frequências de entrevistados entre os empregados com Absenteísmo por TMC (2013)

(1): Obtidos com base nos 108 entrevistados.

(2): Obtidos com base nos 184 empregados com Absenteísmo-F por local e total.

(3): Obtida com base nos 184 empregados que adoeceram no grupo F.

Sobre os dados sociodemográficos da primeira amostra, no que se refere ao aspecto de gênero, predomina o feminino com 63 participantes ou 61,1% da amostra e 45 masculino, correspondendo à 41%. Embora na *Energix* o QP maior é masculino (79%), o percentual de participantes se inverte, em valor absoluto e percentual. A idade varia entre 28 a 73 anos, com média de 48,02 anos, desvio padrão de 10,24 anos e mediana de 50 anos. A faixa etária de 51 a 60 anos tem o maior número de participantes, com 52,8%.

Esse resultado sinaliza que trabalhadores com idade média de 50 anos e do gênero feminino apresentaram maior número de faltas por diagnóstico de TMC do que o masculino, corroborando as pesquisas sobre absenteísmo por TMC, que analisam, dentre outras variáveis, os recortes de gênero e de faixa etária (Magalhães *et al*, 2011; Mininel *et al*, 2013; e Mascarenhas e Barbosa-Branco, 2014).

Sobre o estado civil, a maioria dos participantes (62,0%) é casada ou vive em união estável, seguido dos solteiros (35,2%). A escolaridade é exatamente igual para ensino médio, superior e pós-graduação, com 32,4% (35 participantes, cada). Dos resultados relativos à atividade profissional, a maioria (50% ou 54 respondentes) tem 20 ou mais anos de serviço, seguido de 39,8% ou 43 empregados com até 19 anos na *Energix*. Do total, 10,2% não respondeu esse dado. Sobre o cargo, 31,4% ocupa o médio suporte operacional, seguido dos técnicos de nível superior (25,1%). Entre os empregados que ocupam o cargo de médio suporte, mais de 60% têm escolaridade em nível superior. Portanto, pode-se afirmar que o adoecimento psíquico é prevalente em pessoas com escolaridade em nível superior.

As informações obtidas nos dois instrumentos aplicados na Amostra 01 foram categorizadas e analisadas utilizando o método de *Análise de Conteúdo*, proposta por Bardin (2006). Trata-se de um procedimento sistemático e objetivo de transcrição das falas, seguido da construção inferencial

de sentidos advindos dessas mensagens, visando a desvendar ou ao menos aproximar-se dos ‘núcleos de sentidos’ do que se pretende comunicar, explica Bardin (2006).

O conteúdo transcrito foi codificado e categorizado a partir da compreensão dos núcleos de sentido identificados nas temáticas que visam a responder aos objetivos desta pesquisa: ‘*Trabalho é ... Sentido e Significado*’, ‘*Atividades Executadas*’, ‘*Riscos Psicossociais do Trabalho*’, ‘*Condições e Organização do Trabalho*’, ‘*Relações com Pares e/ou outros Colegas*’, ‘*Modos de Gestão*’, ‘*Sintomas Psicossomáticos mais Frequentes*’ e ‘*Transtornos Mentais/Comportamentais Prevalentes*’.

◆ TRABALHO É ... SENTIDO E SIGNIFICADOS

(...) a realização da capacidade criativa (Carlos F.)

Acho que é o que move a pessoa. (Miguel C.)

Meu trabalho é lindo porque eu lido com vidas e (...) tenho responsabilidade com a vida das pessoas. (Fernanda B)

As falas transcritas traduzem o vínculo afetivo com o trabalho. Reforçam sentidos de realização, motivação (motivo à ação). Entre todas as transcrições, a de *Fernanda B* parece carregar um sentido divino de cuidado.

É certo que a ideia de trabalho é um modo de construção singular e que se modifica ao longo da história de vida do indivíduo, embasados em seus aspectos socioculturais e econômicos, além de fatores de personalidade do trabalhador, suas crenças e valores, da própria realidade onde e como seu trabalho se idealiza e se realiza (Caldas, 2007; Borges e Yamamoto, 2004).

(...) significa a sobrevivência (...) ganhar dinheiro (Lucas N)

Não é lazer, é um meio de vida (Antônio K)

Trabalho é trocar nossa saúde por dinheiro (Carlos A)

Nessas falas, o trabalho tem o sentido de fardo, de castigo, restrito ao retorno pecuniário, como descreve *Lucas N.* e *Antônio K.* Foram 108 falas que descrevem o significado do trabalho, mas nenhuma é tão marcante quanto expressa por *Carlos A.*

Essas respostas por certo reforçam onexo causal entre o esforço laboral (*lato sensu*) e o adoecimento do trabalhador, apontado por Ramazzini (1700). Em suas palavras, ao orientar seus colegas de profissão, defende: “quando estiver na cabeceira da cama de seu paciente, não esqueça de perguntar-lhe onde trabalha, para saber se na fonte de seu sustento não se encontra a causa da sua enfermidade” (Ramazzini, 1700, p. 36).

A correlação subjetividade e trabalho refere-se à percepção singular de variáveis que impactam, de modo distinto, cada sujeito. Embora sem perder de vista seu aspecto multifatorial, pode-se resumir o sentido e os significados do trabalho em duas palavras: *realização* e *sustento*. Portanto, independente das diferenças regionalizadas ou das subculturas da *Energix*, essa dualidade parece

comum entre os participantes deste estudo: aspectos prazerosos, de satisfação e de comprometimento de um lado; e de sofrimento, de castigo (*tripalium*), de adoecimento e de sobrecarga, do outro.

Gosto da Energix, respeito a Energix (Lucas P.)

Sou parte da Energix (Pedro B.)

(...) trabalhei 15 anos na iniciativa privada. Tinha meta e era reconhecido (...) Sou movido por reconhecimento. Na Energix (...) por não fazer parte de um determinado ciclo social e político, não tenho reconhecimento. (Carlos H)

A fala de *Carlos H.* clarifica a dualidade entre vivências de prazer e sofrimento no trabalho, conforme trata Dejours (2003/2004), associando o sentido do trabalho aos vínculos empregatícios. Seu discurso demonstra sintomas que podem configurar um transtorno de adaptação, que, segundo O DSM-5 (2014, p. 287), trata-se do estado de

sofrimento e perturbação emocional subjetivos que entram (...), o funcionamento e o desempenho sociais (...) período de adaptação a uma mudança existencial (...) ou acontecimento estressante (...) predisposição e vulnerabilidade individuais desempenham papel importante na ocorrência e na sintomatologia [do] transtorno; admite-se que (...) não teria ocorrido na ausência do fator de *stress* considerado.

Neste caso, pode-se considerar que as dificuldades enfrentadas no contexto de trabalho por *Carlos H* configuram nexos causais no transtorno de adaptação. Seu discurso corrobora a pesquisa sobre depressão entre trabalhadores de manutenção em linhas de alta tensão realizada em uma empresa do setor elétrico energético (Souza *et al*, 2012), além dos estudos de Braga, Carvalho e Binder (2010), Maia *et al* (2011), Assunção e Silva, (2012) e Rodrigues *et al* (2013).

As falas dos respondentes traduzem o vínculo afetivo estabelecido com o labor, constituído nos anos de serviço prestado à *Energix*. E a análise dessa categórica temática contribui para compreender esse sentido e seus impactos nas condições de saúde mental.

A subjetividade do trabalhador repercute na atividade e no desempenho laboral, tanto quanto o trabalho impacta nessa subjetivação. Na singularidade é possível explicar que, num mesmo contexto e sob as mesmas condições, uns sofrem e outros sobrevivem; uns transgridem, outros são subservientes; uns permanecem imobilizados, outros escapam, vão embora; uns adoecem, outros não.

Nos discursos cujos sentido e significados do trabalho são da ordem puramente pecuniária há um reforço do sofrimento e do comprometimento da saúde, na percepção dos respondentes, ratificando o quanto é importante ressignificar esse vínculo laboral de modo positivo. Ao favorecer a fala, pode-se identificar fatores que tornam uns menos vulneráveis ao comprometimento psíquico que outros. Segundo Bastos e Janissek (2014 *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014), o significado do trabalho refere-se aos níveis possíveis de valoração ou de centralidade que o trabalho assume para cada trabalhador. Está relacionado aos aspectos de subjetividade, de projeto de vida, de expectativa, dentre outros fatores.

Outra categoria analisada refere-se à variedade, à complexidade e à diversidade de tarefas profissionais. A análise contempla fatores que evidenciam percepções negativas acerca das tarefas e possíveis riscos psicossociais.

◆ RISCOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

(...) falta de reconhecimento profissional, desvio de função porque estou há 30 anos na Energix e continuo no nível inicial, como se tivesse entrado hoje. Enquanto vejo Fulano ou Beltrano, porque é filho de antigos empregados, tem ascensões relâmpagos. (Catarina C.)

Não gosto do trabalho que faço. A falta de perspectiva de mudar, de fazer algo que me identifique, a falta de esperança; tudo contribuiu para adoecer. (Antônio G.)

(...) dependendo das amizades, você se torna gerente, mesmo sem competência. Pior é eu fazer concurso para nível superior que exige maior complexidade e o colega concursado para nível médio se torna seu chefe. Isso é desvio de função e precisa ser denunciado no Ministério Público (Catarina L.)

Os relatos evidenciam a falta de reconhecimento, de perspectiva de crescimento e de carreira; a dificuldade de se identificar com a tarefa e de ser criativo; e políticas injustas e pouca ética nos critérios de encarecimento e de promoção adotados pela área de RH.

No caso da *Energix*, as falas denunciam um grupo de gestores sem a devida competência técnica, conforme explicitado no certame seletivo do edital, contemplado por uma rede social de poder, inclusive político partidário. Esse círculo decisório privilegia estritamente seus pertencentes em detrimento de critério de meritocracia.

Apesar de minoria, alguns atribuem às atividades realizadas o nexo causal do sofrimento ou mesmo do adoecimento. Cerca de 70% dos 108 entrevistados relata aspectos da cultura organizacional, da organização do trabalho e das relações socioprofissionais como fatores de vulnerabilidade, além de sentimentos como injustiça, indignação e desesperança como riscos psicossociais e de agravos à saúde mental.

Esses são alguns aspectos do contexto laboral que podem desencadear riscos psicossociais e configurar causa ou concausa de doenças mentais. Segundo Briceño (2009), é relevante realizar o diagnóstico organizacional e investigar as situações que colocam em risco a saúde de trabalhadores. Ressalta, inclusive, o caráter multidimensional de vulnerabilidade, elucidado na fala dos participantes desta pesquisa. Da mesma forma, a autora sugere uma análise aprofundada sob o viés de múltiplas perspectivas, considerando fenômenos e efeitos diversos. Na direção dos estudos da autora, as entrevistas deste estudo investigaram dimensões relativas às condições e à organização do trabalho, às relações socioprofissionais e modos de gestão, aos cenários econômico e político que afetam o setor elétrico energético; além de aspectos como: personalidade, vínculos com o trabalho, repercussões na dinâmica familiar, dentre outros.

Embora este e outros estudos demonstrem o nexo causal do trabalho aos agravos à saúde, Briceño (2009) refere às Normas Técnicas da Venezuela que desde 2008 reconhecem os riscos psicossociais como enfermidades laborais o *stress*, a fadiga, a Síndrome de *Burnout* e o assédio moral do trabalho.

As falas coletadas nesta pesquisa reforçam os elementos laborais como fatores de causalidade dos transtornos mentais e comportamentais que acometem os trabalhadores de diversas categorias profissionais Mesmo com o NTEP, as NR (MTE) e os embasamentos legais, há muito que se avançar sobre os fenômenos entre *Saúde Mental e Trabalho*, no Brasil.

Dejours (0998/1999/2003/2004), Caldas (2007), Dejours, Aboucheli e Jayet (2010), Zanelli *et al* (2010), Zanelli e Tolfo (2013 *in* Borges e Mourão, 2013) e Silva, Zanelli e Tolfo (2014 *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014) apontam como fator de maior risco psicossocial os problemas relativos ao modo de gestão. Ressaltam que o maior desafio é a equipe legitimar a liderança. Ocorre, dentre outras razões, pela falta de transparência, de critérios equânimes e justos na gestão das pessoas. As diversas formas de violência configuradas nas relações de poder e a ausência de vínculo afetivo dos trabalhadores com a organização são outras causas indelévels de danos psicológicos.

Caldas (2007) diferencia abuso de poder e ‘poder do abuso’, demonstrando que o segundo configura um conjunto de atos perversos do gestor cuja personalidade apresenta transtorno antissocial, com foco exclusivo em seus interesses pessoais, capaz de destruir a saúde física e psicossocial de um trabalhador, alvo de sua violência, sem qualquer demonstração de arrependimento.

Segundo a autora, refere ao fascínio que exerce o poder instituído, a capacidade de dominação sobre o subordinado e a oportunidade de agir por meio de condutas as mais sórdidas, legitimadas e muitas vezes estimuladas pelas organizações. Nesses casos, mais raros, os fatos que configuram o *poder do abuso*, quando comprovados, não há que se questionar o seu nexo causal do sofrimento, do adoecimento psíquico e até do suicídio *do e no* trabalho.

*A gerente tinha aval para fazer o quisesse do superior. (Fernanda L.)
A gestão é de mandos e desmandos. (...) Fui ameaçado de suspensão, era perseguido
(...) colegas eram tão vítimas quanto eu (...) Todos queriam sair do setor. Não fui a
única pessoa a adoecer (...) (Lucas L.)*

Os achados relatados, a exemplo de *Fernanda L.* e *Lucas L.*, reforçam a pesquisa de Caldas (2007). Quanto maior o medo da vítima e sua submissão ao jugo do algoz, mais atos com requintes de crueldade, gerando uma relação dependência psíquica, de medo, de indignação, de tortura e de adoecimento.

♦ **ATIVIDADES EXECUTADAS**

A tarefa realizada como causa de adoecimento não é uma queixa significativa nas entrevistas, nem tampouco no ITRA. São escassos os relatos com indícios de causalidade entre o exercício das atividades e os sintomas psíquicos.

O grau de responsabilidade... Não consegui dar conta... Por isso fiquei ansioso e depois deprimido (Gabriel B.)

O excesso de trabalho contribuiu para o adoecimento (Antônio C.)

Estou há 11 anos executando a mesma atividade e isso tem gerado cansaço excessivo (...) não tenho conseguido entregar os resultados no prazo (Antônio J.)

Trabalho em altura me adoecia (Pedro E.).

São expressões que descrevem a rotina, a repetitividade de tarefas sem sentido e a ausência de espaço para a criatividade; são fatores significativos para que insurjam o sofrimento e os sintomas psíquicos. Corroboram os estudos de Malasch, Shaufeli e Luter (2001 in Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014) sobre os fatores de vulnerabilidade ao *stress* e à Síndrome de *Burnout* intrínsecos ao trabalho, além de: riscos ou perigos, jornada excessiva, tarefa complexa ou superposição de atividades e papéis ambíguos ou conflituosos, dentre outros.

Minayo, Assis e Oliveira (2011), Pinto, Figueiredo e Souza (2013), Rodrigues et al (2013), Fonseca e Araújo (2014) e Mascarenhas e Barbosa-Branco (2014) pesquisaram a precarização das condições de trabalho de profissionais de saúde, motoristas, policiais e docentes. Nessas pesquisas, as ocupações investigadas sinalizam nexos de causalidade com o adoecimento psíquico, reforçando o resultado obtido nos relatos categorizados.

Quando tiver PIDV (incentivo à demissão voluntária) eu vou sair.” (Daniela H.)

Minha meta é ir para a Petrobrás (Fernanda L.)

O discurso desses participantes revela que romper o contrato de trabalho com a *Energix* é uma alternativa considerada e até perseguida. Esses conteúdos ratificam a importância de se apropriar dos aspectos relativos à atividade executada e os vínculos laborais subjetivos. Certamente, são aspectos singulares que contribuem tanto para a satisfação e a realização profissional quanto para o sofrimento e sintomas de adoecimento.

Há falas que denunciam riscos psicossociais que, perdurando no tempo, comprometem a relação trabalhador-trabalho e o coletivo de trabalhadores. Esses riscos são demonstrados nos relatos apresentados adiante.

♦ **MODOS DE GESTÃO**

Falta de ter diálogo com o superior, nunca tem tempo, está sempre em reunião. (Catarina C.)

Não estão preparados para o cargo (Carlos G.)

Fui assediada sexualmente (...) Na queixa para o gerente, ele riu. Simples assim! (Fernanda G.)

(...) sem compromisso. As pessoas fazem o que querem. Se não quiser trabalhar, não trabalha. Não temos uma gestão efetiva (Sérgio E.)

Essas falas revelam um modo de gestão igualmente danoso ao modelo autocrático. Trata-se da conduta de liderança *laissez-faire*, ou seja, a gestão permissiva e sem controle (*deixa andar*: tradução do termo em Francês). Os relatos reproduzem os achados na literatura sobre os danos causados por uma gestão permissiva. A liberalidade excessiva e a falta de direcionamento da equipe também provocam riscos psicossociais e adoecimento psíquico, principalmente daqueles que demandam uma supervisão contínua.

Trata-se de uma gestão leviana, que não se envolve, não resolve, não se compromete e nem exercer seu papel. Entre o gestor e o subordinado não há diálogo e, assim como acontece na gestão autocrática, não valoriza ou reconhece as contribuições dos liderados, prevalecem falhas éticas e a falta de transparência na tomada de decisões.

Tanto no modo de gestão autocrático quanto *laissez-faire* são modelos danosos do poder instituído, podendo gerar riscos psicossociais e comprometer o clima organizacional, conforme os estudos de Heloani (1996); Chiavenato (2014) Borges e Mourão (2013); e Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (2004).

Pressão no trabalho, stress emocional, doença na família e o pior de todos foi a pressão e a perseguição do gerente (Poliana A.)

Já sofri muito com uma chefe grosseira, (...) me chamava de burra. Ela era muito estressada. Fazia a equipe chorar (Daniela F.)

Tudo foi a Energix. Foi a única causa de ter adoecido, da minha depressão, ao ponto de ter que tomar remédio e me ausentar. Eu exercia uma função gerencial, mas minhas decisões não eram respeitadas pelo superior. Isso foi me adoecendo. Procurei ajuda da psicóloga na Energix e ela me encaminhou para um psiquiatra. Precisei tomar remédio. Esse cargo não estava me fazendo bem e pedi para sair. Era isso que ele [gerente] queria. Conseguiu” (Camila G.)

(...) a gente não tinha valor (...) denigria nosso trabalho (...) eu e meus colegas sofremos com esse gerente (...) Ele perdeu o cargo (...) não pelo mal que causou (...) perdeu quando mudou a política (...)” (Daniela Q.)

(...) como eu me ausentava muito, ele chegou a ligar para o meu médico para saber se eu realmente estava em consulta e se estava doente” (Fernanda A.)

Ele é um verdadeiro ditador (...) (Sérgio B.)

A forma como fui destituída do cargo, acusada de não cumprir minhas atividades, de não ser responsável. Fiz uma acusação formal e fui perseguida (Camila L.)

(...) vingativo (...)foi bem ruim, foi o pior chefe que já tive. Não tinha condições de reagir (Camila A.)

(...) a conduta do gerente (...) ligar para minha casa para saber se eu estava em casa. Eu sabia que era ele porque foi do celular, ele ficou calado e eu falando. Perguntei e ele disse que não foi ele e que nem teve tempo de sentir minha falta. (Camila C.)

Prepotente, tirano (...) apadrinhado, sem conhecimento e atrapalhava o andamento do trabalho (...) A gente já estava trocando receita de antidepressivo e ansiolítico

*aqui. ‘Esse é melhor’. ‘Vai no meu psiquiatra, no meu psicólogo’. Isso existe?
(Pedro D.)*

Esses relatos reforçam o modo de gestão como fator preponderante de risco psicossocial. As falas de Daniela Q. de Pedro D demonstram outra forma de violência no trabalho denominada de Gestão por Injúria e que comumente é confundida com assédio moral. Para Barreto (2003, p. 28), é “um comportamento despótico de certos administradores desesperados, que submetem os empregados a uma pressão terrível ou os tratam com violência, injuriando-os e insultando-os com total falta de respeito”.

*Não tinha nada pra fazer (Sérgio D e Carlos G.)
Estava encostado (Antônio M.)*

A pior das violências e que configura uma conduta clássica de assédio moral é a ociosidade imposta. Como denunciam Sergio D., Carlos G. e Antônio M., eram mantidos em sua jornada de trabalho sem qualquer atividade. Simplesmente não há o enfretamento dos conflitos. A clara intenção é manter o trabalhador *coisificado*, ou seja, um objeto que já não é útil e pode ser facilmente *descartado*. Segundo Barreto (2003), a ociosidade compulsória nada mais significa que manter o trabalhador detido em sua jornada, porém sem atividade.

Segundo Bendassolli e Soboll (2011), as abordagens da Clínica do Trabalho convergem sobre o nexos causal das relações abusivas, dos atos de tirania e de perversão de uma gestão danosa e insalubre, repercutindo como principal fator de agravos à saúde mental dos trabalhadores. Trata-se de gestores despreparados e desqualificados ao cargo e, por não serem legitimados pelos subordinados, intensificam as ações de violência.

*A gerência tem mais foco em resultado que na saúde do empregado (Fernanda F.)
(...) era o bicho-papão (...) a atual chefe é diferente, é boa (Daniela M.)
Sofri discriminação. Adoeci (Lucas A.)
(...) Disse que eu estava errado (...) fui obrigado a ceder a assinar coisa errada, pois não era o nome dele que estava em risco. (...) Sofri assédio moral do gerente. Ele só parou quando o denunciei (...) (Sérgio H.)
Vivi agressão, inclusive com ameaça de morte. Tinha que trabalhar com ele armado (...) me colocava medo (Poliana I.)
(...) ter a autoria e a execução de um projeto idealizado por mim, repassado a outra pessoa e receber baixa pontuação para promoção, depois de ter participado da organização só porque estava de licença-maternidade (Camila A.)
(...) me trouxe medo, desmotivação, desestruturação, doenças, descrenças e falta de criatividade (Camila D.)
A mim não afeta (...) angustiante é assistir o sofrimento das pessoas (...) tem colegas faltando e adoecendo pelo que o gerente faz com elas (Carlos G.)*

Obviamente, há abusos praticados por prepostos que podem tornar as empresas vulneráveis à condenação de vultuosas indenizações, além do prejuízo à imagem social. As narrativas transcritas

parecem mais próximas do trabalho em fábricas ou sob o jugo de algozes capatazes, no Período Colonial. E são falas que denunciam uma prática de gestão abusiva e danosa em pleno século XXI.

A premissa de uma liderança competente é o equilíbrio entre a gestão de processos e a gestão de pessoas. É certo que não é possível definir uma regra ou uniformizar comportamentos de gestores. No entanto, os relatos descrevem situações explícitas de violência e seus danos, tanto em que vivência o sofrimento quanto quem assiste, conforme expressa Carlos G. Segundo ele, não é afetado pelas práticas gerenciais, mas sofre angustiado diante da dor do outro. Talvez não perceba que o outro é o espelho em quem projeta os abusos que não aceita submeter-se. Para lidar com essa angústia, utiliza mecanismo defensivo inconsciente para lidar com a possibilidade de ser a próxima vítima e admitir subjugar-se diante dessa figura de autoridade instituída.

Além de retratar uma estratégia de defesa, Carlos G. descreve o fenômeno do assédio moral projetivo ou passivo. Trata-se, segundo Caldas (2007/2008), do dano moral atentado à testemunha de situações que configuram o fenômeno do assédio moral no trabalho. Imobilizada diante da dor do outro, seja por medo de denunciar, seja pela culpa pelo não enfrentamento em defesa da vítima, ou mesmo por reproduzir a violência impingida, acaba por desencadear sintomas de sofrimento psíquico. É mais um ator social, nessa relação assimétrica e violenta, sem referência de trabalho digno. É o ‘*trabalhador passivo*’ – imobilizado em relação ao ato que configura em si o dano moral – diante da imagem do outro, projeta o que desvela sua própria dor e adoecimento mental.

Muitos temem por seu emprego ou que sua denúncia acabe recaindo sobre si. Sofrem pela percepção de conivência com o algoz. Por outro lado, outros reproduzem a violência, conscientes e até estimulados pelo dano que causam a outrem. São inúmeros os relatos que, sistemáticos, repetitivos, podendo configurar uma gestão por injúria ou mesmo uma situação de assédio moral passivo ou projetivo, tipifica Caldas (2007).

Portanto, independente dos conflitos instalados, as relações socioprofissionais são também causas de sofrimento psíquico, gerando agravos a trabalhadores adoecidos ou vulneráveis, conforme se discute adiante.

◆ **RELAÇÕES COM PARES E/OU OUTROS COLEGAS**

Aqui é um verdadeiro ‘Butantã’ (Sérgio D.)

(...) me sentia invisível no setor de trabalho (...) (Fernanda A.)

Sinto dificuldade de relacionamento com os colegas mais novos (...) me tratam de maneira esnobe (Antônio A)

Fui isolado (...) por estar doente. (Lucas G.)

(...) tive meu problema de saúde psíquica exposto ao grupo pelo gerente e sofri estigmas (Antônio M.)

Falta de solidariedade dos colegas com minha condição de saúde (Camila A.)

(...) só valorizam os novatos (...) a gente se torna um papel descartado (Carlos C.)

Os conflitos entre trabalhadores em diversos níveis hierárquicos também retratam fatores de riscos psicossociais. As falas retratam diversos fenômenos prejudiciais relativos às relações socioprofissionais, tais como: conflitos geracionais, dificuldade em lidar com figuras de alteridade, competitividade desmedida e atos discriminatórios contra colegas que apresentam problemas de saúde mental.

Esses relatos corroboram a demanda por ações socioeducativas que reforcem relações socioprofissionais saudáveis. Segundo Dejours, Aboucheli e Jayet (2010), essas relações, seja com os pares, gestores e subordinados, configuram fontes de adoecimento. E para Siqueira e Martins (2011 in Borges e Mourão, 2013) é importante o ajuste psicológico laboral, sob pena de emergir sintomas e queixas psicossociais que comprometem a saúde e a produtividade do trabalhador.

As falas sobre discriminação quando a condição de doença mental é exposta no ambiente de trabalho, conforme relata *Lucas G., Antônio M. e Camila A.* podem justificar o receio e até a desistência de alguns empregados da *Energix* em participar desta pesquisa, possivelmente temendo por sua integridade psíquica e os desmandos que poderiam sofrer, caso sua condição de “doente mental” fosse descoberta pela chefia imediata e os colegas.

Essas falas denunciam situações graves nas relações sociais no trabalho, independente de níveis hierárquicos. Indiscutivelmente, é o principal fator denexo causal de adoecimento no trabalho. Contudo, há que se considerar outros fatores de danos relacionados às condições e a organização de trabalho.

CONDIÇÕES E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Tive a pior nota na avaliação de desempenho (...) Tão abalada que fiquei com vontade de desistir (Daniela M.)

Hoje nem treinamento a gente tem (Daniela H.)

(...) falta de política de transferência (...) depende de um padrinho e infelizmente eu não tenho (...) (Lucas R.)

Precisava de transferência (...) tinha a vaga e o gerente não me liberava. (...) Na Energix, o processo de transferência é muito traumático (Miguel F.)

Ver alguém que não se dedica ao trabalho ser promovido e eu não (Antônio L.)

Estava para assumir o cargo de gerente (...) Estava feliz e orgulhoso. Mas mudou a gestão e mudou tudo. Colocaram um colega que não tinha nem um ano na empresa. Eu adoeci, fiquei revoltado e deprimido. Eu estou me preparando para sair da Energix. (Antonio G.)

Distribuição injusta de tarefas, falta de oportunidade porque não conheço político nem sou amigo dos chefes (...) Só me mantenho na Energix em relação aos benefícios (Kizzy B.)

(...) não se divide as tarefas de forma justa (Daniela E.)

(...) trabalho de turno é a causa de eu ter ficado doente (Sérgio I.)

Os participantes se queixam das políticas de Gestão de Pessoas, principalmente quando os processos dependem de critérios subjetivos, pela falta de transparência na tomada de decisões e na autonomia dos gerentes, gerando desde desconforto a um forte sentimento de injustiça. Esses também são fontes de riscos psicossociais, tornando os trabalhadores vulneráveis ao sofrimento e até ao adoecimento mental.

Entre os processos mais críticos, segundo relatam os entrevistados, destacam-se: avaliação de desempenho, educação corporativa, carreira, escalas de viagens, jornadas em turno de revezamento e/ou noturno e a promoção através de incentivo pecuniário.

Política de oportunidade de crescimento profissional tendenciosa, elitista e desagregadora (Fernanda K)

Ambiente de trabalho hostil (Antônio M.)

A gente nem parece que é da Energix (...) (Lucas E.)

Não tem reuniões de avaliação das minhas atividades, só sei que não fui bem quando sai o SGD [avaliação de desempenho] (...) nem posso me reunir com a alta gestão (Sérgio B.)

Você não exerce sua atividade para o qual foi contratado (Lucas F.)

Não ter nenhuma oportunidade de crescimento (...) (Poliana E.)

Outras questões relatadas e que reforçam a cultura de empresas públicas são: comunicação empresarial deficiente, falta de planejamento, metas sem critérios claros, tarefas não negociadas e resultado não compartilhado ou não reconhecido e desvio de função. Somam-se ainda a percepção de ingerência política partidária e a redes de poder, a falta de critérios de competência nas oportunidades de crescimento.

A gestão estabelece critérios discricionários, inquestionáveis e sem objetividade. A distribuição de tarefas e, principalmente, de carreira/promoção são muitas vezes baseadas em troca de favores, vínculos de amizade ou da ordem político-partidária. Essa autonomia irrestrita gerencial provoca na equipe sentimentos ambíguos. As dificuldades em estabelecer políticas meritórias, transparentes e legitimadas de organização do trabalho demonstram-se como mais um fator de risco psicossocial.

Entre os 108 participantes não há queixas que configurem riscos psicossociais advindos das condições de trabalho. No entanto, por tratar-se de uma análise discursiva, o objetivo é descrever os fenômenos da ambiência organizacional na ótica desse público.

Os dados obtidos nesta pesquisa não se confirmam em outros estudos. Segundo Dejours, Aboucheli e Jayet (2010), a condição do trabalho, relacionada aos aspectos físicos, ambientais e de infraestrutura, dentre outros; assim como a forma como o trabalho é organizado em termos de regras (formais ou de ofício), tempos (pausa, jornada, horários) e divisão social do trabalho contribuem para vivências de sofrimento no trabalho e ao adoecimento psíquico, principalmente quando os

mecanismos defensivos falham e os trabalhadores já não conseguem dar conta da precarização do contexto laboral.

Zanelli considera ainda os modelos de contrato de trabalho e o clima organizacional como fatores de risco psicossocial. Esta pesquisa não levou em consideração os trabalhadores terceirizados, embora reconheça que eles são tão ou mais vulneráveis ao sofrimento e adoecimento psíquico quanto os empregados da *Energix*.

Os achados também divergem dos fatores de precarização das condições e da organização de trabalho encontrados nos estudos de Zanelli et al (2010), Zanelli e Tolfo (2013 in Borges e Mourão, 2013) e Silva, Zanelli e Tolfo (2014 in Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014).

Os fatos narrados nas entrevistas demonstram que o sentido do trabalho, as atividades, as condições e a organização de trabalho podem provocar riscos psicossociais. No entanto, o nexo de causalidade entre a saúde mental e o trabalho é mais contundente quando se faz um diagnóstico das relações socioprofissionais e na prática de gestão. Por certo, o trabalhador descreve seu sofrimento por meio dos sintomas que o torna vulnerável ao adoecimento psíquico, como é descrito adiante.

◆ **SINTOMAS PSICOSSOMÁTICOS PREVALENTES**

(...) a banalização das minhas atividades me causou stress (Daniela J.)

(...) fui adoecendo e perdendo o ânimo (...) é um ciclo doente, vicioso e doente. (Poliana E.)

(...) O trabalho na Energix me trouxe medo, desmotivação, desestruturação, doenças, descrenças (...) (Camila D.)

(...) choro compulsivo e descontrole emocional. Fui ameaçada, intimidada (...) o gerente me humilhava (Fernanda L.)

Outro dado questionado e que atende aos objetivos deste estudo referiu aos sintomas físicos e psicossociais, destacando-se como psicossomáticos e mais frequentes os seguintes: transtorno alimentar e do sono, distúrbios digestivos, hipertensão arterial, dependência química e outras compulsões, taquicardia, dermatites, problemas cardiovasculares, dentre outros. Segundo DSM-V (2014), esses sintomas registram os distúrbios que o corpo evidencia do adoecimento psicológico.

O exercício pleno da atividade laboral depende, além de fatores de personalidade, do bem-estar dos trabalhadores. Ryff e Reyes (1995, in Borges e Moraes, 2013) descrevem essa qualidade de vida nas seguintes dimensões: subjetiva, lógica, psicológica, social e do trabalho. Além desses autores, a OMS e o DSM-V preveem que o comprometimento do bem-estar pode contribuir para elevar o absenteísmo-doença.

A Tabela 05 descreve os sintomas psicossomáticos, conforme classificação do Grupo F (CID-10), distinguindo os psicológicos dos físicos. Os dados coletados baseiam-se na percepção dos

entrevistados sobre os sintomas que os acometem. Não se trata de um diagnóstico, mas da identificação desses sinais em dois momentos: (1) durante o período de absenteísmo e/ou na época da entrevista; e (2) sintomas crônicos e compatíveis com fatores de estrutura da personalidade. Os dados contidos na Tabela 05 foram definidos e apresentados aos entrevistados numa lista previamente construída.

Os sintomas psicológicos prevalentes entre 2010 e 2013 foram: ansiedade (48,1%), emotividade (27,8%), angústia (23,1%) e redução da libido (20,4%). Questionados sobre incidências desses sintomas durante sua vida, os participantes sinalizaram: ansiedade (41,7%), emotividade (31,5%) e angústia (20,4%). E os sintomas psíquicos, aqueles com os menores percentuais de queixa foram: ideação suicida (2,8%), vontade de desistir – lato sensu (7,4%), empatado à agressividade (7,4%) e choro (8,3%).

Embora estatisticamente sejam dados pouco significativos, tratam-se de queixas graves e que não podem ser negligenciadas. Nesses casos, o conjunto de sintomas prevalentes sugere o diagnóstico de depressão. Os achados corroboram os dados da DSM-V (2014) e, portanto urge ações socioeducativas de caráter preventivo, inclusive, em relação ao suicídio no trabalho.

Em casos mais graves, é necessário envolver os familiares, fazer o acompanhamento multidisciplinar e investigar fatores que extrapolam o trabalho, aprofundando em outras esferas da vida do trabalhador. É preciso atuar em cada caso individualmente, investigando fatores extra laborais, como a condição financeira, as relações afetivas, conjugais e fraternais, perdas significativas, dentre outros. É importante ainda encaminhar o trabalhador para tratamento psiquiátrico e psicológico assistenciais, negociações com gestores para melhor enfrentamento aos problemas psicológicos e de adaptação laboral, de modo a minimizar seus efeitos e o impacto no absenteísmo-doença, na produtividade e na readaptação do trabalhador adoecido.

Ao avaliar os sintomas prevalentes durante a entrevista, observa-se que os mesmos se prolongam no tempo, inclusive permanecendo o mesmo ranking do período investigado – ansiedade (41,7%), emotividade (31,5%) e angústia (20,4%). Com exceção dos sintomas de irritabilidade e de tristeza, ambos correspondendo a 17,6%. Os de menor impacto nesse período foram: ideação suicida (2,8%), vontade de desistir (inclusive da vida) (4,6%), falta de ânimo para trabalhar (5,6%) e de coragem (6,5%).

Entre os sintomas físicos mais frequentes no período definido, conforme a Tabela 05, foram: insônia (25,9%), dores no estômago (18,5%), hipertensão e boca seca (15,7%), além da intensificação

“ESTE É O FRUTO (INSALUBRE) DO MEU TRABALHO!”

de sintomas de personalidade, tais como: dores no estômago (14,8%) e bruxismo ou ranger dos dentes (10,2%).

Percepção de Sintomas Psicossomáticos				
Sintomas Psicossomáticos	Período do Absenteísmo		Crônicos ou Preexistentes	
	N	%	N	%
Psicológicos				
Agressividade	8	7,4	9	8,3
Angústia	25	23,1	22	20,4
Ansiedade	52	48,1	45	41,7
Cansaço excessivo	17	15,7	8	7,4
Choro	9	8,3	10	9,3
Dificuldade de concentração	13	12	11	10,2
Diminuição da libido	22	20,4	6	5,6
Emotividade excessiva	30	27,8	34	31,5
Falta de ânimo para ir trabalhar	15	13,9	6	5,6
Falta de coragem	17	15,7	7	6,5
Insegurança	12	11,1	10	9,3
Irritação	19	17,6	19	17,6
Medo	11	10,2	8	7,4
Melancolia	19	17,6	12	11,1
Pensamento recorrente	15	13,9	9	8,3
Pensamento suicida	3	2,8	3	2,8
Raiva	12	11,1	16	14,8
Tendência ao isolamento social	13	12	9	8,3
Tristeza	19	17,6	19	17,6
Ideação suicida	8	7,4	5	4,6
Físicos				
Abstinência alimentar	5	4,6	6	5,6
Boca seca	17	15,7	4	3,7
Bruxismo (Ranger os dentes)	14	13	11	10,2
Compulsão alimentar	8	7,4	6	5,6
Compulsões (outras)	12	11,1	1	0,9
Dermatites	8	7,4	4	3,7
Diarreia	3	2,8	3	2,8
Dores no estômago	20	18,5	16	14,8
Hipertensão	17	15,7	9	8,3
Gastrite	3	2,8	1	0,9
Insônia	28	25,9	7	6,5
Mãos e pés frios	10	9,3	9	8,3
Mãos e pés quentes	1	0,9	1	0,9
Náusea	5	4,6	1	0,9
Problema cardíaco vascular	5	4,6	2	1,9
Respiração alterada	13	12	7	6,5
Sonolência excessiva (e diurna)	11	10,2	5	4,6
Sudorese	11	10,2	9	8,3
Taquicardia	9	8,3	4	3,7
Tontura	9	8,3	5	4,6
Úlcera	3	2,8	1	0,9
Vômito	1	0,9	1	0,9

Tabela 05: Relação dos sintomas físicos e psicológicos

Os dados descritos na Tabela 05 reforçam o conceito mais amplo de saúde mental da OMS (2001) que inclui o próprio indivíduo, ou seja, sua percepção sobre os sintomas que identifica em si mesmo, suas relações dialéticas com o meio, inclusive laboral, apontando causas que contribuem para

seu adoecimento e que impactam em seu bem-estar objetivo e subjetivo, conforme Ryff e Keyes (1995 *in* Borges e Mourão, 2013).

A capacidade dos entrevistados de perceberem o conjunto de sintomas que dificultam o equilíbrio emocional e as habilidades sociais já sinalizam um avanço em direção ao tratamento psicológico e psiquiátrico, e principalmente a recuperação da saúde mental. No entanto, essa percepção não é suficiente ao enfrentamento dos TMC. É preciso ressignificar esse sofrimento e encontrar saídas que permitam restabelecer os vínculos simbólicos e afetivos laborais que podem ser o divisor entre a saúde e a doença mental.

Por outro lado, a permanência do conjunto de sintomas por tantos anos, conforme descreveram alguns entrevistados, reforça que o sofrimento instalado e as falhas dos mecanismos de defesa inconscientes tornaram a doença mental contínua e processual.

Ao comparar o conjunto de sintomas com recorte temporal, entre 2010 e 2013, e os prevalentes durante a entrevista, é possível perceber que alguns trabalhadores com TMC não se permitiram o tratamento, seja por quaisquer motivos, inclusive por não valorizar o próprio adoecimento ou na tentativa de mascará-lo.

Embora o objetivo não seja levantar hipóteses diagnósticas, alguns sintomas clássicos remetem, principalmente por sua frequência e intensidade, às doenças mentais descritas nos protocolos do DSM-V (2014).

◆ **TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS PREVALENTES**

Um fenômeno relevante observado entre alguns dos entrevistados é que o preconceito em relação aos TMC inicia em quem adoece, quando muitos, conscientes ou não, negam sua condição de saúde. Esse dado foi constatado em algumas Filiais mais que outras, revelando também aspectos da subcultura organizacional. Por outro lado, é praticamente unânime a queixa dos entrevistados do lugar de alteridade que os tornam vulneráveis ao preconceito e à discriminação. Alguns temem que o CID-10 que identifica a doença nos atestados médicos não fiquem restritos à Saúde Ocupacional, área responsável pelo recebimento, guarda e sigilo das informações.

Tabela 03 estão descritas as patologias do Grupo F (CID-10) prevalentes na pesquisa documental e, comparando aos dados da Tabela 05, pode-se afirmar que os respondentes conhecem suas enfermidades prevalentes.

(...) faço uso de tudo: maconha, cocaína, crack. Já usei cocaína diariamente, uns 20 anos. Cheguei a ter uma overdose. Usava também muita pedra de crack. Usava álcool para potencializar os efeitos das drogas. Melhorei depois dos tratamentos. Hoje eu só uso maconha (...) já entrei na Energix dependente de drogas pesadas. A

Energix tem me ajudado a sair delas. Tive muito apoio de uma psicóloga da Energix (Antonio A.)

Na Filial 01, foram entrevistados 22 dos 44 empregados com uma ou mais ocorrências de absenteísmo por TMC, 2013. Entre as enfermidades psíquicas relatadas, destaca-se: depressão, transtorno de ansiedade, *stress* e pânico. Apesar do resultado elevado de absenteísmo por F-10 e F-19, apenas dois entrevistados confirmaram o consumo problemático de álcool e de outras drogas.

O relato de Antônio A. denota a gravidade do diagnóstico F-19 (Transtornos Mentais e Comportamentais por Uso de Substâncias Psicoativas), tanto para o trabalhador quanto para a organização e seu contexto laboral.

Tive duas internações, fiquei sem usar (álcool) por 10 meses, tomava remédio e ficava bem, mas parei e tive recaída (Carlos D.)

Tenho ‘problema psíquico’ [não cita qual] (Carlos B.)

Ressalta-se que na Filial 02 todos os 10 entrevistados sinalizaram algum tipo de transtorno mental e os mais citados foram: depressão, transtorno de ansiedade, TMC por uso de álcool, pânico e *stress*.

No turno bebia demais (Lucas I.)

Entre os 17 participantes lotados na Filial 03, a prevalência foi a depressão, ansiedade, pânico e *stress*. O estudo documental analisado demonstrou 146 dias perdidos por dependência química e, apesar dos dados quantitativos, apenas um entrevistado relatou problemas com álcool.

Na Filial 04, os 07 entrevistados citaram: depressão, ansiedade, *stress* e sintomas de pânico. Os dados brutos da *Energix* apontam 97 dias perdidos e corroboram as patologias citadas. Além desses transtornos, há registro do uso problemático do álcool entre os homens, embora não tenha sido declarado entre os entrevistados.

Depressão foi a doença mais citada pelos participantes da Filial 05, além de doença psíquica inespecífica, *stress* e sintomas compatíveis com *stress* pós-traumático, sem relação com o trabalho. Apenas um dos entrevistados revelou problemas com álcool, segundo ele, sob controle.

Fiz tratamento e abandonei o vício, desde 2012 (Sérgio G.)

Na Filial 06, os principais relatos foram depressão e *stress*. Apenas Sérgio G evidenciou problemas com substâncias psicoativas, conforme relato acima.

Entre os TMC relatados em todas as Filiais, a depressão foi a doença psicológica prevalente. Trata-se de um transtorno de humor ou dos afetos, com ou sem ansiedade, reconhecido pelos sintomas: rebaixamento do humor e da energia, diminuída capacidade em sentir prazer, nível de concentração reduzida e fadiga. Outro adoecimento recorrente foi o *stress* relacionado a um evento estressor de difícil adaptação. Houve relatos também de transtorno de ansiedade, que se revela por manifestações que não dependem necessariamente de uma situação ou exposição desencadeante

(CID-10, 2003; DSM-5, 2014; e WHO, 2011). A pesquisa de Souza *et al* (2012) sobre depressão em trabalhadores que atuam em linhas elétricas de alta tensão corroboram os achados desta pesquisa.

A análise das entrevistas, considerando o recorte de gênero, confirmaram que as doenças psíquicas são recorrentes entre as mulheres, predominantemente a depressão (F-32) e o transtorno de ansiedade (F-41). Esses dados corroboraram a pesquisa documental na *Energix* e respalda os achados de outras pesquisas (Monteiro *et al*, 2013; Braga *et al*, 2010; Assunção e Silva, 2012; e Falavigna e Carlotto, 2013).

No grupo masculino, os TMC recorrentes são por uso de substâncias psicoativas (F-10 a 19) e *stress* (F-43). Já o transtorno de adaptação (F-43.2) não apresenta distinção de gênero, porém é recorrente entre os empregados com menos de cinco anos de serviço. Esse dado se confirma na pesquisa documental e denota a dificuldade dos trabalhadores em se adaptarem à cultura organizacional. Entre as queixas que sugerem essa hipótese diagnóstica, as principais decorrem de conflitos geracionais e do modo de gestão.

Tendo em vista a dificuldade em apontar onexo causal entre o contexto de trabalho e os agravos à saúde mental dos trabalhadores, desafio sinalizado em outras pesquisas, utilizou-se mais de um instrumento. O objetivo foi aumentar a fidedignidade das respostas aos objetivos propostos, utilizando a entrevista semiestruturada e o ITRA, construído por Mendes, Ferreira e Cruz (2007), cujos resultados são analisados adiante.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: ITRA

Os dados são apresentados descritivamente através de percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão e mediana para as variáveis numéricas. E ainda: total, frequências absolutas e percentuais e média aritmética. As variáveis sociodemográficas ou de caracterização referem-se à faixa etária, à gênero, à escolaridade e à tempo de serviço na *Energix*. Na comparação das categorias dessas variáveis da amostra em relação às escalas, utiliza-se o teste *t-Student* com variâncias iguais, *t-Student* com variâncias desiguais ou *Mann-Whitney* na comparação de duas categorias e o teste *F (ANOVA)* ou *Kruskal-Wallis* na comparação de três categorias. O teste *Qui-quadrado de Pearson* ou *Exato de Fisher* avalia a associação entre duas variáveis categóricas, quando da inadequação do teste *Qui-quadrado*. Existindo diferenças significativas através do teste *F*, os testes de comparações múltiplas de *Tukey* são utilizados no caso de variâncias iguais e o de *Tamhane*, desiguais. Para verificar as comparações utiliza-se o teste de *Kruskal-Wallis* (Conover, 2000, p. 231).

Ressalta-se que a escolha dos testes *t-Student* e *F (ANOVA)* ocorre nos casos em que são verificada a distribuição normal em cada categoria e os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, quando há rejeição da normalidade em uma das categorias. A verificação da hipótese de normalidade dos dados são realizada através de *Shapiro-Wilk* e do teste de igualdade de variâncias através do *F de Levene*.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos é de 5%. O programa utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos é o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 21 (SPSS-21). Após a demonstração das tabelas de dados estatísticos referentes às variáveis do ITRA são analisados os dados qualitativos coletados.

A Tabela 06 apresenta as estatísticas da *Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho* (EACT) onde observa-se que as médias variam de 2,15 (*Condições de Trabalho*) a 3,16 (*Organização do Trabalho*). A média total é 2,69 e a variabilidade expressa por meio de desvio padrão não se mostra elevada, mantendo-se inferior à metade das médias correspondentes de cada uma das variáveis analisadas.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO				
Variável	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Organização do trabalho	3,16 ± 0,71	3,18	1,36	4,64
Relações socioprofissionais	2,70 ± 0,91	2,6	1	4,8
Condições de trabalho	2,15 ± 0,91	2,05	1	5
Total	2,69 ± 0,65	2,71	1,42	4,61

Tabela 06: Dados estatísticos da EACT

A Tabela 07 apresenta os resultados da EACT segundo as variáveis de caracterização, onde é possível observar que a única diferença significativa ($p < 0,05$) ocorre entre os níveis de *Escolaridade*. Sobre a correlação dessa variável com as *Relações Socioprofissionais*, destaca-se que a média é mais elevada entre os que têm pós-graduação (3,08), variando de 2,48 a 3,57 nas outras duas categorias da *Escolaridade*. Mediante os testes de comparações múltiplas (entre pares de categorias), confirma-se uma diferença significativa entre os que têm pós-graduação e cada uma das outras duas categorias, conforme indicam as letras entre parêntesis.

“ESTE É O FRUTO (INSALUBRE) DO MEU TRABALHO!”

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO				
Variável	Organização do trabalho	Relações socioprofissionais	Condições de trabalho	TOTAL
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)
Faixa etária				
Até 49	3,17 ± 0,65 (3,18)	2,87 ± 0,87 (2,60)	2,10 ± 0,77 (2,00)	2,73 ± 0,56 (2,74)
50 ou mais	3,16 ± 0,76 (3,18)	2,55 ± 0,91 (2,50)	2,19 ± 1,02 (2,10)	2,65 ± 0,72 (2,71)
Valor de p	p⁽¹⁾ = 0,933	p⁽¹⁾ = 0,061	p⁽²⁾ = 0,998	p⁽³⁾ = 0,512
Gênero				
Masculino	3,17 ± 0,65 (3,18)	2,72 ± 0,89 (2,60)	2,28 ± 0,88 (2,30)	2,73 ± 0,62 (2,71)
Feminino	3,18 ± 0,75 (3,27)	2,72 ± 0,93 (2,50)	2,09 ± 0,94 (1,90)	2,68 ± 0,67 (2,77)
Valor de p	p⁽¹⁾ = 0,918	p⁽¹⁾ = 0,985	p⁽²⁾ = 0,218	p⁽¹⁾ = 0,681
Escolaridade				
Ensino Médio	3,26 ± 0,73 (3,27)	2,57 ± 0,77 (2,40) ^(A)	2,22 ± 1,00 (2,10)	2,70 ± 0,65 (2,68)
Superior completo	3,18 ± 0,72 (3,09)	2,48 ± 0,94 (2,40) ^(A)	1,93 ± 0,93 (1,70)	2,55 ± 0,72 (2,48)
Pós-graduação	3,09 ± 0,67 (3,09)	3,08 ± 0,92 (2,90) ^(B)	2,31 ± 0,79 (2,40)	2,84 ± 0,55 (2,94)
Valor de p	p⁽⁴⁾ = 0,610	p⁽⁴⁾ = 0,012*	p⁽⁵⁾ = 0,095	p⁽⁵⁾ = 0,073
Tempo de serviço				
Até 19	3,11 ± 0,70 (3,09)	2,86 ± 0,84 (2,70)	2,06 ± 0,64 (2,00)	2,69 ± 0,49 (2,71)
20 ou mais	3,19 ± 0,73 (3,14)	2,51 ± 0,90 (2,45)	2,15 ± 1,08 (1,95)	2,63 ± 0,75 (2,65)
Valor de p	p⁽¹⁾ = 0,585	p⁽¹⁾ = 0,051	p⁽²⁾ = 0,757	p⁽³⁾ = 0,653

Tabela 07: Dados estatísticos da EACT segundo dados Sociodemográficos

(*): Diferença significativa em nível de 5,0%.

(1): Através do teste t-Student com variâncias iguais.

(2): Através do teste Mann-Whitney.

(3): Através do teste t-Student com variâncias desiguais.

(4): Através do teste F(ANOVA) com comparações de Tukey.

(5): Através do teste Kruskal Wallis.

Obs.: Se todas as letras entre parênteses são distintas, comprova-se a diferença significativa entre os períodos correspondentes.

Os resultados apontam que independente de faixa etária, de gênero, de escolaridade e de tempo de serviço na *Energix*, o EACT avaliado como mais crítico refere-se à *Organização do Trabalho*. Segundo Caldas (2007), a relevância em investigar os fatores e fenômenos relacionados à *Organização do Trabalho* se justifica pela possibilidade de identificar estratégias que minimizem as repercussões negativas desse contexto na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores.

Mendes, Ferreira e Cruz (2007) sinalizam os seguintes fatores como relevantes de impacto relacionados à *Organização do Trabalho*: ritmo de trabalho, cobrança por resultados, normas rígidas, metas e resultados inexecutáveis, tempo integralmente útil, pausa para descanso insuficiente, exclusão e isolamento social das figuras de alteridade ou trabalhadores quem reagem de modo crítico às tomadas de decisão sobre as tarefas.

A Tabela 08 apresenta os dados da escala de *Avaliação de Custo Humano no Trabalho* (ECHT), onde é possível observar que as médias foram de 2,03 (*Custo Físico*), de 2,50 (*Custo Afetivo*) e de 3,29 (*Custo Cognitivo*). A média é de 2,60 e a variabilidade expressa, através do desvio padrão,

não se mostra elevada, uma vez que a referida medida é inferior à metade das médias correspondentes de cada uma das variáveis analisadas.

AVALIAÇÃO DO CUSTO HUMANO NO TRABALHO				
Variável	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Custo afetivo	2,50 ± 0,91	2,33	1	4,92
Custo cognitivo	3,29 ± 0,89	3,4	1	4,9
Custo físico	2,03 ± 0,98	1,75	1	4,7
Total	2,60 ± 0,71	2,64	1	4,53

Tabela 08: Dados estatísticos da ECHT

O *Custo Cognitivo* aparece mais significativo, na ótica dos participantes. E, na Tabela 09, verifica-se que a única diferença relevante ocorre entre o tempo de serviço e a variável de *Custo Físico*. Para a citada variável, ressalta-se que a média do custo físico é mais elevada para os que têm mais tempo de serviço na *Energix* (2,16 x 1,79).

ESCALA DO CUSTO HUMANO NO TRABALHO				
Variável	Custo afetivo	Custo cognitivo	Custo físico	TOTAL
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)
Faixa etária				
Até 49	2,63 ± 0,88 (2,58)	3,38 ± 0,87 (3,30)	1,87 ± 0,90 (1,60)	2,63 ± 0,69 (2,66)
50 ou mais	2,38 ± 0,92 (2,33)	3,22 ± 0,91 (3,40)	2,17 ± 1,03 (1,90)	2,58 ± 0,74 (2,63)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,145	p ⁽²⁾ = 0,763	p ⁽²⁾ = 0,088	p ⁽¹⁾ = 0,709
Gênero				
Masculino	2,37 ± 0,83 (2,25)	3,35 ± 0,86 (3,40)	2,14 ± 0,97 (2,00)	2,61 ± 0,64 (2,72)
Feminino	2,61 ± 0,96 (2,50)	3,30 ± 0,92 (3,40)	1,96 ± 1,00 (1,60)	2,62 ± 0,77 (2,63)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,205	p ⁽²⁾ = 1,000	p ⁽²⁾ = 0,225	p ⁽¹⁾ = 0,923
Escolaridade				
Ensino Médio	2,54 ± 0,83 (2,50)	3,31 ± 0,88 (3,50)	2,39 ± 1,26 (2,10)	2,73 ± 0,75 (2,75)
Superior completo	2,32 ± 1,02 (2,08)	3,24 ± 0,96 (3,40)	1,92 ± 0,81 (1,70)	2,48 ± 0,78 (2,56)
Pós-graduação	2,64 ± 0,89 (2,67)	3,39 ± 0,85 (3,30)	1,77 ± 0,72 (1,60)	2,60 ± 0,63 (2,63)
Valor de p	p ⁽³⁾ = 0,336	p ⁽³⁾ = 0,791	p ⁽⁴⁾ = 0,190	p ⁽³⁾ = 0,347
Tempo de serviço				
Até 19	2,59 ± 0,78 (2,58)	3,39 ± 0,86 (3,30)	1,79 ± 0,86 (1,40)	2,59 ± 0,61 (2,72)
20 ou mais	2,39 ± 0,99 (2,29)	3,23 ± 0,93 (3,40)	2,16 ± 1,01 (1,90)	2,58 ± 0,78 (2,61)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,265	p ⁽²⁾ = 0,695	p ⁽²⁾ = 0,043*	p ⁽¹⁾ = 0,921

Tabela 09: Dados estatísticos da ECHT segundo os dados de caracterização

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste *t-Student* com variâncias iguais.

(2): Através do teste *Mann-Whitney*.

(3): Através do teste *F(ANOVA)* com comparações de *Tamhane*.

(4): Através do teste *Kruskal-Wallis* com comparações do referido teste.

Obs.: Se todas as letras minúsculas entre parênteses são distintas, comprova-se diferença significativa entre os períodos correspondentes.

Os dados brutos do inventário aplicado em trabalhadores com escolaridade baixa e que executam atividades de campo revelam o *Custo Físico* como o mais elevado. Essa correlação se verifica em outras pesquisas, principalmente com profissionais de enfermagem, motoristas, policiais e inclusive operadores de manutenção de linhas de alta tensão em uma empresa do setor elétrico (Ulhôa *et al*, 2010; Ferreira *et al*, 2011; Maia *et al*, 2011; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Souza *et al*, 2012).

Os resultados dos *Indicadores de Prazer e de Sofrimento no Trabalho* (EIPST) são demonstrados na Tabela 10. Verifica-se que as médias variam de 2,72 (*Falta de Reconhecimento*) a 3,84 (*Liberdade de Expressão*). A média total é de 3,33 e a variabilidade oscila de baixa (< 30,0%) no total do EIPST a valores razoavelmente elevados (desvios de valores superiores à metade das médias correspondes).

INDICADORES DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO				
Variável	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Liberdade de expressão	3,84 ± 1,69	3,81	0	6
Realização profissional	3,45 ± 1,70	3,67	0	6
Vivência de sofrimento	3,16 ± 1,77	3,43	0	6
Falta de reconhecimento	2,72 ± 1,93	2,44	0	6
Total	3,33 ± 0,90	3,38	0,31	6

Tabela 10: Dados estatísticos da Escala EIPST

As variáveis de *Falta de Realização Profissional* e de *Liberdade de Expressão* são estatisticamente mais significativas, denotando como fatores que geram vivências de sofrimento no trabalho, conforme apresentado na Tabela 10.

Já a Tabela 11 sinaliza diferenças significativas entre faixas etárias e tempo de serviço na *Energix*, no item sobre *Realização Profissional*. Para as variáveis com diferença significativa é possível destacar que a média da *Realização Profissional* é mais elevada entre os que têm 50 ou mais anos de idade. Essa média é mais elevada entre aqueles com mais tempo de serviço (4,01 x 2,87).

“ESTE É O FRUTO (INSALUBRE) DO MEU TRABALHO!”

INDICADORES DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO					
Variável	Liberdade de expressão	Realização profissional	Vivência de sofrimento	Falta de reconhecimento	TOTAL
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)
Faixa etária					
Até 49	3,71 ± 1,69 (3,63)	2,89 ± 1,71 (3,11)	3,51 ± 1,67 (3,43)	2,84 ± 1,72 (2,63)	3,27 ± 0,93 (3,22)
50 ou mais	3,95 ± 1,71 (4,13)	3,95 ± 1,53 (4,13)	2,86 ± 1,82 (3,29)	2,62 ± 2,10 (2,13)	3,39 ± 0,88 (3,47)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,421	p ⁽¹⁾ = 0,001*	p ⁽¹⁾ = 0,095	p ⁽¹⁾ = 0,397	p ⁽¹⁾ = 0,283
Gênero					
Masculino	3,69 ± 1,72 (3,63)	3,38 ± 1,73 (3,56)	3,02 ± 1,94 (3,14)	2,44 ± 1,96 (2,25)	3,16 ± 0,97 (3,25)
Feminino	3,85 ± 1,67 (4,13)	3,41 ± 1,70 (3,56)	3,26 ± 1,69 (3,43)	2,86 ± 1,90 (2,50)	3,35 ± 0,75 (3,38)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,665	p ⁽²⁾ = 0,933	p ⁽¹⁾ = 0,518	p ⁽¹⁾ = 0,247	p ⁽²⁾ = 0,256
Estado civil					
Soteiro	3,96 ± 1,71 (4,19)	3,09 ± 1,73 (3,39)	3,68 ± 1,64 (4,00)	3,01 ± 1,82 (2,44)	3,42 ± 0,72 (3,50)
Casado/União estável	3,72 ± 1,68 (3,75)	3,59 ± 1,66 (3,67)	2,86 ± 1,80 (3,14)	2,51 ± 1,95 (2,25)	3,20 ± 0,90 (3,31)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,535	p ⁽²⁾ = 0,146	p ⁽¹⁾ = 0,019*	p ⁽¹⁾ = 0,163	p ⁽²⁾ = 0,217
Escolaridade					
Ensino Médio	3,60 ± 1,62 (3,63)	3,58 ± 1,63 (4,00)	3,15 ± 1,95 (3,29)	2,65 ± 2,00 (2,13)	3,28 ± 0,81 (3,31)
Superior completo	4,24 ± 1,66 (4,63)	3,61 ± 1,72 (3,44)	2,81 ± 1,74 (3,00)	2,31 ± 1,97 (2,25)	3,27 ± 0,73 (3,25)
Pós-graduação	3,57 ± 1,75 (3,63)	3,03 ± 1,72 (3,33)	3,51 ± 1,62 (4,00)	3,12 ± 1,74 (3,00)	3,29 ± 1,00 (3,44)
Valor de p	p ⁽³⁾ = 0,148	p ⁽³⁾ = 0,324	p ⁽²⁾ = 0,226	p ⁽³⁾ = 0,150	p ⁽⁴⁾ = 0,991
Tempo de serviço					
Até 19	3,63 ± 1,66 (3,56)	2,87 ± 1,75 (3,17)	3,29 ± 1,77 (3,43)	2,83 ± 1,91 (2,69)	3,14 ± 0,85 (3,20)
20 ou mais	4,05 ± 1,72 (4,38)	4,01 ± 1,37 (4,17)	3,05 ± 1,87 (3,43)	2,52 ± 1,83 (2,25)	3,45 ± 0,86 (3,58)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,203	p ⁽²⁾ = 0,001*	p ⁽¹⁾ = 0,568	p ⁽¹⁾ = 0,468	p ⁽²⁾ = 0,080

Tabela 11: Dados estatísticos das (EIPST) segundo os dados de caracterização

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste de *Mann-Whitney*.

(2): Através do teste *t-Student* com variâncias iguais.

(3): Através do teste *Kruskal-Wallis* com comparações do referido teste.

(4): Através do teste *F(ANOVA)* com comparações de *Tukey*.

Obs.: As letras maiúsculas entre parênteses distintas comprovam a diferença significativa entre os períodos correspondentes.

Segundo Locke (1976, p. 1300 *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014), a satisfação no trabalho é “um estado emocional positivo ou de prazer, resultante de um trabalho ou de experiências de trabalho”. A percepção de cidadania e justiça organizacional, o nível de comprometimento dos trabalhadores com a tarefa, os vínculos afetivos com o trabalho e as políticas meritórias são fatores que influenciam positivamente na saúde mental dos trabalhadores (Siqueira, Gomide Júnior e Oliveira, 2001; Caldas, 2007; e Mendes, Ferreira e Cruz, 2007).

Segundo essas pesquisas, quando os trabalhadores estão satisfeitos e percebem a *Organização de Trabalho* de forma positiva, tendem a se comprometer mais e apresentar resultados mais produtivos. O reconhecimento pessoal, profissional e do esforço dispendido pelo trabalhador podem gerar a percepção de recompensa, reduzindo possíveis impactos nos indicadores de absentismo por TMC.

Dejours (1998/1999/2003/2004), embora enfatize as vivências de sofrimento no trabalho como causa de adoecimento, ao mesmo tempo ressalta que é preciso ressignificar as experiências do trabalhador e de seu coletivo, bem como promover mudanças no contexto de produção, de modo que o reconhecimento (formal, simbólico, pecuniário ou não) se torne uma prática legitimada, assim como espaços de fala e liberdade de expressão do obreiro, principalmente sobre as atividades que executa,

transformando o desgaste e o sofrimento em vivências de prazer e satisfação no trabalho. Os achados obtidos nesta pesquisa reforçam os itens *Reconhecimento* e *Liberdade de Expressão* como fatores de satisfação e que minimizam os impactos negativos do trabalho na saúde do trabalhador.

A Tabela 12 demonstra os resultados das *Escalas de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho* (EADRT), cujas médias variam de 2,07 (sociais) a 2,62 (psicológicos) e a média total de 2,44. A variabilidade se mostra razoavelmente elevada desde que o valor do desvio padrão é superior à metade das médias correspondentes.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO				
Variável	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Danos físicos	2,51 ± 1,50	2,38	0	6
Danos sociais	2,07 ± 1,86	1,71	0	6
Danos psicológicos	2,62 ± 2,11	2,15	0	6
Total	2,44 ± 1,56	2,29	0	6

Tabela 12: Dados estatísticos da EADRT

Diferenças significativas são registradas na Tabela 13 quanto à: faixa etária e entre gênero, assim como entre tempo de serviço na Empresa em relação às variáveis de danos psicológicos (2,65), físicos (2,51%) e sociais (2,51%), respectivamente. Verifica-se diferenças significativas entre a média da sub escala danos físicos mais elevada entre os que têm 50 anos ou mais de idade (2,86 x 2,08), o gênero feminino superior ao masculino (2,90 x 1,99) e entre aqueles com mais tempo de Empresa (2,86 x 2,05). Nas escalas de danos sociais e psicológicos, o aumento é mais significativo na média total.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO				
Variável	Danos físicos	Danos sociais	Danos psicológicos	TOTAL
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)
Faixa etária				
Até 49	2,08 ± 1,28 (2,00)	2,23 ± 2,00 (1,43)	2,68 ± 2,14 (2,10)	2,32 ± 1,56 (2,03)
50 ou mais	2,86 ± 1,59 (2,67)	1,94 ± 1,74 (1,83)	2,57 ± 2,10 (2,30)	2,54 ± 1,57 (2,31)
Valor de p	p ⁽³⁾ = 0,007*	p ⁽²⁾ = 0,477	p ⁽²⁾ = 0,697	p ⁽¹⁾ = 0,489
Gênero				
Masculino	1,99 ± 1,39 (2,08)	1,95 ± 2,02 (1,00)	2,57 ± 2,31 (1,80)	2,18 ± 1,61 (2,03)
Feminino	2,90 ± 1,48 (2,75)	2,20 ± 1,76 (2,00)	2,73 ± 1,98 (2,30)	2,67 ± 1,50 (2,52)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,002*	p ⁽²⁾ = 0,271	p ⁽²⁾ = 0,640	p ⁽²⁾ = 0,107
Escolaridade				
Até Ensino médio/Sup.incomp	2,57 ± 1,33 (2,33)	2,07 ± 1,98 (1,29)	2,62 ± 2,12 (2,35)	2,46 ± 1,47 (2,31)
Superior completo	2,34 ± 1,67 (2,17)	2,06 ± 1,83 (2,00)	2,38 ± 2,17 (1,80)	2,29 ± 1,63 (2,10)
Pós-graduação	2,64 ± 1,52 (2,50)	2,13 ± 1,83 (1,71)	2,94 ± 2,05 (2,60)	2,62 ± 1,61 (2,52)
Valor de p	p ⁽³⁾ = 0,697	p ⁽⁴⁾ = 0,912	p ⁽⁴⁾ = 0,488	p ⁽³⁾ = 0,681
Tempo de serviço				
Até 19	2,05 ± 1,25 (2,00)	2,16 ± 1,83 (1,71)	2,68 ± 2,05 (2,15)	2,29 ± 1,43 (2,16)
20 ou mais	2,86 ± 1,57 (2,71)	1,98 ± 1,85 (1,79)	2,58 ± 2,12 (2,20)	2,55 ± 1,63 (2,31)
Valor de p	p ⁽¹⁾ = 0,007*	p ⁽²⁾ = 0,529	p ⁽²⁾ = 0,731	p ⁽¹⁾ = 0,421

Tabela 13: Dados estatísticos das EADRT segundo os dados de caracterização

“ESTE É O FRUTO (INSALUBRE) DO MEU TRABALHO!”

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste *t-Student* com variâncias iguais.

(2): Através do teste de *Mann-Whitney*.

(3): Através do teste *F(ANOVA)* com comparações de *Tukey*.

(4): Através do teste *Kruskal-Wallis* com comparações do referido teste.

Obs.: As letras minúsculas entre parênteses distintas comprovam uma diferença significativa entre os períodos correspondentes.

Nas Tabelas de 14 até 17, apresentam-se os resultados das escalas categorizadas segundo as variáveis sociodemográficas estudadas. Da Tabela 14, verifica-se que a categoria *realização profissional* (EIPST) é a única variável com associação significativa à faixa etária. Dessa variável, verifica-se que as diferenças percentuais maiores ocorrem na categoria *satisfatória*, com valores mais elevados na faixa etária com 50 ou mais anos do que até 49 anos de idade (56,1% x 29,4%). Já a categorização *grave* apresenta um resultado mais elevado na faixa até 49 anos (33,3% x 12,3%).

ESCALAS DO ITRA EM RELAÇÃO À FAIXA ETÁRIA							
Escala	Até 49		50 ou mais		Grupo Total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
TOTAL	51	100	57	100	108	100	
EACT							
Grave	2	3,9	3	5,3	5	4,6	p ⁽¹⁾ = 0,144
Crítica	40	78,4	35	61,4	75	69,4	
Satisfatória	9	17,6	19	33,3	28	25,9	
ECHI							
Grave	2	3,9	4	7	6	5,6	p ⁽¹⁾ = 0,853
Crítica	32	62,7	35	61,4	67	62	
Satisfatória	17	33,3	18	31,6	35	32,4	
EIPST - Liberdade de expressão							
Satisfatória	23	45,1	29	50,9	52	48,1	p ⁽²⁾ = 0,205
Crítica	21	41,2	15	26,3	36	33,3	
Grave	7	13,7	13	22,8	20	18,5	
EIPST - Realização profissional							
Satisfatória	15	29,4	32	56,1	47	43,5	p ⁽²⁾ = 0,007*
Crítica	19	37,3	18	31,6	37	34,3	
Grave	17	33,3	7	12,3	24	22,2	
EIPST - Vivência de sofrimento ⁽³⁾							
Grave	21	42,9	18	31,6	39	36,8	p ⁽²⁾ = 0,436
Crítica	16	32,7	20	35,1	36	34	
Satisfatória	12	24,5	19	33,3	31	29,2	
EIPST - Falta de reconhecimento ⁽³⁾							
Grave	14	28,6	16	28,1	30	28,3	p ⁽²⁾ = 0,573
Crítica	17	34,7	15	26,3	32	30,2	
Satisfatória	18	36,7	26	45,6	44	41,5	
EADRT ⁽⁴⁾							
Presença de doenças ocupacionais	10	21,3	12	21,1	22	21,2	p ⁽²⁾ = 0,604
Crítica	14	29,8	22	38,6	36	34,6	
Suportável	23	48,9	23	40,4	46	44,2	

Tabela 14: Avaliação das escalas estudadas segundo a faixa etária

“ESTE É O FRUTO (INSALUBRE) DO MEU TRABALHO!”

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%

(1): Através do teste *Exato de Fisher*

(2): Através do teste *Qui-quadrado de Pearson*

(3): Com base em 49 pesquisados na faixa até 49 anos e 57 na faixa 50 anos

(4): Com base em 47 pesquisados na faixa até 49 anos e 57 na faixa 50 anos

Não são registradas associações significativas entre o recorte de gênero e cada uma das escalas demonstradas ($p > 0,05$), apresentadas na Tabela 15.

ESCALAS DO ITRA EM RELAÇÃO À GÊNERO							
Escala	Masculino		Feminino		Grupo Total		Valor de p
	n	%	n	%	N	%	
TOTAL	42	100	66	100	108	100	
EACT							
Grave	2	4,8	3	4,5	5	4,6	$p^{(1)} = 0,774$
Critica	31	73,8	44	66,7	75	69,4	
Satisfatória	9	21,4	19	28,8	28	25,9	
ECHT							
Grave	0		6	9,1	6	5,6	$p^{(1)} = 0,078$
Critica	30	71,4	37	56,1	67	62	
Satisfatória	12	28,6	23	34,8	35	32,4	
EIPST - Liberdade de expressão							
Satisfatória	18	42,9	34	51,5	52	48,1	$p^{(2)} = 0,660$
Critica	15	35,7	21	31,8	36	33,3	
Grave	9	21,4	11	16,7	20	18,5	
EIPST - Realização profissional							
Satisfatória	15	35,7	32	48,5	47	43,5	$p^{(2)} = 0,292$
Critica	18	42,9	19	28,8	37	34,3	
Grave	9	21,4	15	22,7	24	22,2	
EIPST - Vivência de sofrimento⁽³⁾							
Grave	14	34,1	25	38,5	39	36,8	$p^{(2)} = 0,877$
Critica	15	36,6	21	32,3	36	34	
Satisfatória	12	29,3	19	29,2	31	29,2	
EIPST - Falta de reconhecimento⁽³⁾							
Grave	9	22	21	32,3	30	28,3	$p^{(2)} = 0,499$
Critica	14	34,1	18	27,7	32	30,2	
Satisfatória	18	43,9	26	40	44	41,5	
EADRT⁽⁴⁾							
Presença de doenças ocupacionais	8	19,5	14	22,2	22	21,2	$p^{(2)} = 0,753$
Critica	13	31,7	23	36,5	36	34,6	
Suportável	20	48,8	26	41,3	46	44,2	

Tabela 15: Avaliação das escalas estudadas em relação ao recorte de gênero

(1): Através do teste *Exato de Fisher*

(2): Através do teste *Qui-quadrado de Pearson*

(3): Com base em 41 pesquisados no sexo masculino e 65 no sexo feminino.

“ESTE É O FRUTO (INSALUBRE) DO MEU TRABALHO!”

As associações entre o recorte *Escolaridade* e cada uma das escalas estudadas ($p > 0,05$), apresentadas na Tabela 16, não apresentam registros significativos.

ESCALAS DO ITRA EM RELAÇÃO À ESCOLARIDADE									
Escala	Ensino médio		Superior		Pós-graduação		Grupo Total		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
TOTAL	35	100	35	100	35	100	105	100	
EACT									
Grave	2	5,7	2	5,7	1	2,9	5	4,8	$p^{(1)} = 0,606$
Crítica	23	65,7	22	62,9	28	80	73	69,5	
Satisfatória	10	28,6	11	31,4	6	17,1	27	25,7	
ECHI									
Grave	4	11,4	1	2,9	1	2,9	6	5,7	$p^{(1)} = 0,464$
Crítica	21	60	20	57,1	24	68,6	65	61,9	
Satisfatória	10	28,6	14	40	10	28,6	34	32,4	
EIPST Liberdade de expressão									
Satisfatória	14	40	21	60	15	42,9	50	47,6	$p^{(2)} = 0,477$
Crítica	14	40	9	25,7	12	34,3	35	33,3	
Grave	7	20	5	14,3	8	22,9	20	19	
EIPST Realização profissional									
Satisfatória	18	51,4	13	37,1	13	37,1	44	41,9	$p^{(2)} = 0,335$
Crítica	10	28,6	16	45,7	11	31,4	37	35,2	
Grave	7	20	6	17,1	11	31,4	24	22,9	
EIPST Vivência de sofrimento									
Grave	11	31,4	10	28,6	18	51,4	39	37,1	$p^{(2)} = 0,274$
Crítica	13	37,1	12	34,3	10	28,6	35	33,3	
Satisfatória	11	31,4	13	37,1	7	20	31	29,5	
EIPST Falta de reconhecimento									
Grave	9	25,7	8	22,9	12	34,3	29	27,6	$p^{(2)} = 0,602$
Crítica	9	25,7	11	31,4	12	34,3	32	30,5	
Satisfatória	17	48,6	16	45,7	11	31,4	44	41,9	
EADRT⁽³⁾									
Presença de doenças ocupacionais	8	23,5	6	17,1	8	23,5	22	21,4	$p^{(2)} = 0,904$
Crítica	13	38,2	12	34,3	11	32,4	36	35	
Supportável	13	38,2	17	48,6	15	44,1	45	43,7	

Tabela 16: Avaliação das escalas estudadas segundo a escolaridade

(1): Através do teste *Exato de Fisher*

(2): Através do teste *Qui-quadrado de Pearson*

(3): Com base em 34 com ensino médio, 35 com ensino superior e 34 com pós-graduação.

No estudo sobre a associação entre o tempo de Empresa e os resultados das escalas contidos na Tabela 17, verifica-se que a *Realização Profissional* (EIPST) foi a única variável com associação significativa ($p < 0,05$) e se destacou que as maiores diferenças percentuais ocorreram nas categorias: “*satisfatória*”, com percentual mais elevado entre os que tinham 20 anos ou mais de tempo de serviço na *Energix* (53,7% x 23,3%) e na categoria “*grave*”, com valor maior entre os que tinham até 19 anos de tempo de empresa (34,9% x 13,0%).

“ESTE É O FRUTO (INSALUBRE) DO MEU TRABALHO!”

ESCALAS DO ITRA EM RELAÇÃO AO TEMPO DE EMPRESA							
Escala	Até 19		20 ou mais		Grupo Total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
TOTAL	43	100	54	100	97	100	
EACT							
Grave	1	2,3	3	5,6	4	4,1	p ⁽¹⁾ = 0,125
Crítica	34	79,1	32	59,3	66	68	
Satisfatória	8	18,6	19	35,2	27	27,8	
ECHT							
Grave	-	-	4	7,4	4	4,1	p ⁽¹⁾ = 0,228
Crítica	29	67,4	33	61,1	62	63,9	
Satisfatória	14	32,6	17	31,5	31	32	
EIPST Liberdade de expressão							
Satisfatória	20	46,5	26	48,1	46	47,4	p ⁽²⁾ = 0,453
Crítica	17	39,5	16	29,6	33	34	
Grave	6	14	12	22,2	18	18,6	
EIPST Realização profissional							
Satisfatória	10	23,3	29	53,7	39	40,2	p ⁽²⁾ = 0,004*
Crítica	18	41,9	18	33,3	36	37,1	
Grave	15	34,9	7	13	22	22,7	
EIPST Vivência de sofrimento							
Grave	18	41,9	19	35,2	37	38,1	p ⁽²⁾ = 0,786
Crítica	13	30,2	19	35,2	32	33	
Satisfatória	12	27,9	16	29,6	28	28,9	
EIPST Falta de reconhecimento							
Grave	11	25,6	15	27,8	26	26,8	p ⁽²⁾ = 0,971
Crítica	14	32,6	17	31,5	31	32	
Satisfatória	18	41,9	22	40,7	40	41,2	
EADRT⁽³⁾							
Presença de doenças ocupacionais	8	19	12	22,2	20	20,8	p ⁽²⁾ = 0,794
Crítica	14	33,3	20	37	34	35,4	
Suportável	20	47,6	22	40,7	42	43,8	

Tabela 17: Avaliação das escalas estudadas segundo o tempo de empresa

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%

(1): Através do teste *Exato de Fisher*

(2): Através do teste *Qui-quadrado de Pearson*

(3): Com base em 42 pesquisados com até em 19 anos na empresa e 54 com 20 anos ou mais.

Como fora dito, além da pesquisa documental e entrevistas com os empregados com absentismo por TMC, também foram convidados gestores em todas as Filiais da *Energix*. Adiante, é apontada a percepção dos respondentes que foram submetidos à técnica de grupo focal, de modo a responder ao objetivo estabelecido neste estudo foi identificar o nexos causal dos aspectos do trabalho sobre o adoecimento e os agravos à saúde mental do trabalhador.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: GRUPO FOCAL COM OS GESTORES

Os grupos focais com os gestores aconteceram nas Filiais em que estão lotados. A Tabela 18 demonstra o quantitativo de participantes por grupos, em cada localidade. A Filial 01 teve o maior quantitativo de gerentes (49), distribuídos em quatro (04) grupos distintos, seguida da Filial 06 (19), Filial 03 (15) e Filial 05 (12). O número de participantes foi menor nas Unidades 04 (08) e 02 (06). No total, foram 109 gestores participantes.

QUANTITATIVO DOS GRUPOS FOCAIS						
	FILIAL 01	FILIAL 02	FILIAL 03	FILIAL 04	FILIAL 05	FILIAL 06
Grupo 01	10	6	15	8	12	19
Grupo 02	11					
Grupo 03	16					
Grupo 04	12					
TOTAIS	49	6	15	8	12	19
TOTAL DE PARTICIPANTES: 109 GESTORES						

Tabela 18: Distribuição do quantitativo de gestores nos Grupos Focais por Filial

Os grupos focais tiveram duração média de 2h45, ocorreram, em sua maioria, em salas de reuniões ou de treinamentos, com condições ideais, conforme regulamenta o Código de Ética dos Psicólogos.

As discussões com os gestores foram categorizadas em: *Trabalho e suas repercussões no absenteísmo por TMC; Clima Organizacional e saúde mental dos trabalhadores; e Estigmas do trabalhador com absenteísmos* reincidentes. Cada temática foi discutida nos grupos focais, e a análise está demonstrada adiante.

♦ **TRABALHO E SUAS REPERCUSSÕES NO ABSENTEÍSMO POR TMC**

Os gerentes do **GRUPO 01** da **FILIAL 01** apontam como causa de absenteísmo os seguintes fatores: cenário mais amplo do setor elétrico, que provoca medo e insegurança; problemas ergonômicos; dificuldades de adaptação; ritmo de trabalho; serviço operacional em tempo real; acúmulo de tarefas; exigência por resultados; falhas no planejamento; resolução de problemas inesperados; sobrecarga de responsabilidades; e tensão advinda das atividades.

*Tem um ritmo desumano, é adoecedor.
A pressão em entregar resultados.
O excesso de reuniões inesperadas que desequilibram a rotina.*

No **GRUPO 01**, as questões de adoecimento, na ótica dos participantes, estão no trabalhador e em sua dificuldade de se adaptar às condições e às exigências laborais. Referem também ao cenário macroeconômico e político que podem afetar a estabilidade no emprego. Nesse grupo não se faz referência à causalidade em razão ao modo de gestão e, em contrapartida, esse foi o principal fator de absenteísmo por TMC apontado pelos entrevistados desse Grupo na Filial 01.

Essa divergência de percepção entre gestores e empregados acerca das razões que provocam absenteísmo-doença são confirmadas nos estudos de Dejours (2003/2004). De um lado, o trabalhador ressalta e atribui ao modo de gestão a causa de seu adoecimento e, de outro, a liderança sequer avalia sua habilidade em gerenciar pessoas.

O **GRUPO 02** da **FILIAL 01** apontou como fatores: manutenção precária do ar-condicionado; pressão no trabalho; relações inadequadas nas equipes; clima organizacional ruim; e dificuldades com a gestão.

*O ar central tem poeira e causa gripe, alergias e problemas respiratórios.
Tem pessoas que são mais sensíveis e se sentem mais injustiçadas que as outras e adoecem, são pessoas fracas.*

A fala dos gestores reforça as condições objetivas de trabalho como causas de adoecimento. Em contrapartida, a subjetividade e o trabalho permanece invisível. Não há relato ressaltando que o ambiente de trabalho e as relações saudáveis, em qualquer nível hierárquico, minimizam os riscos psicossociais, independente da fragilidade egóica e do sentido negativo que o trabalhador atribua ao labor.

O discurso de fragilidade ou sensibilidade excessiva do empregado como causa de adoecimento psíquico reformula os estudos de Dejours (2003/2004) sobre a quebra da resistência dos trabalhadores e as falhas nos mecanismos de defesa que dificultam lidar com um mínimo de prejuízo com o modo de gestão ineficaz, favorecendo, desse modo, vivências de sofrimento.

Os participantes do **GRUPO 03** da **FILIAL 01** descrevem como nexos causais de adoecimento psíquico: precarização das condições de trabalho; imposição de condições de vulnerabilidade aos riscos psicossociais; e práticas injustas da gestão

Aqui tem um grande número de absenteísmo por problemas respiratórios e acredito que seja por falta de limpeza na central de ar.

Os fatores apontados pelo **GRUPO 04** da **FILIAL 01** foram: trabalho isolado, confinado, turnos noturno e de revezamento; repouso insuficiente; condições precárias de trabalho; e uso indevido de atestados médicos.

*O trabalho de madrugada e pouco descanso faz adoecer.
Têm alguns funcionários que podem maximizar sintomas para se beneficiar.*

Essa fala sobre o trabalhador “maximizar sintomas” reforça a crença que o trabalhador é negligente, não quer trabalhar e apresenta atestados em excesso ou até mesmo gratuitos. Segundo essa premissa é no próprio trabalhador que se encontra a causa de seu adoecimento, contradizendo as pesquisas de Ramazzini (1700).

Na **FILIAL 02**, os participantes trazem os seguintes fatores: relações socioprofissionais inadequadas; clima organizacional negativo; fuga do trabalho por meio de atestados gratuitos; e o cenário de incerteza da *Energix*

O ambiente ruim é a pior coisa.

A pior coisa é vir para essa cadeia.

Tivemos um empregado que foi muito pressionado e acabou desmaiando.

Verifica-se que na **FILIAL 02** os participantes parecem mais cientes dos riscos provocados pelo contexto laboral, especificamente quanto aos impactos causados pela gestão que influencia negativamente na saúde mental dos trabalhadores.

Os participantes da **FILIAL 03** apontam como fatores de adoecimento: sobrecarga de trabalho; relações de trabalho danosas; conflitos geracionais; gestão autocrática ou *laissez-faire*; falta de justiça e de transparência na tomada de decisão; protecionismo de uma minoria; falta de reconhecimento; oportunidades desiguais em processos de desenvolvimento profissional, de promoção e de carreira; discriminação e exclusão social de minorias em razão da dificuldade de lidar com a alteridade; e falhas na comunicação.

Mesmo a rotina pesada, se o clima for bom, diminui o risco de doenças.

Têm colegas que não conseguem (...) acompanhar os avanços da tecnologia, podem comprometer a produtividade e o desempenho da equipe (...) podem gerar adoecimento e também adoecer.

O gerente protege alguns, gera desmotivação e a pessoa acaba adoecendo.

Tem gestor que acaba incentivando a falta, O empregado não se sente pressionado e falta.

Precisa estabelecer uma liderança humanizada (...) preocupação com a pessoa, um olhar mais humano.

Os participantes da **FILIAL 03** citam também a gestão como um fator de risco psicossocial. Mencionaram questões relacionadas às *Condições de Trabalho*, sobretudo a carga de atividades, além das relações estabelecidas entre os pares.

A **FILIAL 04** sinaliza: turno de revezamento; impactos na dinâmica familiar; equipe de trabalho reduzida; hora extra habitual; sobrecarga de trabalho administrativo; atividade estressante; conflitos na equipe; cobrança desmedida; e modo de gestão.

As escalas comprometem datas como Natal (...) prejudica o empregado no convívio familiar.

Tem gerente que faz coisas absurdas (...) brincadeiras jocosas, falta de respeito, criticam e fazem queixas na frente de colegas, assédio moral, corta a diária pra castigar o empregado (...)

O gerente cobra tanto que gera ansiedade e ele [o empregado] não suporta e adocece.

As entregas são diferentes (...) cobrança excessiva dos bons empregados (...) daquele que responde mais rápido, sobrecarregando quem trabalha mais e pode gerar adoecimento.

A Energix tem uma dívida social com a área de campo. A equipe (...) não tem gerente para dar apoio e supervisão, começa o expediente às 05h, não sabe se tem comida ou a qualidade (...) uma aventura. À noite, vão beber e praticar sexo. Quando volta (...) é uma pessoa estranha na família. Quando se aposenta, tem essa pessoa dentro de casa que não acompanhou o crescimento dos filhos, não tem vida social.

Essa fala retrata a precarização das *Condições de Trabalho* que precisa ser avaliada pela alta gestão, pois denota uma prática nas atividades de campo ao longo da história da *Energix* e parece fazer parte do cenário do setor elétrico.

Condições ergonômicas, trabalho em altura, condições precárias, excesso de esforço físico, envelhecimento do quadro de empregados; questões de ordem financeira dos trabalhadores, acúmulo de viagens; tempo de descanso insuficiente; horas extraordinárias em demasia; impactos na dinâmica familiar; relações socioprofissionais danosas; ociosidade compulsória; e o modo de gestão são fatores apontados pelos gerentes participantes do grupo focal na **FILIAL 05**.

A quantidade de viagens prejudica a saúde e (...) o corte de horas extras e de viagem geram prejuízos financeiros porque o empregado incorpora as diárias ao salário.

Muito tempo juntos, excesso de intimidade gera brigas, agressões e desrespeito na equipe.

Os supervisores de campo prejudicam o colega, coloca de ‘castigo’ sem trabalho ou impede ele de viajar (...) exigências abusivas e outras ações que viram assédio moral.

O empregador parece estar cada vez mais preocupado com os componentes do *Contexto de Trabalho* que geram riscos psicossociais, ou seja, a precarização das *Condições de Trabalho*, o modo de gestão inadequado, as *Relações Socioprofissionais* danosas e o modo operante de *Organização de Trabalho*. Esse contexto, reforçado na fala dos participantes da **FILIAL 05**, configura o nexos causal do sofrimento, do adoecimento psíquico e até do suicídio no trabalho. (Dejours, 2004; e Dejours e Bègue, 2010).

Na **FILIAL 06**, os relatos sobre a temática foram: condições precárias de trabalho; incompatibilidade entre a formação/titulação e a atividade operacional para qual prestou concurso; atestado gracioso; dificuldade de acessibilidade das pessoas com deficiência; conflitos geracionais; sobrecarga, trabalho noturno e isolado; liderança não legitimada por empregados com nível mais elevado de formação acadêmica; e o modo de gestão.

As condições físicas de trabalho da equipe de campo é um fator.

Incoerência entre formação e atividade (...) eletricista com curso superior tem problema de adaptação na tarefa e com a chefia, quando sua chefia tem cargo de nível médio e foi indicado (...) e não tem competência no cargo. Durante o concurso ele sabe que terá que fazer esforço físico, mas cria expectativa que não vai subir em altura (...) e começa a arrumar atestados. A nova geração não aceita e não se submete às condições penosas. Depende do gerente: ‘quem trata bem os maus, trata mal os bons’ (...) os empregados relatam que o que mais afeta a saúde é a relação com alguns gestores.

Um dos temas trazidos no grupo focal foi a emissão de atestado gracioso, ou seja, complacente ou de favor. Trata-se, segundo o Código de Ética Médica, a emissão de documento falso e configura crime de falsidade ideológica. Apenas um médico pode levantar questionamentos sobre a legitimidade de um atestado médico.

No entanto, a afirmação de que empregados usam dessa prática ilegal, não fundamentada em evidências e, portanto, uma inferência dos gestores, pode gerar à *Energix* ações por danos morais em razão de acusações sem provas.

Os estudos da Psicossociologia do Trabalho, como proposto por Maisonneuve (1970) apontam repercussões complexas entre sujeitos distintos a partir de sua subjetividade e suas interações intra e intergrupos, contribuindo com a interface entre a Psicologia do Trabalho e a Psicologia da Saúde Mental Ocupacional. Os achados desta pesquisa, a partir dos grupos focais com gestores, corroboram sobre os fatores relacionados ao *Sentido do Trabalho*, as expectativas de cada trabalhador e aspectos de subjetividade que impactam no processo de adaptação ao contexto laboral.

A segunda categorização tratada nos grupos focais se refere ao impacto do clima organizacional na saúde mental, conforme analisado adiante.

◆ **CLIMA ORGANIZACIONAL E A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES**

O **GRUPO 01** da **FILIAL 01** aponta como fatores impactantes para um clima organizacional negativo: falta de reconhecimento dos empregados; perseguição e discriminação; *Relações Socioprofissionais* danosas; o assédio moral e outras violências entre os pares; condições laborais precárias; trabalho integralmente útil; descanso, pausas e folgas insuficientes; sobrecarga da equipe; e políticas de Gestão de Pessoas injustas.

A pior coisa é o assédio moral praticado pelo gestor e como gerencia.

As respostas desta categorização complementam a anterior, sobre os fatores do *Contexto de Trabalho* que podem configurar nexos causais de adoecimento psíquico. Isso porque quando o contexto é inadequado gera um prejuízo no clima organizacional, ou seja, todos, direta ou indiretamente, são

atingidos por um cenário laboral ruim, inclusive aqueles que aparentemente recebem algum tipo de privilégio ou regalia.

Entre os aspectos que denigrem o clima organizacional, a falta de reconhecimento e valorização das entregas e contribuições dos trabalhadores, os conflitos nas relações socioprofissionais e as diversas violências praticadas são os principais aspectos que favorecem esse prejuízo no clima da equipe, indistintamente. Outro fator importante é a condução das políticas de Gestão de Pessoas da *Energix*, uma vez que o gestor tem plena autonomia e sua tomada de decisão nem sempre é embasada em critérios merecedórios e equânimes, podendo beneficiar ou prejudicar a carreira de um subordinado, sem qualquer interferência do Recursos Humanos, área responsável pela condução dessas políticas. Processos, tais como: promoção, avaliação de desempenho, oportunidade de carreira e flexibilização de horários são definidos pelos gerentes e, ao longo do tempo, vêm provocando grandes distorções. As principais injustiças observadas e que danificam o clima organizacional são ainda: *Condições de Trabalho* precária como forma de ‘castigo’, imposição de tarefas assimétricas ou ociosidade compulsória e remunerações diferenciadas entre profissionais que desenvolvem as mesmas atividades.

Segundo o **GRUPO 02** da **FILIAL 01**, o prejuízo ao clima organizacional tem relação ao cenário de incerteza do setor elétrico brasileiro. Especifica esse clima diante de uma provável privatização e que a forma de exercer a liderança nem sempre é adequada, gerando adoecimento na equipe.

Os empregados tem medo do futuro e as pessoas não se sentem seguras. Alguns estão se preparando ou vão procurar outras oportunidades e se descomprometem antecipadamente do trabalho.

O **GRUPO 03** da **FILIAL 01** sinalizou como aspectos dificultadores do clima organizacional: *Relações Socioprofissionais* inadequadas entre os pares, impactos na saúde, principalmente queixas de insônia; e a falta de promoção.

*Existem muitas brincadeiras de mau gosto, falta de respeito e isso gera dificuldade no trabalho em equipe e até depressão.
Tem pessoas tão desagregadoras que uma única pessoa é capaz de provocar o adoecimento.
Tiveram pessoas que não foram contempladas com uma promoção e acabaram adoecendo.*

A fala dos participantes do **GRUPO 03** reforça os dados da pesquisa documental da **FILIAL 01** com absenteísmo por TMC recorrente e os próprios participantes do grupo focal reforçam que o adoecimento psíquico dos trabalhadores tem relação com o trabalho.

Segundo os participantes do **GRUPO 04**, uma questão de grande impacto no clima organizacional de toda a *Energix* é a forma como a alta gestão vem gerenciando a questão financeira e seus impactos na sustentabilidade de seu negócio.

*A pressão do trabalho, que exige resultados imediatos, pode gerar stress.
As incertezas oriundas da condição socioeconômica do País e do Setor Elétrico, que acarreta em cortes de gastos, em corte de pessoas e acabam alterando o planejamento, também é fonte de doenças mentais.
A postura de corte que não clarifica os critérios e tem prejudicado investimentos importantes que poderiam ajudar a reverter o quadro negativo da Energix, hoje.
A Energix não prepara seus gerentes (...) é sempre um bom técnico, mas não recebe preparo. Falta de preparação do gerente em gerir pessoas. Entendemos que uma forma de minimizar é com a preparação gerencial.*

A **Filial 02** trouxe questões relacionadas à *subjetividade e o trabalho*: distinção entre expectativa do trabalhador e a realidade de trabalho; problemas pessoais que aumenta o nível de *stress*; sentimento de exclusão social; modo de gestão; e fatores externos, advindos do momento de incertezas do setor elétrico, inclusive a possibilidade de privatizar as empresas do Setor.

*A Empresa às vezes não atende às expectativas que o próprio empregado cria e se frustra.
As pessoas não se sentem parte.
A gestão não participativa, que não permite as pessoas serem parte do processo, sem autonomia.*

Os riscos de adoecimento provocados pelo clima organizacional negativo apontados pelo grupo da **Filial 03** estão relacionados diretamente às questões de gestão, principalmente a falta de equidade, de justiça e de transparência; uma gestão autoritária, com atos excludentes, de perseguição, capaz de marginalizar e discriminar alguns empregados e, para outros, o favoritismo e o protecionismo. Por isso, a equipe não legitima nem confia na gestão. Os participantes desse grupo focal referem a responsabilidade dos gerentes de melhorar o clima, mesmo não tendo causalidade direta, uma vez que o prejuízo é provocado por múltiplos fatores. Além disso, reforçam o papel de cada um e sua contribuição para o negócio da *Energix*. E reconhecem que o clima negativo gera adoecimento e, por conseguinte, aumenta o absenteísmo por TMC.

O clima organizacional e seus fatores de riscos psicossociais, segundo os participantes da **Filial 04**, são: o atual contexto econômico que gera insegurança; falta de transparência da alta gestão; dificuldade de comunicação empresarial; e modo de gestão.

*O gerente deve ter ainda o cuidado de não dar sua opinião ao repassar informações, pois ele pode contaminar as pessoas e gerar um problema no clima organizacional.
Um ambiente hostil interfere nas relações das pessoas e o gerente precisa estar atento no clima, pois o clima é capaz de adoecer a equipe.
Mesmo sabendo que não tem demissão, gera ansiedade e insegurança.*

São aspectos, segundo o grupo, que agravam a percepção negativa do público interno e demanda um nivelamento de informações sobre a real situação da *Energix*, sobre as mudanças advindas da crise, e que nem sempre os gerentes podem atender. Segundo eles, a falta de transparência gera tensão e insegurança nos empregados, principalmente sobre o processo de reestruturação que a empresa vem passando. Os respondentes enfatizaram ainda questões de ordem financeira, exigindo mudanças e um direcionamento das áreas estratégicas na *Energix*.

Diferente das demais, o grupo focal na *Filial 05* não refere a gestão como aspecto dificultador do clima organizacional. Evidenciam apenas fatores causados pelo próprio trabalhador, tais como: insatisfação no trabalho; frustrações; fracasso por não atingir um determinado objetivo; insatisfação dos empregados que estão há muito tempo nas regionais, trabalhando em locais precários e a falta de uma política transparente de transferência; problemas pessoais e familiares; infraestrutura básica precária nos acampamentos; e a falta até de um hospital. Um dos participantes cita o modo de gestão.

Na *Filial 06*, o grupo descreve como fatores preponderantes que impactam o clima organizacional: relacionamento entre os pares; e as políticas de Gestão de Pessoas.

Uma pessoa sozinha conseguiu desequilibrar toda uma equipe.

Sobre as relações socioprofissionais danosas, os participantes enfatizam a falta de integração nas equipes, brincadeiras jocosas e tratamento inadequado entre os pares. Outro fator é o uso das políticas de Gestão de Pessoas e o excesso de autonomia dos gerentes, cujas decisões sobre a avaliação de desempenho e a promoção são subjetivas e nem sempre contempla quem de fato merece. E o grupo de subordinados não tem aonde recorrer.

Esses aspectos que prejudicam o clima organizacional apontados nos grupos focais corroboram os estudos de Maisonneuve (1970) na abordagem da Psicossociologia do Trabalho, sinalizando as repercussões diversas de um mesmo contexto aos trabalhadores, em razão das expectativas e frustrações distintas. Para Lhuilier, Barros e Araújo (2013), o trabalho fundamenta a criatividade, mobiliza a capacidade inventiva do trabalhador de se transformar e de se perceber como parte de um processo mais amplo de mudança, que extrapola a própria organização. Nesse sentido, a percepção de ser injustiçado de um lado e, de outro, do não merecimento de privilégios diante de seus pares, exigem, nas duas situações, formas de resistências para lidar com esse contexto, comprometendo cada trabalhador e seu coletivo.

Os achados nos grupos focais reforçam também as pesquisas de Dejours (2003/2004) sobre os impactos negativos do clima organizacional nas vivências de sofrimento no trabalho e no adoecimento. É preciso encontrar estratégias para ressignificar as experiências do trabalhador e do

coletivo, promover mudanças no contexto de produção, em especial criar estratégias legitimadas pelas equipes de trabalho de reconhecimento (formal, simbólico, pecuniário ou não) e que se torne uma prática perene, assim como manter espaços de fala e de liberdade de expressão sobre as atividades que executa, transformando o desgaste e o sofrimento em satisfação no trabalho.

A terceira categorização discutida nos grupos focais referiu-se ao rótulo ou a forma de estigmatizar os trabalhadores com atestados médicos.

◆ **ESTIGMA DO TRABALHADOR COM REITERADOS ABSENTEÍSMOS**

O **GRUPO 01** da **FILIAL 01** fazem referência à sobrecarga de trabalho para os trabalhadores assíduos; e o sentimento de exclusão e falta de prestígio dos empregados que apresentam reiterados atestados médicos, bem como a descrença da chefia e da equipe sobre sua real condição de saúde.

A equipe fica sobrecarregada, sabe-se que a pessoa não pode contar com esse alguém.

O **GRUPO 02** cita: a imagem profissional desgastada; e a percepção que se tem de um trabalhador sem responsabilidade e que faz uso de atestados médicos.

*Tem imagem desgastada.
São pessoas que usam o atestado como artifício.
Não tem responsabilidade com sua falta.*

O **GRUPO 03** reforça a imagem profissional desgastada desse profissional:

*É visto como um funcionário relapso, não tem boa conduta do profissional.
A quantidade de atestados não influencia na imagem, o que vai denegrir ou validar a imagem do funcionário é a conduta dele na Empresa.*

GRUPO 04 evidencia também que, no olhar desses gestores, o próprio trabalhador é responsável por sua condição e sua vulnerabilidade ao adoecimento psíquico. Impingem ao trabalhador a causalidade de seu próprio adoecimento por TMC e que esse tipo de problema de saúde é difícil de gerenciar, tanto quanto as pessoas que necessitam ser reintegradas ao trabalho e à Empresa.

*São ‘pessoas fracas’.
Têm pessoas que são mais sensíveis e se sentem injustiçadas e adoecem.
São considerados ‘vagabundo’, ‘preguiçoso’ e ‘mala’.*

Os participantes lotados na **Filial 02** citam: impacto na equipe quando um colega adoece; a autonomia dos gestores no processo de transferência e realocação, prejudicando os trabalhadores com absenteísmo-doença; e a inferência sobre a real condição de saúde do trabalhador.

Mesmo em casos de doentes, que todos sabem da fidedignidade do doente, a imagem fica negativa.

Tem gerente que olha o número de atestados do histórico para admiti o empregado no setor.

O gerente, muitas vezes, não dá credibilidade.

A imagem é negativa e quanto mais a ausência atrapalha as atividades, mais negativa fica.

Tem gerente que contribui para o trabalhador perder a credibilidade.

Na **Filial 03**, os gerentes participantes relatam: dano à imagem do trabalhador; modo de gestão; e condutas gerenciais que ferem os preceitos éticos da *Energix*.

Objetivamente ele está ‘queimado’.

É pouca a preocupação com a pessoa, mesmo que ele tenha boa imagem. O gerente fala por trás, comenta com a equipe.

Indiscrição do gerente. Ele repassa e reforça a imagem ruim. Ele reproduz a imagem ruim do empregado.

A imagem é sempre de um empregado faltoso. Ele é ‘nó cego’.

O grupo focal refere que a própria gerência imediata prejudica a imagem dos empregados com absenteísmo-doença e agem embasados em sua própria inferência, prejudicando o clima na equipe, influenciando negativamente os demais colegas. Segundo eles, esses gestores deveriam ser o aporte dos trabalhadores que precisam de cuidados e recuperar sua saúde. Para esse grupo focal, os gestores não estão preparados para gerenciar pessoas e suas demandas pessoais.

Na **Filial 04**, o relato sinaliza uma discriminação desmedida e um estigma negativo com quem adocece. E fazem referência também àqueles trabalhadores adoecidos que não aceitam se afastar do trabalho, prejudicando a produtividade e aumentando o presenteísmo.

Preguiçoso. Sem compromisso. Se ele está doente de verdade encaminha para o serviço médico.

O gerente não pode generalizar que todo(s) atestado(s) não é mentiroso.

Tem aqueles que adoecem por causa do gerente.

O gerente deve cuidar de quem adocece e não quer se afastar e também prejudica as atividades do setor.

Na **Filial 05**, o grupo segue as crenças e valores dos demais, cujos gestores rotulam e discriminam os trabalhadores que adoecem. Segundo dizem, ao receber reiterados atestados, já desconfia.

Vagabundo, Preguiçoso, ‘Mala’, não tem compromisso com a empresa, ‘nó cego’.

Quando repete “de novo” é quando fazemos um comentário pejorativo.

As categorias descritas no grupo da **Filial 06** foram: imagem profissional negativa; e autonomia do gerente para acatar e atestar a veracidade ou não dos atestados.

Cai na desconfiança. Acho que é falta de comprometimento, é gracioso.

Pode ser verdadeiro.

Às vezes o gerente consegue reconhecer se é doença ou é falso.

Ele (o gerente) contamina a equipe contra o empregado.

A inércia de não se antecipar, de conversar é mais fácil e dá menos trabalho atuar, não se preocupa em gerenciar pessoas.

Os empregados com direito ao adicional de periculosidade e insalubridade tem um absenteísmo mais baixo porque podem perder a gratificação. O benefício que a Empresa oferece favorece o uso exagerado do absenteísmo-doença.

Em que pese alguns gestores expressarem a negação donexo causal do modo de gestão sobre o adoecimento psíquico de trabalhadores, eximindo-se e a seus pares dessa responsabilidade, reconhecem que há práticas abusivas e que configuram violências no trabalho nas mais diversas formas, ressaltando o assédio moral.

Esses grupos focais, muito mais que identificar fatores de absenteísmo por TMC, possibilitaram aos 109 gestores participantes refletirem sobre sua própria forma de liderança, sobre a cultura organizacional, sobre a prevalência de um modelo autocrático, violento e abusivo de gerenciar pessoas, capaz de destruir psiquicamente trabalhadores (Caldas, 2007/2008; e Barreto, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“*Este é o fruto do meu trabalho*”. A partir dessa afirmação de Sérgio (nome fictício), foi possível imaginar qual fruto refere a obra criativa, produzida em contexto saudável, seguro e prazeroso. Ou seria “*Este é o fruto insalubre do meu trabalho*”? Uma labuta cujo fruto é podre, bichado, envenenado; capaz de provocar até a morte do trabalhador! Esse ‘*fruto*’ e esse ‘*trabalho*’ passa pela subjetividade, própria de cada indivíduo. É uma construção de sentidos que inicia ainda na infância, quando muitas e tantas são as profissões a seguir, sem qualquer censura ou fator valorativo. Se modifica à medida em que se exercita um fazer profissional efetivo. E não se encerra quando se aposenta ou se afasta do mundo do trabalho. Esse sentido é construído indistintamente, podendo ser fonte de realização para uns e, para outros, vivências de sofrimento e até fonte de adoecimento.

A questão-problema que norteou esta pesquisa foi demonstrar quais os elementos do contexto de trabalho podem configurar o nexocausal dos TMC prevalentes no absenteísmo-doença. Para elucidá-la, a triangulação de métodos de pesquisa de natureza quanti-qualitativa demonstrou ser relevante, permitindo um olhar multifacetado sobre o fenômeno. E visando a responder essa questão norteadora, definiu-se como objetivo geral compreender os riscos psicossociais e os agravos à saúde mental do trabalhador e o nexocausal do trabalho realizado. E os objetivos específicos permitiram analisar e demonstrar causalidades da ambiência organizacional sobre os TMC.

O primeiro objetivo específico foi ‘*identificar trabalhadores com absenteísmo por TMC e patologias do Grupo F (CID-10) prevalentes (ocorrências e dias perdidos), entre 2010 e 2013*’. Para obter essas respostas, utilizou-se a pesquisa documental (Etapa Quantitativa) por meio dos registros e das análises dos dados brutos e do tratamento estatístico descritivo e inferencial do absenteísmo por

TMC. Os resultados obtidos revelam que 184 empregados apresentaram ao menos uma ocorrência de absenteísmo por TMC. Do total de empregados com absenteísmo no período, 5,9%, em média, decorreu de TMC e, em relação ao QP total, 3%, em média, com ou sem afastamentos. Esse dado quantitativo é significativo e elevado, se comparado com os dados do AEAT do INSS, no mesmo período.

Sobre a categorização dos 184 empregados identificados, a pesquisa documental demonstrou que as mulheres apresentaram maior absenteísmo por TMC; que a faixa etária entre 51 à 60 anos, casada ou em união estável demonstraram maior concentração; a escolaridade em nível superior e com pós-graduação, cargos de nível médio suporte e com tempo de serviço entre 10 e 19 anos foram a maioria.

Ao analisar o recorte de gênero, verifica-se que 79% do quadro é masculino e 21% feminino, prevalecendo uma população própria de um negócio de engenharia. Ao analisar o percentual de absenteísmo-doenças, os dados de gênero se invertem, com 69,4%, em média, do grupo feminino, com afastamentos em relação à 40,3%, em média, masculino. Do total, 9,8% das ocorrências por TMC ocorreram entre as mulheres e 4,7%, entre os homens, demonstrando que o grupo feminino apresentou duas vezes mais atestados médicos por doenças do Grupo F (CID-10) que o masculino.

Do total de absenteísmo-doenças, os TMC corresponderam à 4% do total de ocorrências a cada ano. Sobre o total de dias perdidos, esse diagnóstico comprometeu entre 4% e 7% do absenteísmo-doenças. E as patologias do Grupo F (CID-10) prevalentes, por ocorrências e por dias perdidos, foram: reações ao stress grave e transtornos de adaptação (F-43), transtornos ansiosos (F-41), episódios depressivos (F-32), transtornos depressivos recorrentes (F-33), TMC devido ao uso de álcool (F-10), por uso de substâncias psicoativas (F-19), transtorno afetivo bipolar (F-31) e transtorno obsessivo-compulsivo (F-42). Revela-se importante ressaltar que no banco de dados fornecidos pela *Energix* não há registro de CAT de TMC ocupacional, ou seja, cujo nexos causal tenha relação com os fatores de trabalho, levando a hipótese de subnotificação.

Para responder aos demais objetivos específicos, foram selecionadas duas amostras da Etapa Qualitativa. A primeira, formada por 108 dos 184 empregados com ao menos um atestado médico por TMC foi submetida a dois instrumentos: entrevista semiestruturada e ao ITRA. E, da segunda amostragem, participaram gestores que participaram de grupos focais, realizados nas filiais onde são lotados.

As respostas do segundo objetivo específico: ‘*analisar o sentido do trabalho como processo de subjetivação e de fatores de adoecimento*’, foram obtidas por meio da participação da primeira amostra qualitativa.

Os relatos traduziram o vínculo afetivo estabelecido com o labor, construído nos anos de serviços prestados à *Energix*. E a análise dessa categoria temática contribuiu para compreender o sentido e os significados do trabalho e seus impactos nas condições de saúde mental.

As falas: ‘*sou parte da Energix*’ e ‘*a realização da capacidade criativa*’ transcritas evidenciam a percepção de vínculos afetivos adequados com o trabalho. Reforçam sentidos de realização, de motivação, de comprometimento com o fazer, da relevância da atividade que desempenha, do real sentimento de realização e a percepção de pertencimento ao contexto de trabalho.

Por outro lado, a verbalização: ‘*trabalho é trocar nossa saúde por dinheiro*’ expressa o sentido de fardo, de castigo, restrito à contrapartida pecuniária. As dificuldades enfrentadas no contexto de trabalho demandam esforço excessivo, sinalizam riscos psicossociais e um reforço do sofrimento e do comprometimento da saúde que podem configurar o nexo causal do adoecimento psíquico.

A compreensão do sentido do trabalho, na ótica dos entrevistados, permitiu identificar fatores de vulnerabilidade de riscos psicossociais e de agravos à saúde mental: sentimento de injustiça, de indignação e de desesperança; falta de reconhecimento, de crescimento e de carreira; dificuldade de transferência, políticas de encarecimento e de promoção injustas. Além desses, citaram: dificuldades com a cultura organizacional, principalmente no que se refere à organização do trabalho, em termos de suas metas, prazos e distribuição de tarefas; e ao modo gestão e à autonomia na tomada de decisão gerencial, que tanto pode promover como pode prejudicar a carreira do empregado.

Portanto, esta pesquisa ratifica a correlação *subjetividade x trabalho*, demonstrando a percepção das variáveis laborais que impactam, de modo distinto, cada sujeito. Embora sem perder de vista seu aspecto multifatorial, o sentido e os significados do trabalho se resumem em: realização e sustento. Sejam aspectos prazerosos, de satisfação e de comprometimento, de um lado; ou de sofrimento, de castigo (*tripalium*), de sobrecarga e de riscos psicossociais e de vulnerabilidade ao adoecimento mental, de outro.

A subjetividade do trabalhador inclui a estrutura e a psicodinâmica de personalidade, a construção do sentido laboral na história de vida e na dinâmica familiar, nos ciclos vitais e nos aspectos mais amplo de saúde, repercutindo na construção subjetiva do sentido de trabalho e no desempenho, justificando a compreensão de que, num mesmo contexto e sob as mesmas condições,

uns sofrem e outros sobrevivem; uns transgridem, outros são subservientes; uns permanecem imobilizados, outros escapam, vão embora; uns adoecem, outros resistem ao sofrimento.

Nesta pesquisa, o sentido do trabalho revela-se negativo entre aqueles que relatam a falta de reconhecimento e valorizam de atividades que não estão relacionadas diretamente ao negócio. Também é negativa entre aqueles que se percebem prejudicados e denunciam as indicações político-partidárias e/ou as redes sociais de poder como critérios únicos de ascensão profissional. Referem à ausência de políticas de meritocracia e à condução ineficaz dos processos de Gestão de Pessoas, a exemplo de transferência e promoção. O poder decisório sobre esses processos é concentrado nos gerentes e, embora o trabalhador atenda aos critérios estabelecidos na avaliação de desempenho, não é contemplado com oportunidade de encareiramento.

Como saída para reduzir os riscos psicossociais relacionados ao sentido e aos significados do trabalho, esta pesquisa aponta a possibilidade de favorecer a fala dos trabalhadores em grupos de intervenção psicossocial sistêmica – modelo proposto nesta tese de doutorado, de modo a identificar fatores que impactam em percepções distintas ou mesmo antagônicas que podem promover saúde mental ou a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico e aos agravos à doença mental, ratificando a importância de ressignificar o vínculo afetivo com o trabalho.

O terceiro objetivo específico desta pesquisa foi *‘correlacionar o contexto laboral ao sofrimento no trabalho, aos sintomas psicossomáticos, ao custo humano, aos danos físicos e psicossociais, na ótica dos respondentes’*.

A Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho do ITRA revela que a *Organização de Trabalho* (3,16), seguida das *Relações Socioprofissionais* (2,70) foram os fatores que sinalizaram maiores riscos psicossociais e as *Condições de Trabalho* o menor impacto, com 2,15. A média total foi de 2,60 e manteve-se inferior à metade das médias das variáveis analisadas. O item *Organização de Trabalho* foi o mais elevado independente das variáveis de faixa etária, de gênero, de escolaridade e de tempo de serviço.

Ao correlacionar o resultado dos aspectos negativos do contexto de trabalho e essas categorias, os dados revelam que a única diferença significativa ocorreu no item *escolaridade*. Os participantes com pós-graduação percebem as *Relações Socioprofissionais* como componente mais crítico do contexto de trabalho.

A tarefa realizada como causa de adoecimento não é uma queixa significativa nas entrevistas, nem no ITRA, embora haja expressões que descrevem a rotina, a repetitividade de tarefas sem sentido

e a ausência de espaço para criatividade como fatores de insatisfação, sem relato que evidencie vivências de sofrimento psíquico.

O modo de gestão foi descrito nas entrevistas como fator preponderante de sofrimento psíquico e de TMC. Inicia nas faltas de competência e de mérito na indicação gerencial, próprio da cultura organizacional. Relatam que a gestão permissiva ou o modelo *laissez-faire* é tão danoso quanto o autocrático e suas práticas abusivas de poder. Em ambos, favorecem às formas de violências no trabalho, principalmente o assédio moral e a gestão de injúria, adoecendo tanto a vítima quanto a equipe que testemunha.

Na ótica dos entrevistados, esse poder é desmedido e banalizado, permitindo práticas como: ociosidade imposta, desvio de função ou a *coisificação* do trabalhador. Não se utiliza qualquer medida disciplinar aos gestores. No máximo, quando há denúncias em órgãos externos ou uma ação trabalhista transitada em julgado, o gestor assume um cargo de assessoria.

Ainda no que se refere ao modo de gestão, relatam que a autonomia na tomada de decisão gerencial é tamanha, capaz de modificar a carreira profissional de seus subordinados, decidindo desde o abono de falta e assunção de um atestado médico até a indicação de promoção e de crescimento numa carreira gerencial.

Os fatores das relações socioprofissionais, capazes de gerar danos, citados pelos respondentes foram: conflitos geracionais, dificuldade em lidar com figuras de alteridade, competitividade desmedida ou atos discriminatórios inclusive em razão da doença mental quando exposta na equipe de trabalho. Essas relações danosas são fonte de sofrimento e denotam riscos psicossociais, podendo gerar ou agravar TMC.

Quanto à organização de trabalho, são diversos os fatores, na ótica dos respondentes, de vulnerabilidade psíquica, destacando: o uso inadequado das políticas de Recursos Humanos (Gestão de Pessoas), um modelo de gestão não participativo e a falta de transparência nas tomadas de decisão. Essa autonomia é irrestrita, provoca desconforto, sentimento de injustiça e de insatisfação que, perdurando no tempo, é capaz de romper os vínculos afetivos com a empresa. Pode também desarmonizar as relações socioprofissionais e, naqueles que não conseguem desenvolver mecanismos de defesa estruturantes, dificilmente conseguem dar conta desses fatores laborais que podem provocar o sofrimento patogênico.

Dentre os processos mais críticos administrados de modo discricionário pelos gestores, destacam: a avaliação de desempenho, ações educativas (desenvolvimento técnico e comportamental), escalas de viagens, jornadas em turno de revezamento e/ou noturno e processos de

carreira e de promoção por meio de incentivo pecuniário. Apontaram, ainda, questões mais amplas, relacionadas à cultura organizacional, tais como: a comunicação empresarial, a falta de planejamento, os critérios de definição de metas, distribuição de tarefas não negociadas, resultados não compartilhados ou não reconhecidos e desvio de função. Somam-se a percepção de ingerência política partidária e das redes de poder, além da ausência de critérios transparentes e justos nas oportunidades de carreira.

Os sintomas psíquicos prevalentes no período entre 2010 e 2013, relatados nas entrevistas, foram: ansiedade, emotividade, angústia e diminuição da libido. E frequência de sintomas na época ou durante a entrevista permaneceram inalteradas, com exceção da libido. Em contrapartida, apareceram tristeza e irritação. Esses dados permitiram concluir que os sintomas perduram no tempo, denotando uma ferida psicológica não cicatrizada ou reaberta diante da submissão aos instrumentos de pesquisa.

Insônia, dor no estômago, hipertensão, boca seca, bruxismo (ranger os dentes) e compulsões diversas foram sintomas físicos recorrentes no período pesquisado. E, à época da entrevista, surgiram: sudorese, mãos e pés frios e respiração alterada; mantendo os sintomas de dores de estômago, bruxismo e hipertensão.

As doenças do Grupo F (CID-10) mais frequentes apontadas na pesquisa documental e relatadas pelos participantes das entrevistas foram: depressão, transtorno de ansiedade, *stress* e pânico. Embora seja relevante o número de ocorrências e de dias perdidos por TMC por uso problemático de substâncias psicoativas, principalmente o álcool, apenas um ou dois por Filial fizeram menção à compulsão por drogas. Além disso, não houve relato de transtorno de adaptação, embora apareça com destaque nos dados quantitativos. Possivelmente, a dificuldade de perceberem o desconforto e a inadaptação como sintoma de adoecimento psíquico justifique essa discrepância entre os dados qualitativos e quantitativos analisados.

No ITRA, a falta de *Liberdade de Expressão* (3,84) e de *Realização Profissional* (3,45) foram os fatores mais críticos que provocam *Sofrimento no Trabalho*. E, embora com menor impacto, a *Falta de Reconhecimento* (2,72) também apresenta valores elevados. A média total foi de 3,33, superior à metade das médias correspondentes.

Ao correlacionar os fatores de vivência de sofrimento no trabalho e as variáveis de categorização, observou-se uma diferença significativa entre os respondentes na faixa etária de 50 ou mais anos de idade e com mais tempo de serviço na *Energix*. Nesses grupos, o item *Realização Profissional* é o fator mais crítico.

O ITRA investiga o *Custo Humano no Trabalho* e o resultado apontou o *Custo Cognitivo* (3,29) como de maior risco psicossocial e vulnerabilidade ao adoecimento, o *Custo Afetivo* (2,50) e por último o *Custo Físico* (2,03). A média geral foi de 2,60, inferior à metade das médias, demonstrando não ser elevada.

Ao correlacionar os itens do Custo Humano no Trabalho e as categorias analisadas, houve uma diferença relevante entre os respondentes com mais tempo de serviço, com menor escolaridade e que executam atividades de campo, cujo *Custo Físico* elevado. Esse dado corrobora as doenças osteomusculares com maior esforço físico.

Por fim, os *Danos Relacionados ao Trabalho* avaliados demonstraram a prevalência de *Danos Psicológicos* (2,62), seguido de *Danos Físicos* (2,51) e por último os *Danos Sociais* (2,07). A média total de 2,44 foi elevada, superior à metade das médias.

Observou-se diferenças relevantes quando correlacionou-se os danos físicos elevados à faixa etária de 50 anos ou mais de idade, e os danos psicossociais foram mais significativos entre mulheres e trabalhadores com mais tempo de serviço.

Os dados referentes ao Custo Humano conferem ao *Contexto de Trabalho* o nexo causal do absenteísmo por TMC, principalmente em razão da *Organização do Trabalho* e das *Relações Socioprofissionais*, na ótica dos respondentes. E essas informações coletadas são quanti e qualitativamente significativas, demandando uma análise mais aprofundada dos dados e ações interventivas que possam minimizar os impactos do trabalho na saúde mental dos trabalhadores.

A segunda amostra da Etapa Qualitativa, formada por gestores, que participaram dos grupos focais, respondeu o último objetivo proposto, favorecendo a uma melhor compreensão sobre os modos de gestão praticados.

O quarto e último objetivo específico foi *‘descrever crenças e valores estigmatizantes de gestores sobre os trabalhadores com absenteísmo recorrente’*. Para responder, foi construído um roteiro de quesitos e aplicado nos grupos focais. As contribuições dos participantes foram agrupadas, conforme o método de análise de conteúdo de Bardin (2006), nas seguintes categorizações: contexto de trabalho e suas repercussões no absenteísmo por TMC; clima organizacional e a saúde mental dos trabalhadores; e estigma do trabalhador com reiterados absenteísmos.

Diferentemente da percepção da primeira amostra, os participantes dos grupos focais, em maioria, não atribuem ao modo de gestão a causalidade do absenteísmo. Em todos os grupos, o nexo, quando não é conferido ao próprio trabalhador, atribui-se às condições de trabalho e ao cenário econômico e sociopolítico do Brasil.

Entre as causas de absenteísmo-doença infligidas a fatores externos e ao contexto de trabalho, ressaltaram: cenário de incerteza do setor elétrico e a possibilidade de privatizações; falta de transparência nas tomadas de decisões da alta gestão, inclusive financeiras, e o direcionamento das áreas estratégicas, que impactam na sustentabilidade do negócio; comunicação empresarial deficiente; demandas dos subordinados sobre a real situação da Empresa; o processo atual de reestruturação; locais de trabalho inadequados e infraestrutura básica precária nos acampamentos; e as relações socioprofissionais inadequadas entre os pares e a exclusão social.

Evidenciaram ainda fatores relacionados das políticas e dos processos de Gestão de Pessoas da Empresa. Nas entrevistas com a primeira amostra, há relatos sobre a autonomia irrestrita dos gerentes imediatos ao deliberarem sobre essas políticas. Enquanto nos grupos focais, os gerentes, em sua maioria, não reconhecem os riscos psicossociais provocados ao deliberarem sem critérios transparentes e justos sobre os processos de RH, principalmente, oportunidades de promoção, ausência de uma carreira técnica, falta de critérios objetivos e de prazos para transferências de empregados entre as Filiais. Além disso, os participantes também atribuem ao trabalhador a causa de seu absenteísmo-doença, principalmente: problemas pessoais e familiares; insatisfação no trabalho; sentimentos recorrentes de frustração e fracasso por não atingir um objetivo; e assimetria entre a expectativa do trabalhador e as exigências do trabalho.

Embora tenham sido falas isoladas nos grupos focais, houve relatos sobre o modo de gestão praticado, inclusive com depoimentos de gestores reconhecendo sua própria e inadequada maneira de gerenciar a equipe. Dentre os fatores, revelaram: falta de equidade, de justiça e de transparência; gestão autoritária; práticas de assédio moral e atos violentos de perseguição; ações discriminatórias e excludentes, que marginalizam uns e favorecem e protegem outros; e gestores que não são legitimados pela equipe.

A segunda categorização temática foi identificar fatores que repercutem para um clima organizacional negativo. As respostas recorrentes foram: falta de reconhecimento; perseguição e discriminação; relações socioprofissionais danosas; assédio moral e outras violências entre os pares; condições laborais precárias; trabalho integralmente útil; pausas, folgas e tempo para descanso insuficientes; sobrecarga da equipe; e as políticas de Gestão de Pessoas.

A terceira e última temática deste objetivo específico referiu ao estigma do trabalhador que apresenta reiterados atestados médicos, elevando o resultado do indicador de absenteísmo. As respostas mais significativas nos grupos focais foram: falta de prestígio, descrença da chefia e da equipe sobre a veracidade do adoecimento do empregado; ser percebido como irresponsável e que

faz uso indevido de atestados para ausentar-se do trabalho; impingem a causalidade do adoecimento ao empregado e à vulnerabilidade de sua condição de saúde, principalmente da ordem psíquica, rotulando e discriminando esses trabalhadores; e por desacreditar do absentéismo, a chefia imediata prejudica a imagem do empregado e fere os preceitos do Código de Ética e Conduta da *Energix*, fundamentado em seus preconceitos e inferências, e influencia negativamente a percepção da equipe sobre o colega.

“*Vagabundo, Preguiçoso, ‘Mala’, não tem compromisso com a empresa, ‘nó cego’*”. Essa é uma das falas obtidas nos grupos focais que retrata o estigma negativo à imagem profissional do empregado com ausentismos. A autonomia irrestrita dos gestores, além de prejudicar a imagem e a carreira profissional do subordinado, parece permitir que assuma o lugar privativo ao médico do trabalho, quando diz que “pode acatar e atestar a veracidade ou não dos atestados médicos”, textualizada na fala de um dos participantes.

As respostas obtidas nos grupos focais confirmam uma forma de gerenciar cujo foco está nos processos e resultados em detrimento das condições de saúde dos trabalhadores. Esse modo de gestão é reforçado nas afirmativas obtidas com a primeira amostra da etapa qualitativa. No entanto, não há que se falar num modelo gerencial universal da *Energix*, pois esta pesquisa evidencia aspectos da subcultura organizacional onde os agravos à saúde em razão das relações socioprofissionais revelam ser distintos em cada filial.

De um lado, há falas que demonstram boas práticas e um modo saudável e produtor de liderança. Por outro, há um modo de gestão autocrático que isenta sua gestão das pessoas como causa de sofrimento e de riscos psicossociais. Imputam ao próprio trabalhador a responsabilidade de seu adoecimento, às condições de trabalho da *Energix* ou ainda a um contexto macro, que extrapola as políticas da organização.

As dificuldades diversas descritas pelas duas amostras apontam no combate diário às condições do contexto de trabalho que favorecem aos riscos psicossociais e aos agravos à saúde mental dos trabalhadores, corroborando a configuração donexo causal do trabalho.

A Psicossociologia do trabalho foi a abordagem que fundamentou o modelo de avaliação e de intervenção nos riscos psicossociais relacionados ao trabalho. As amostras de trabalhadores com histórico de absentéismo por TMC e de gestores permitiram ampliar a compreensão sobre a relação entre saúde mental e trabalho. O modelo proposto neste estudo iniciou com uma pesquisa documental do absentéismo por TMC e, a partir dos dados estatísticos, obteve-se elementos para identificar essa amostra. Ainda com base na referida abordagem, utilizou-se o método de grupo focal com gestores

para compreender suas crenças e valores sobre o adoecimento do trabalhador e repercussões na produtividade.

A relevância desta pesquisa, portanto, foi considerar o sujeito-trabalhador e aspectos singulares de sua personalidade, sua história de vida, e o sentido que confere ao trabalho. Do indivíduo, ampliou-se essa análise crítica do diagnóstico organizacional, às ações de promoção de saúde, qualidade de vida e segurança do trabalho; bem como às contribuições dos grupos focais com os gestores. Desse modo, configura-se a proposta do modelo interventivo sistêmico, cujos resultados denotam ser exitosos desde sua implementação, em 2006, com adaptações e melhorias implementadas a cada avaliação dos resultados obtidos nas intervenções realizadas.

Essa metodologia proposta na tese de doutorado vem trazendo contribuições tanto para o trabalhador quanto para as equipes submetidas ao processo interventivo. Dos resultados obtidos nos indicadores pré-estabelecidos, destacam-se: redução dos impactos negativos do contexto de trabalho; criação de um espaço de fala, de modo a permitir a expressão de queixas e a ampliação de um repertório criativo; identificação de oportunidades de melhoria na tarefa individual e no resultado da equipe; e a otimização de resultados e na produtividade.

Os indicadores de absenteísmo-doença propostos são mensuráveis. Há também resultados de difícil valoração, obtidos por meio da verbalização de vínculos efetivos e afetivos com o trabalho e com a Empresa, a ressignificação do fazer laboral como prazeroso, significativo, reconhecido e valorizado, gerando comprometimento e um ambiente saudável e seguro.

Sobre o local onde esta pesquisa foi realizada, é relevante destacar que se trata de uma empresa brasileira do setor elétrico energético, com risco de acidente de trabalho em Grau III. A *Energix* (nome fictício) extrapola as demandas legais contidas nas Normas Regulamentadoras (NR). Seu Programa Corporativo de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho é estratégico, inclusive com custeio específico de investimento na saúde dos empregados, a exemplo do rol de exames médicos custeados integralmente pela *Energix* e que excedem as determinações da NR-07.

A coleta quanti-qualitativa permitiu, além dos objetivos alcançados, suscitar novos questionamentos sobre o adoecimento psíquico. Por meio desse artifício metodológico, resta provado que o trabalho pode ser nexos causal do sofrimento psíquico e até mesmo dos agravos à saúde mental dos trabalhadores.

Foram muitas as limitações enfrentadas neste caminhar científico. A primeira e talvez a principal delas foi a legitimação da pesquisa por trabalhadores com absenteísmo por TMC. A estratégia adotada para convidar por telefone os participantes mostrou-se inadequada. Acreditava-se,

a princípio, que um e-mail formal fosse um veículo de comunicação impessoal, podendo provocar resistências em participar. Sugere-se, em novas pesquisas, uma ação prévia socioeducativa e uma sensibilização, contemplando todo o público interno, extrapolando a amostra específica no estudo.

Outra limitação foi restringir a amostra aos trabalhadores com absenteísmo por TMC. Para responder ao objetivo sobre onexo causal do contexto de trabalho nos riscos psicossociais e nos agravos à saúde mental, propõe-se considerar também a percepção dos trabalhadores assíduos e sem histórico de doenças psíquicas. Com mais essa amostra seria possível obter informações mais aprofundadas sobre a causalidade laboral, assim como outros fenômenos, a exemplo do presenteísmo. Muitos empregados até cumprem sua jornada, porém nem sempre realizam atividades ou cumprem seu plano de trabalho, comprometendo os resultados da equipe tanto quanto os ausentes.

A pesquisa documental evidenciou as áreas críticas com absenteísmo por TMC, permitindo um estudo mais detalhado sobre os impactos do contexto de trabalho sobre os trabalhadores com absenteísmo por TMC. Portanto, revela-se também como limitação desta pesquisa não ter sido realizada a análise qualitativa dos riscos psicossociais nessas referidas áreas. Recomenda-se realizar grupos focais também por equipes, principalmente nas áreas com prevalência de atestados médicos por doenças do Grupo F (CID-10).

A ampliação das amostras, incluindo as equipes, poderá contribuir com informações sobre crenças estigmatizantes acerca de trabalhadores com reiterados absenteísmos e as repercussões também nas relações socioprofissionais entre os pares.

Os resultados obtidos nesta pesquisa reforçam uma demanda de estudos mais aprofundados sobre modos de gestão e relações socioprofissionais estabelecidas que estigmatizam e comprometem a imagem profissional de trabalhadores em sofrimento patogênico e vulneráveis às doenças psíquicas.

Em novas pesquisas, é recomendado incluir também indicadores de segurança no trabalho, confrontando os acidentes com os comportamentos de risco, por meio da triangulação de métodos. Sugere-se ainda identificar melhorias na gestão do absenteísmo-doença que permitam minimizar os riscos psicossociais no trabalhador, nas relações entre os pares, na gestão das equipes e no negócio. Para tanto, a contribuição das novas amostras propostas ser significativas.

Recomenda-se realizar uma pesquisa longitudinal que possibilitem diagnóstico organizacional visando a identificar riscos psicossociais. Ao emergir e identificar o nexocausal do trabalho, essas avaliações permitem rever as políticas, os processos e as ações de Gestão de Pessoas ou de Recursos Humanos.

Não há garantias que um ambiente de trabalho em condições ideais de saúde, segurança e qualidade de vida possa manter em níveis favoráveis ou reduzir os resultados do absenteísmo-doença. No que se refere especificamente ao adoecimento psíquico, é preciso considerar que a subjetividade do trabalhador é inevitável. Por ser multidimensional, os TMC são inerentes à personalidade e a demais fatores de vulnerabilidade do trabalhador que extrapolam os muros organizacionais.

Entretanto, fica evidente que a personalidade do trabalhador, com TMC, como alegam os gestores participantes, não é o principal fator de risco. A triangulação de métodos aplicada às amostras estudadas evidencia o nexos causal do contexto de trabalho e das diversas formas de violência que provocam sofrimento patogênico e adoecimento mental no coletivo de trabalhadores. Uns adoecem, outros não! Mas, de fato, há ao menos a configuração da concausa quando o obreiro é vulnerável a sua obra e a precarização da ‘fonte de seu sustento’.

O Sapateiro

Bate o prego

Bate o prego

Bate a sola

- o sapato da madame é pra domingo.

Bate a sola

De manhã

Bate a sola

Bate a sola

Bate o prego

- o sapato do doutor tem que ser hoje.

Bate o prego

Bate o prego

Bate a sola

(o feijão está faltando lá em casa)

Bate a sola

Bate a sola

Bate o prego

(o leite dos meninos...)

Bate o prego

(o caderno do Tinoco)

Bate a sola

(remédio de Aninha)

Bate a sola sapateiro,

Bate a sola

Bate o prego, sapateiro

Bate o prego.

Bate prego

Bate prego

Bate prego

Bate sola

Bate sola

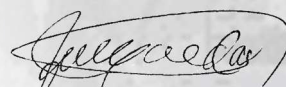
Bate sola

Bate prego, bate sola,

Bate prego, bate sola,

Bate prego, bate sola,

Sapateiro.



ARTIGO 05

“SOU UM AUSENTE. NEM FAÇO MAIS FALTA”: REPERCUSSÕES DO ABSENTEÍSMO

*“Quando estiver na cabeceira
da cama de seu paciente,
não esqueça de perguntar-lhe
onde trabalha, para saber
se na fonte do seu sustento
não se contra a causa
de sua enfermidade.”
(Ramazzini, 1700, p.36)*

CALDAS, LAURA PEDROSA¹

CALDAS, MARCUS TULIO²

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi identificar repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores adoecidos, no contexto laboral e impactos financeiros na *Energix*. E específicos: descrever os impactos nos trabalhadores com maior vulnerabilidade aos TMC e em sua dinâmica familiar; apontar repercussões dos dias perdidos por TMC na tarefa, no setor, no relacionamento socioprofissional e na gestão das pessoas; e demonstrar o impacto financeiro do absenteísmo por TMC, considerando o custo remuneratório por dia perdido no período, dos trabalhadores com uma ou mais ocorrências, no período de 2010 a 2013. O caminho metodológico adotado foi a triangulação de métodos quanti-qualitativo. Na etapa quantitativa, utilizou-se o método descritivo-inferencial e os critérios de inclusão foram: dados do absenteísmo por TMC, no período, por ocorrências, por dias perdidos e por patologias prevalentes. E de exclusão: atestados fora do período e de outro tipo de doença. Utilizou-se o SPSS-21. Amostra da etapa qualitativa: 108 dos 184 trabalhadores com absenteísmo por TMC, submetidos à entrevista. Os dados coletados foram categorizados e os resultados apontam: (1) impactos nos trabalhadores: colegas e gestores descredenciam os sintomas de doenças psíquicas, estigmatizam, discriminam e prejudicam a imagem profissional e a carreira do trabalhador com TMC; prejuízos financeiros diretos (redução de salário (aposentados pelo ISS), medicamentos, assistência psiquiátrica e psicológica, dentre outros); perda de uma chance (promoção ou oportunidade de carreira, mesmo atendendo aos critérios formais da avaliação de desempenho); repercussões na dinâmica familiar (escondem o sofrimento ou se isolam da família, reproduzem os danos do trabalho em forma de violência doméstica, reduzem a renda familiar); e tende a intensificar os sintomas psicossomáticos, inclusive com ideação e até tentativa de suicídio; (2) impactos na organização do trabalho: nas tarefas e no setor (redistribuição de atividades, prejuízo na produtividade, comprometimento das metas setoriais); no relacionamento entre pares (queixas e conflitos, novos absenteísmos, aumento das horas extraordinárias, desvios de conduta); na gestão das pessoas (suporte gerencial aos trabalhadores com absenteísmo e aos assíduos facilita o retorno ao trabalho; a autonomia gerencial no uso das políticas de RH pode prejudicar os trabalhadores com absenteísmo); e (3) repercussão financeira na *Energix*: prejuízos baseados na remuneração/dia dos trabalhadores com absenteísmo por TMC, entre 2010 e 2013, num montante de R\$ 2.994.286,42.

Palavras-chave: Absenteísmo-doença por TMC; Repercussões no Trabalhador; Impactos na Organização.

¹Doutoranda e Mestre em Psicologia, com ênfase na Clínica das Instituições. Especialista em Gestão de Equipes, Dinâmica de Grupo (UNICAP) e Psicologia Organizacional e do Trabalho (CRP/02). Psicóloga (*ENERGIX*). Perita (TRT-06). Coordenadora do Núcleo de Psicologia (Faculdade Redentor/RJ IDE Pós Graduações) e Docente em IES.

²Doutor em Psicologia pela Universidade de Deusto, Espanha. Graduação em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, UFF. Professor Adjunto II (UNICAP). Docente convidado em IES.

ABSTRACT

The objective of this research was to identify repercussions of TMC absenteeism on sick workers in the work context and financial impacts on Energix. And specific: describe the impacts on workers most vulnerable to TMC and their family dynamics; point out the repercussions of the days lost by TMC in the task, in the sector, in the socio-professional relationship and in the management of people; and demonstrate the financial impact of absenteeism due to TMC, considering the remuneration cost per day lost in the period, of workers with one or more occurrences, from 2010 to 2013. The methodological approach adopted was the triangulation of quantitative and qualitative methods. In the quantitative step, the descriptive-inferential method was used and the inclusion criteria were: data on absenteeism by TMC, in the period, by occurrences, by days lost and by prevalent pathologies. And exclusion: certificates outside the period and other type of disease. SPSS-21 was used. Qualitative stage sample: 108 of 184 workers with TMC absenteeism submitted to the interview. The collected data were categorized and the results indicate: (1) impacts on workers: colleagues and managers discredit the symptoms of psychic diseases, stigmatize, discriminate and undermine the professional image and career of workers with TMC; direct financial losses (salary reduction (retired by ISS), medicines, psychiatric and psychological assistance, among others); loss of a chance (promotion or career opportunity, even meeting formal performance appraisal criteria); repercussions on family dynamics (hiding the suffering or isolation from the family, reproducing the damage of work in the form of domestic violence, reducing family income); and tends to intensify psychosomatic symptoms, including ideation and even suicide attempt; (2) impacts on work organization: tasks and sector (redistribution of activities, impairment in productivity, impairment of sectoral goals); in peer relationships (complaints and conflicts, new absenteeism, increased overtime, misconduct); in people management (managerial support for absenteeism workers and assiduous workers facilitates the return to work; managerial autonomy in the use of HR policies can harm workers with absenteeism); and (3) financial impact on Energix: losses based on the compensation / day of workers with TMC absenteeism, between 2010 and 2013, in the amount of R \$ 2,994,286.42.

Keywords: Absenteeism-disease by TMC; Repercussions on the Worker; Impacts on the Organization.

INTRODUÇÃO

Certa é mesmo a incerteza das mudanças organizacionais. Situações como: processo de fusão, privatização, redução de benefícios e direitos garantidos em acordos coletivos ou mesmo na CLT e outras formas de prestação de serviço; contratos temporários; terceirizações e até quarteirizações; teletrabalho ou *home office*; eliminação de postos de trabalho; redução de quadro; aumento das horas trabalhadas; degradação e desqualificação profissional; bem como o aumento da taxa de desemprego; são algumas das transformações que trazem consigo repercussões de toda ordem.

O trabalhador, no entanto, é o receptor dos impactos mais danosos desse cenário e quem demanda por estratégias para se adaptar, suportar as crises e ainda manter intactas sua saúde, sua segurança e sua qualidade de vida. O enfrentamento constante dessas e tantas outras mudanças, contudo, quase sempre é evidenciado no sofrimento psicológico sistemático, capaz de gerar desajustes, comprometer a saúde mental, reproduzir violências, além de repercutir sobremaneira nas organizações, mediante dados do absenteísmo, do *presenteísmo*, do acidente de trabalho, da transgressão, do abandono de emprego e outros fenômenos.

Diante de mudanças que ora beneficiam diretamente o patrão e ora ampliam as condições de empregabilidade dos trabalhadores, o indivíduo é colocado frente a um novo paradoxo, explicam Borges e Yamamoto (2004). Ao mesmo tempo em que se é seduzido pelas tarefas e desafios, sente-se impotente e desmotivado diante das condições inadequadas de trabalho e dos riscos psicossociais advindos desse cenário.

Muitos são os estudos sobre trabalho *versus* saúde mental, inclusive no Brasil. As abordagens que estudam a temática dão ênfase aos fatores de adoecimento da classe trabalhadora que, dentre as consequências, provoca absenteísmo e, por sua vez, repercute em danos econômicos, financeiros, sociais; desestrutura as equipes de trabalho e gera conflitos, retrabalhos e diminuição da produtividade; e, numa esfera individual, novos adoecimentos, desvios de conduta e até o desemprego.

O absenteísmo, segundo Chiavenato (2014), Couto (1987), Culp (1992) e Alves (1995), trata-se de todas as ausências dos postos de trabalho. Pode refletir tanto as condições de saúde quanto de vida e de labor a que estão submetidos os trabalhadores, assíduos ou não. As razões das faltas são inúmeras. O trabalhador se ausenta por demandas particulares, compulsórias (quando é obrigado a ausentar-se), legais que configuram direitos; além de motivos sociais ou culturais e licenças médicas. Muitos fatores repercutem em ausentismo, porém este estudo pretende dar ênfase às patologias do Grupo F (CID-10), ou seja, nos TMC.

Embora a etiologia do absenteísmo seja multifatorial, faz-se necessário que as empresas mantenham foco na avaliação das causalidades do próprio contexto de trabalho e mapeiem riscos ambientais e psicossociais que possam gerar agravos à saúde mental. Para tanto, é preciso fazer a gestão dos dados epidemiológicos das doenças, a partir do registro e análise dos atestados médicos. Com esses dados, é importante uma avaliação do contexto de trabalho, oportunizando principalmente a fala dos trabalhadores com atestados recorrentes. É igualmente importante um diagnóstico mais próximo da realidade organizacional, intervir nas causas e minimizar, ou mesmo reduzir seus impactos nos trabalhadores, nas empresas e na sociedade em geral.

A definição e mensuração de indicadores de absenteísmo-doença permitem realizar uma gestão perene e consistente de suas causas e consequências, contribuindo para identificar oportunidades de melhoria e promover um ambiente de trabalho saudável e seguro. Para tanto, é preciso registrar de forma criteriosa e com bases estatísticas confiáveis todas as doenças, a quantidade de dias perdidos, o total de ocorrências ou de atestados médicos emitidos, além da análise das variáveis sociodemográficas.

A pesquisa deve iniciar com a hipótese diagnóstica do nexo de causalidade e, a partir desse olhar crítico, compreender os impactos e investir em políticas e ações de promoção de saúde e de qualidade de vida, reduzindo o ônus, inclusive, para as organizações. As repercussões do absenteísmo para o negócio, principalmente da ordem financeira, recai na gestão da produtividade e das equipes, assim como geram demandas trabalhistas e previdenciárias, justificando um alto custo com a saúde do trabalhador.

A relevância deste estudo sobre o absenteísmo por TMC é demonstrar a possibilidade de mensuração do custo financeiro, a partir de recortes estatísticos sobre os trabalhadores com afastamentos. Justifica-se também por demonstrar as repercussões na ótica dos trabalhadores participantes desta pesquisa.

É relevante, inclusive, por considerar a complexidade e a riqueza contributiva deste estudo realizado numa empresa nordestina de grande porte, com mais de 5.500 trabalhadores, no segmento do setor elétrico energético brasileiro. Trata-se de trabalho com linhas energizadas, ou seja, em empresa classificada como de alto risco de acidente de trabalho (Risco III) e exige maior investimento em saúde e segurança no trabalho, conforme a Norma Regulamentadora n.º 10 (NR-10 do Ministério do Trabalho e Emprego). Portanto, manter perene a gestão do absenteísmo e da segurança no trabalho justifica este e estudos posteriores.

A questão norteadora é compreender quais repercussões do absenteísmo por enfermidades psíquicas nos trabalhadores e na organização? Espera-se que as respostas obtidas nesta investigação possam demonstrar melhorias na gestão do absenteísmo-doença da *Energix* e em pesquisas com outras empresas. E para responder a essa problemática, definiu-se como objetivo geral: identificar repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores adoecidos, no contexto laboral e impactos financeiros na *Energix*. E específicos: descrever os impactos nos trabalhadores com maior vulnerabilidade aos TMC e em sua dinâmica familiar; apontar repercussões dos dias perdidos por TMC na tarefa, no setor, no relacionamento socioprofissional e na gestão de pessoas; e demonstrar o impacto financeiro do absenteísmo por TMC, considerando o custo remuneratório dos trabalhadores com uma ou mais ocorrências, no período de 2010 a 2013.

ABSENTEÍSMO POR TMC

O absenteísmo-doença no trabalho inclui ausências por múltiplas determinações. É o somatório dos períodos de afastamento, desde que não sejam motivados por desemprego, doenças que excedam quinze dias perdidos e licenças legais.

Para Milkovich e Boudreau (2000, p. 123), absenteísmo “é a frequência e/ou duração do tempo perdido de trabalho, quando os empregados não vêm trabalhar ou... quão frequentemente um empregado não estar disponível para o trabalho”.

A Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (RBSO, n.º 111), em seus estudos sobre o absenteísmo, divide o fenômeno em cinco tipos: voluntário, legal, compulsório, por doença ocupacional e por patologia assistencial.

Na visão de Couto (1987), o absenteísmo é decorrente de um ou mais fatores, que podem ser agrupados em: de trabalho, sociais, culturais, de personalidade e de doenças. O autor atenta que não parece existir uma relação precisa de causa e efeito, mas um conjunto de variáveis que pode levar aos afastamentos laborais. Otero (1993) reforça que a etiologia do absenteísmo é multifatorial, dependendo de sua origem.

Houerstad e Kjolstad (1992) apontam que fatores do trabalho, embora possam repercutam no adoecimento, podem ser minimizados pela percepção de bem-estar dos trabalhadores, provocada por vínculos afetivos satisfatórios estabelecidos entre o trabalhador e a organização, principalmente quando a gestão é legitimada e as relações socioprofissionais são adequadas.

Rodriguez e Garcia (1996) elucidam que o absenteísmo pode ocorrer por excesso de trabalho, por desgaste físico e mental, em razão das atividades, ou mesmo por dificuldades de relacionamento. Bulhões (1998) ressalta que pode refletir tanto as condições de saúde dos trabalhadores quanto as

condições de vida e de trabalho a que estão submetidos. E, portanto, sugere analisar e prevenir os fatores laborais sobre o absenteísmo.

É certo que, independente das razões que justifiquem o absenteísmo, a organização não sai ilesa, mesmo que não contribua para sua causa. Tantas são as repercussões e imensuráveis são os custos das ausências nos postos de trabalho, que comprometem sobremaneira os resultados do negócio. Além da remuneração paga e da produtividade esperada, os prejuízos do ausentismo não se restringem a essas implicações, mas impactam, sobretudo, na imagem social da organização, cujo ônus é complexo de medir. Essas repercussões podem ser analisados sob dois eixos: a sobrecarga de trabalho e o comprometimento da qualidade de produtos e serviços prestados.

Além dos impactos financeiros, diretos ou não, há consequências apontadas nas pesquisas de Alves (1995) e Robazzi e Marziale (1990), principalmente a desorganização na equipe de trabalho, o comprometimento na quantidade e na qualidade dos serviços e dos produtos, dificuldades para os gestores, elevação do custo operacional e sobrecarga dos trabalhadores assíduos, além de custos de outra ordem que sequer são considerados.

Alves (1995) refere que os fatores determinantes de licenças médicas podem estar associados ao *stress* proveniente das condições de trabalho que favorecem os sintomas psicossomáticos. A percepção de abandono e desvalorização comprometem a motivação e o envolvimento dos trabalhadores com o negócio. Diante da impossibilidade de encontrar soluções criativas para lidar com esse sofrimento patológico, tendem a banalizar seu desgaste, simplesmente porque acreditam que o trabalho também é inviavelmente fonte de adoecimento. Nessa condição, trabalhadores tornam-se vulneráveis ao adoecimento (Dejours, Abdouchely e Jayet, 2010).

O que parece um avanço, principalmente com as Leis 3048/99 e 11.430/2006, que tratam do Nexo Técnico Epidemiológico e Previdenciário (NETP), Ramazzini, desde 1700, já orientava seus sucessores. Em suas palavras:

o médico que vai atender a um paciente proletário não se deve limitar a pôr a mão no pulso, com pressão, assim que chegar, sem informar-se de suas condições; não delibere de pé sobre o que convém ou não convém fazer, como se não jogasse com a vida humana; deve sentar-se, com a dignidade de um juiz, ainda que não seja em cadeira dourada, como em casa de magnatas; sente-se mesmo num banco, examine o paciente com fisionomia alegre e observe detidamente o que ele necessita: conselhos médicos e cuidados piedosos (Ramazzini, 1700, p. 127).

Seu postulado já fazia referência à responsabilidade do empregador sobre a saúde da classe proletária e das repercussões para os patrões que dependiam diretamente dessa produtividade para auferir lucros. Alertava que, ao contrair doenças graves e resistentes aos medicamentos, o coletivo de trabalhadores comprometia diretamente inúmeros outros negócios que dependiam das mineradoras

para garantir sua matéria-prima, ou seja, uma repercussão em cadeia. Chamava a atenção sobre o custo das doenças e até da morte dos obreiros.

O absenteísmo gera ônus de diversas ordens e vai além das empresas, afetando inclusive os cofres públicos, através dos benefícios pagos pelo INSS aos trabalhadores afastados. Recai, portanto, na sociedade em geral.

Os dados do INSS, no período de 2010 a 2013, apontam benefícios pagos por doenças do Grupo S e T (traumatismo ou lesão e envenenamento), do Grupo M (osteomuscular e do tecido conjuntivo) e, em terceiro lugar, por patologias do Grupo F (transtornos mentais e/ou comportamentais).

Os dados gerais do AEAT é demonstrado na Tabela 01, correspondendo ao período de análise documental na *Energix*. Os dados apontam o total de acidentes de trabalho no Brasil, classificando por emissão de CAT e por subnotificação.

Revelam um crescimento de 9,8% no total de acidentes, de 2010 para 2011, sinalizando o maior número no período. Esse quantitativo volta a diminuir em 2012, cerca de 9,9%, com valor aproximado de 714 milhões de acidentes. Em 2013, esse número volta a crescer, embora mantendo-se inferior à 2011.

ACIDENTE DE TRABALHO - COM E SEM CAT				
ACIDENTES	2010	2011	2012	2013
COM CAT	529.793	543.889	546.222	559.081
SEM CAT	179.681	176.740	167.762	158.830
TOTAL	709.474	720.629	713.984	717.911

Tabela 01 – Total de acidente de trabalho no Brasil (x 1.000) – (INSS, AEAT – 2010 à 2013)

Ainda na Tabela 01, observa-se o total de acidentes do trabalho no Brasil, entre 2010 e 2013. Chama atenção a média de subnotificação no período que fica em torno de 31%, sendo a maior em 2010 (34%) e a menor em 2013 (28%). Os dados estatísticos demonstram que o total de acidentes crescem inversamente proporcional ao total de subnotificação, levando a inferir que não haja um crescimento no número de acidentes de trabalho, mas um registro maior das CAT.

A Tabela 02 registra o AEAT por Grupos de doenças prevalentes no período. Os dados estatísticos mantêm estáveis e prevalentes três Grupos de doenças: S e T (traumatismo ou lesão e

envenenamento), correspondendo à 71% dos registros; M (osteomuscular e do tecido conjuntivo), com 16%; e o Grupo F (TMC), com 0,02% dos benefícios.

QUANT. DE ACIDENTE DE TRABALHO																
CID-10	2010				2011				2012				2013			
	TOTAL	Com CAT	Sem CAT	D. TRAB	TOTAL	Com CAT	Sem CAT	D. T	TOTAL	Com CAT	Sem CAT	D. TRAB	TOTAL	Com CAT	Sem CAT	D. TRAB
S + T	709.474	529.793	179.681	17.177	720.629	543.889	176.740	16.839	713.984	546.222	167.762	16.898	717.911	559.081	158.830	15.226
%	71%	86%	14%		71%	86%	14%		71%	86%	14%		71%	87%		
M	114.061	74.632	39.429		110.802	71.415	39.387		104.403	65.846	38.557		101.814	62.883	38.931	
%	16%	65%	35%		15%	64%	36%		15%	63%	37%		14%	62%		
F	14.601	4.208	10.393	14.601	14.924	4.700	10.224	14.924	15.839	6.186	9.653	15.839	18.154	10.495	7.659	18.154
%	0,02%	29%	71%	85%	0,02%	31%	69%	89%	0,02%	39%	61%	94%	0,03%	60%	40%	119%

Tabela 02 – Quantitativo de acidente de trabalho por Grupo do CID-10 e registro de CAT

O Grupo M, segundo maior nos registros da AEAT, diminui a cada ano, possivelmente em razão de ações preventivas e de promoção da saúde com impactos positivos na redução desses agravos. O Grupo F ocupa o terceiro lugar nesses dados, embora não seja estatisticamente significativo em relação aos dois primeiros. Ao debruçar sobre seus dados, entretanto, verifica-se um aumento anual de 1% de seu total, significativamente acima no *ranking* que ocupa no AEAT.

Ao avaliar a emissão ou não da CAT, os dados se invertem e o Grupo F apresenta o maior percentual de subnotificação. Os Grupo S e T têm o maior registro, com média de 86% e subiu para 87%, em 2013. E o Grupo M tem em média 63% das CAT registradas. Por outro lado, aumenta em 1% por ano em subnotificação. Demanda maior fiscalização sobre a ausência de registro das CAT, sob a responsabilidade do empregador.

O percentual de subnotificação do Grupo F chega a 71%, em 2010. Embora tenha caído para 60%, em 2013, ou seja, 11% de redução (estatisticamente importante), a falta de registro da CAT se mantém em nível crítico. O trabalhador assume o maior ônus, uma vez que onexo causal entre o adoecimento psíquico e o trabalho não é reconhecido.

Os achados contidos na Tabela 02 sugerem aprofundar o estudo sobre as categorias ocupacionais predominantes em relação aos registros legais e o aumento das subnotificações. Sugerem também realizar pesquisas de interface entre trabalho e saúde, preferencialmente multidisciplinar, incluindo a Psicologia, a Psiquiatria, a Sociologia, a Antropologia, o Serviço Social, dentre outras ciências que possam contribuir na criação de protocolos de diagnóstico, contendo ações de prevenção, de recuperação e principalmente de promoção de saúde mental no trabalho, além de políticas públicas específicas. Talvez até não seja o caminho, mas é preciso caminhar.

Adiante, são discutidas as repercussões do absenteísmo-doença nas organizações, conforme a revisão da literatura sobre o tema.

REPERCUSSÕES (IN)VISÍVEIS NAS ORGANIZAÇÕES

Mensurar os custos do absenteísmo é um desafio para qualquer empresa. Rodriguez e Garcia (1996), Bulhões (1998), Alves (1995), Robazzi e Marziale (1990), dentre outros autores, consideram basicamente o valor referente aos dias perdidos de trabalho. Para esse cálculo, no entanto, é preciso diferenciar salário e remuneração. Salário, de modo geral, é o valor pecuniário básico, pago ao trabalhador, livre de descontos. Já a remuneração, além de incluir o próprio salário, considera ainda os encargos sociais, os benefícios (concedidos ou sociais e ainda os legais ou obrigatórios), as gratificações (horas extraordinárias, comissões, bonificações, participações nos lucros), explicam Chiavenato (2014) e Milkovich e Boudreau (2000).

Outros custos mensuráveis são: as horas extraordinárias pagas ao trabalhador assíduo ou contratações temporárias, indenizações trabalhistas, multas por atrasos em contratos de prestação de serviços, dentre outros. Além desses, há os custos invisíveis ou de difícil mensuração, como a redistribuição de tarefas, impacto no clima organizacional, a insatisfação dos trabalhadores assíduos, greves, transgressões e boicotes, por exemplo.

Cascio e Boudreau (2010) ampliam e organizam os impactos financeiros, considerando a gestão do absenteísmo-doença com os trabalhadores assíduos ou não, o prejuízo na produtividade e nos lucros planejados. Contudo, qualquer que seja o cálculo adotado para mensurar esse indicador, é necessário personalizar os prejuízos, considerando o impacto social do trabalho de cada indivíduo.

Imagine-se o seguinte caso hipotético: o custo financeiro do absenteísmo de um docente é bem maior do que o profissional que executa a limpeza de uma escola. Por outro lado, o impacto social do absenteísmo do professor é bem menor do que a falta de limpeza dos banheiros de uma escola ao ponto de impedir o funcionamento da instituição.

Esse exemplo ilustra quanto é desafiante e complexo mensurar o impacto financeiro do absenteísmo, tendo em vista que envolve inúmeras variáveis. Inclui, inclusive, a sazonalidade das ausências, seja semanal (dias da semana prevalentes) ou mensal (por doenças virais, mudanças climáticas ou mesmo por fatores sociais).

O certo é que, independente da base de cálculo adotada, o absenteísmo precisa ser gerenciado, considerando principalmente seu impacto nos processos de Gestão de Pessoas, tais como: no *turnover*, na saúde e segurança no trabalho, no clima organizacional, no treinamento e desenvolvimento, nos benefícios, nas gratificações, no recrutamento e seleção, na avaliação de desempenho, inclusive nas indenizações previdenciárias e trabalhistas. (Milkovich e Boudreau, 2000; Chiavenato, 2014; e Cascio e Boudreau, 2010).

Entre os custos de complexa mensuração, é importante considerar os problemas que comprometem a gestão das equipes. Inicia com as repercussões nas relações entre os pares, principalmente assíduos e ausentes, afeta a satisfação dos clientes, gera obstáculos na administração e na alocação de pessoas nas atividades. Quando ocorrem excessivos dias de ausências, dificulta a gestão de aspectos que extrapolam os fatores operacionais referentes à sobrecarga, ao despreparo da equipe ou ao desconhecimento da tarefa atribuída a outrem. O clima negativo se instala entre os assíduos, provocando desânimo, insatisfação, *stress*, sentimento de injustiça, desmotivação, desvalorização e falta de reconhecimento. Quando se tem conhecimento que a ausência é provocada por doenças mentais, os fatores de subjetividade atribuídos aos sintomas provocam dificuldade de compreensão e de assunção desse tipo de absenteísmo dos colegas (Souto (1980), Alves (1995), Cascio e Boudreau, (2010), Bulhões (1998) e Robazzi e Marziale (1990).

Mesmo o adoecimento legitimado e reconhecido por seus pares e gestores, quando recorrente e/ou prolongado, tende a causar desconfortos na equipe. Trata-se de uma situação de difícil controle e pode tornar trabalhadores vulneráveis a (re)acidentes de trabalho e agravos à saúde mental. Por vezes, a insatisfação é denunciada na fala silenciosa, consciente ou não, nas práticas transgressoras, na produção e na reprodução de violências no trabalho, nas estratégias boicotes, nos erros intencionais, na morosidade excessiva, ou mesmo nas falhas de condutas.

Assim como absenteísmo, cresce também o fenômeno do presenteísmo. Trata-se de um neologismo e refere à presença do trabalhador em seu posto de trabalho, embora não esteja disponível, em tempo integral de jornada, nem é garantia de realização da tarefa planejada. Pelo contrário, os atos que configuram o presenteísmo provocam diminuição da produtividade, mesmo que o empregado seja pontual. O trabalhador de fato comparece, registra legalmente sua presença na empresa, mas não realiza, por razões diversas, as atividades no prazo, na quantidade e/ou na qualidade acordadas, em seu plano de trabalho e sob sua responsabilidade. Trata-se da ociosidade excessiva e da indisponibilidade física e mental para a tarefa.

Se é difícil mensurar o custo do absenteísmo, ainda mais desafiador é medir o presenteísmo. Um impacto que não exclui o trabalhador, intencionalmente “preguiçoso” ou descomprometido com a tarefa. Quando se oportuniza a fala desse trabalhador, é possível compreender outras tantas causalidades ao presenteísmo, seja por exposição, por isolamento social ou pela ociosidade imposta, aqueles que interagem no contexto de trabalho também não saem imunes nem impunes de situações de absenteísmo ou mesmo de presenteísmo, pois o diagnóstico e a análise da situação são por demais complexas.

REPERCUSSÕES (IN)VISÍVEIS NOS TRABALHADORES

É igualmente desafiador encontrar estratégias para avaliar as repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores adoecidos. Existem ônus invisíveis que afetam além de aspectos pecuniários.

Algumas pesquisas vêm sendo realizadas, cujo objetivo é sinalizar as doenças mentais do trabalhador e suas repercussões. Estudos apontam sintomas psicossomáticos que acometem trabalhadores. Silva, Oliveira e Souza (2011), Moraes *et al* (2012), Santana (2013) e Abreu, Gonçalves e Simões (2014) destacam sinais de fadiga, transtornos alimentares ou do sono, irritabilidade, agressividade, passividade, insegurança excessiva, sintomas de pânico, choro compulsivo, déficit de atenção, uso abusivo de álcool e de outras drogas, dentre outras queixas.

Outra questão grave, principalmente considerando o recorte de gênero, é a prevalência, no público masculino, de ideação ou pensamento suicida ou até o ato suicida que, embora seja subnotificado, tem crescido no Brasil, principalmente ocorridos dentro do ambiente de trabalho. A discussão da temática do suicídio *no e do* trabalho vem crescendo, principalmente depois dos casos ocorridos na França, delatados por Dejourns e Bègue (2010). Quando há denúncias de violências como assédio moral e sexual no trabalho, gestão por injúria, relações socioprofissionais e modos de gestão danosos, além da precária integração entre os trabalhadores, é comum as repercussões psicossociais que atingem as vítimas, as testemunhas, a equipe e até mesmo os agressores. O índice de absenteísmo por TMC tende a aumentar e é cristalino o nexo de causalidade do ambiente laboral (Caldas, 2007; Pintor, 2010; Fonseca e Carloto, 2011; Assunção e Silva, 2012; Pinto, Figueiredo e Souza, 2013; e Fonseca e Araújo, 2014).

Os impactos do trabalho sobre a saúde mental não se encerram nesses aspectos, mas incluem ainda a desvalorização e a falta de reconhecimento do desempenho, da produção e da criatividade dos trabalhadores. As políticas de Gestão de Pessoas não são percebidas como justas, éticas e equânimes em oportunidades de promoção e encareiramento, principalmente em empresas públicas, onde não há carreira técnica e as únicas oportunidades de crescimento são restritas aos cargos comissionados, de indicação exclusiva política partidária ou pelas redes de poder que se instalam nas organizações. Portanto, as questões relacionadas ao trabalho sinalizam riscos psicossociais e podem repercutir indelével em absenteísmo por TMC.

É preciso avançar em pesquisas sobre as repercussões que extrapolam a esfera da saúde do trabalhador, sinalizando questões mais amplas e de ordem sistêmica, descrevendo impactos na dinâmica familiar, nos custos com assistência médica, com medicamentos e com tratamentos. Sugere-

se a implementação de políticas éticas de Gestão de Pessoas e com oportunidades de carreira baseada na autogestão do desempenho e das competências dos trabalhadores.

É importante identificar oportunidades de melhoria na gestão do absenteísmo que permitam reduzir impactos nos indicadores. É necessário um olhar mais amplo sobre o fenômeno que atinge não somente o trabalhador doente; inclui a equipe assídua, a gestão, os clientes, os fornecedores, enfim, o negócio; e atinge a sociedade em geral, haja vista os valores assumidos pela Previdência Social.

Faz-se necessário, portanto, uma compreensão sistêmica do absenteísmo, porque a subjetividade do trabalhador impacta na realidade do trabalho, afetada também pela história, pela personalidade, pelo estilo de vida e pelos vínculos entre trabalhador e trabalho. O desafio em prevenir, diagnosticar e intervir nos riscos psicossociais torna-se maior ao considerar o coletivo de obreiros e suas singularidades, cujos atores sociais integram o cenário laboral.

MÉTODOS E TÉCNICAS

Este estudo teve como objetivo identificar repercussões do absenteísmo por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) nos trabalhadores com ocorrências e no contexto de trabalho da *Energix*. E a metodologia de pesquisa adotada foi a triangulação de métodos de natureza quanti-qualitativa. Na Etapa Quantitativa, foi realizado um estudo documental epidemiológico dos dados brutos fornecidos pela área de saúde ocupacional da *Energix*.

Segundo Turato (2003), a abordagem quantitativa permite correlacionar dados estatísticos descritos e inferenciais e, especificamente neste estudo, apontou fatores preditores do absenteísmo e subsidiou a identificação dos participantes da segunda etapa.

Ainda segundo o autor, o estudo qualitativo tem por paradigma a compreensão dos fenômenos e a Visão de Homem apreendida. Nesta pesquisa, o objetivo é conhecer e interpretar as possíveis repercussões do absenteísmo por TMC, na ótica dos participantes. Para Minayo, Assis e Oliveira (2000), os métodos mistos vêm sendo uma tendência eficaz nos estudos na área de saúde do trabalhador. Trata-se de uma estratégia metodológica que permite combinar instrumentos quanti-qualitativos em uma única pesquisa e abordar questões complexas, a exemplo do estudo do absenteísmo por TMC, demonstrado nas etapas adiante.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA *ENERGIX*

A pesquisa documental considerou os dados brutos do absenteísmo-doença, entre 2010 e 2013. Esse período foi definido considerando alguns fatores do segmento elétrico energético brasileiro que tiveram rebatimento na *Energix*. Um deles é que as empresas públicas do setor perderam antecipadamente o direito de concessão para produzir, transmitir e distribuir energia elétrica, dando início prematuro ao modelo de comercialização por meio de leilões. O alto custo das multas a cada interrupção no fornecimento (os “apagões”), a redução das tarifas pagas ao segmento e o impacto econômico gerado pelas políticas pelo Governo Federal foram algumas das razões que provocaram prejuízos ao setor.

Internamente, a *Energix* iniciou um processo de redução de seu quadro de pessoal, por meio de um Programa de Incentivo à Aposentadoria. Em paralelo, houve um aumento significativo do absenteísmo por TMC no mesmo período, com maior repercussão em 2012.

As variáveis e os critérios relevantes à seleção da Empresa pesquisada refere ao porte (acima de 5.500 trabalhadores), à gestão regular do absenteísmo-doença, considerando as patologias prevalentes, o total de dias perdidos e de ocorrências.

Empresa do setor elétrico energético, localizada no Nordeste do Brasil, de economia mista e regida pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a *Energix* apresenta diversidades sociodemográficas e de ocupações profissionais distintas, justificando, portanto, a definição do local da pesquisa.

Sobre o Diagnóstico Organizacional realizado, destaca-se que a *Energix* foi inaugurada há mais de 60 anos, e seu objetivo é fomentar o desenvolvimento social do nordeste, por meio da atividade econômica de geração, transmissão e comercialização de energia elétrica. Apresenta uma cultura organizacional sólida, perene, fortemente influenciada por fatores políticos. Mantém um investimento arrojado em políticas e ações de saúde e qualidade de vida no trabalho, excedendo as determinações das NR (MTE) e visando a minimizar, dentre outros, os riscos psicossociais laborais e os agravos à saúde mental de seus trabalhadores.

A pesquisa iniciou após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP – CAAE 21478713.4.0000.5206) e da Carta de Aceite assinada pela *Energix*. Embora disponibilizando os dados para o estudo documental e permitindo a identificação da amostra qualitativa, a Empresa não autorizou a sua identificação e,

portanto, adotou-se o nome fictício *Energix*, permanecendo inalterado seu segmento, porte e localização, bem como a fidedignidade dos dados brutos do absenteísmo-doença por TMC.

As informações epidemiológicas, no período de 2010 a 2013, fizeram parte da amostra documental da Etapa Quantitativa, demonstrando as patologias prevalentes do Grupo F (CID-10), o total de ocorrências e de dias perdidos, assim como os trabalhadores com um ou mais atestados médicos por TMC.

Os empregados participantes foram identificados por amostragem proposital e variedade de tipos por doença (Turato, 2008). Fez parte da amostra 184 trabalhadores com ao menos um dia perdido por doença do Grupo F (CID-10). Identificada a amostra, localizou-se os participantes por e-mail ou pelo telefone corporativo. Desses, 108 participaram da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). As entrevistas semiestruturadas foram agendadas e realizadas nas filiais dos pesquisados, com duração média de 1h30.

Os nomes dos participantes foram modificados, visando a assegurar o sigilo da identidade e a confidencialidade das informações que pudessem identificá-los. Foi mantido um único nome por gênero para cada Filial e, para cada participante, foi acrescida uma letra em ordem alfabética, assegurando apenas o quantitativo de entrevistados ou alguma informação sobre as atividades realizadas.

NOMINANDO OS PARTICIPANTES

O nome atribuído aos participantes, por Filial, foi uma homenagem ao grupo **DOWN +**, formado por jovens com *Síndrome de Down* ou *Síndrome da Trissomia 21*. O grupo, atualmente, trabalha na recepção de eventos como congressos, simpósios, encontros corporativos, dentre outros. Fazem parte do grupo **DOWN +**: Amanda, Beatriz, Camila, Daniela, Elis, Kizzy, Nanda, Catarina, Poliana e Priscila; e Antônio, Bruno, Caio, Carlos, Gabriel, Lucas, Miguel, Pedro, Serginho e Vitor. Essa substituição, além de resguardar a identidade dos participantes da pesquisa, reverencia o grupo **DOWN +**: exemplo de profissionalismo e de vínculos saudáveis com o trabalho.

Dentre os participantes do grupo, foram sorteados os nomes dos jovens para cada Filial: Antônio e Camila (01); Daniela e Carlos (02); Lucas e Fernanda (03); Kizzy e Miguel (04); Luma e Pedro (05); e Poliana e Sérgio (06).

ETAPA QUANTITATIVA

POPULAÇÃO:

Formada pelo Quadro de Pessoal (QP) da *Energix*, entre 2010 e 2013, com 5.609, 5.530, 5.585 e 5.554 empregados, respectivamente. A média populacional do período ficou em torno de 5.500 trabalhadores.

AMOSTRA DOCUMENTAL

Utilizou-se uma amostra estatística estratificada do absenteísmo-doença considerando os TMC, a partir dos registros dos atestados médicos apresentados. Os critérios de inclusão foram: dados brutos do absenteísmo por TMC, entre 2010 e 2013, as patologias prevalentes por ocorrências e por dias perdidos. E os critérios de exclusão: atestados médicos registrados fora do período determinado e absenteísmo por outro Grupo (CID-10).

INSTRUMENTO

Os dados informados pela *Energix* foram fornecidos por meio do Excel. Em seguida, os dados foram compilados e estratificados estatisticamente, utilizando para este estudo documental o SPSS-21.

PROCEDIMENTOS

Na etapa da pesquisa documental, utilizou-se os dados do absenteísmo-doença da *Energix* e suas informações epidemiológicas estratificadas, verticalizando a análise sobre os TMC, permitindo correlacionar os dados obtidos do total de trabalhadores com esse tipo de afastamento em relação ao quadro total de empregados da *Energix* e ao absenteísmo-doenças.

A Empresa realiza o estudo do absenteísmo-doença desde 1999. No início desta pesquisa, o índice do absenteísmo-doença (IAD) tolerável era de 1,5. E, em 2013, subiu para 1,8. Os dados foram categorizados por dias perdidos, ocorrências, TMC prevalentes e empregados com um ou mais atestados médicos desse grupo de patologias. Em seguida, as informações foram digitadas em planilhas do programa Excel (Microsoft, versão 2003) e categorizadas no programa SPSS-21 para tratamento estatístico.

Realizou-se, em seguida, uma análise do impacto financeiro do absenteísmo-doença em relação à remuneração média diária de cada trabalhador com afastamento por TMC. Para identificar esse impacto, as informações pecuniárias dos participantes foram alimentadas em planilhas Excel.

A remuneração mensal, no período de 2010 a 2013, foi transformada em valor diário. O dado encontrado foi multiplicado pelo total de dias perdidos de cada trabalhador com absenteísmo por TMC, a cada ano analisado.

COLETA DE DADOS

Para realizar a coleta da pesquisa documental do absenteísmo-doença na *Energix* definiu-se como critérios de inclusão: absenteísmo por TMC, entre 2010 e 2013, considerando os dados de ocorrências, de dias perdidos, os trabalhadores com um ou mais atestados médicos com CID-10 do Grupo F e o custo financeiro deste ausentismo. E de exclusão: atestados médicos emitidos em período distinto ao estabelecido, empregados com outras absentismo por patologias diferentes e dados de outros Grupos do CID-10. A partir dos resultados obtidos na análise documental do absenteísmo por TMC, foram filtrados o total de ocorrências e dias perdidos, com a informação das remunerações dos empregados com um ou mais atestados por doenças do Grupo F (CID-10), obteve-se o valor da remuneração diária e, multiplicado pelo dia de dias ausentes, obteve-se o custo remuneratório do absenteísmo no período.

A partir da pesquisa documental, foram identificados 184 empregados com uma ou mais ocorrências por doenças do Grupo F (CID-10), no período analisado, lotados nas seis Filiais da Empresa. Desse total, 108 participaram da Etapa Qualitativa.

A caracterização da amostragem participante destaca que a maioria é do gênero feminino, a faixa etária entre 51 a 60 anos de idade, casada ou em união estável, com escolaridade em igual quantidade para Ensino Médio, Superior completo e com Pós-graduação. Além disso, os participantes, em sua maioria, prestam serviços na *Energix* há mais de 20 anos, em cargos/funções em nível técnico superior. Portanto, os resultados sugerem uma demanda de cuidado à saúde mental do trabalhador, principalmente considerando o recorte de gênero. Também é premente identificar se há nexos causais entre o trabalho e os TMC diagnosticados em trabalhadores da empresa estudada

ETAPA QUALITATIVA

POPULAÇÃO:

Formada por 5.554 empregados do quadro de pessoal da *Energix*, essa população foi definida considerando os dados referentes à 2013. Esse critério adotado se justifica pelo baixo *turnover* da *Energix*, cuja variação populacional não é significativa. Nesse ano, porém, finalizou-se o desligamento dos trabalhadores que aderiram ao Programa de Incentivo à Demissão Voluntária.

Assim, os empregados que aceitassem participar da etapa qualitativa seriam mais facilmente localizados. Ressalta-se que esses dados foram coletados entre maio e dezembro de 2014, restando no quadro de pessoal aqueles que efetivamente poderiam participar da amostra da etapa qualitativa.

PARTICIPANTES

Fizeram parte da amostra 108 dos 184 empregados com absenteísmo por TMC, identificados na pesquisa documental do quadro de empregados da *Energix*, em 2013. Utilizou-se o critério de amostragem proposital ou por variedade de tipos por afastamentos por doenças psíquicas. A participação foi condicionada ao TCLE.

Segundo Turato (2008, p. 356),

a amostragem proposital está para a pesquisa qualitativa assim como a amostragem randômica está para a pesquisa quantitativa. (...) A amostragem proposital, intencional ou deliberada é definida metodologicamente (...) como aquela escolha deliberada de respondentes, sujeitos ou ambientes.

De acordo com o autor,

a amostragem por variedade de tipos é um processo de seleção de amostra de sujeitos escolhidos segundo o arbítrio e interesse científico do pesquisador, cuja resolução no entanto, embora definida como livre eleição (...), deve vir acompanhada de suas justificativas junto ao projeto (Turato, 2008, p. 365).

PROCEDIMENTOS

Os empregados com absenteísmo por TMC foram identificados na pesquisa documental. Dentre os 184, participaram 108 empregados, lotados nas 06 Filiais. Os critérios de inclusão foram: ter apresentado ao menos um (01) atestado médico em razão de doenças do Grupo F (CID-10), entre 2010 e 2013. E de exclusão: trabalhadores que não aceitaram participar desta pesquisa, com absenteísmo por outro tipo de patologia e ocorrências registradas fora do período estabelecido.

As entrevistas com os participantes, visando a obtenção de informações que respondessem aos objetivos propostos, foram realizadas a partir de maio de 2014, em seguida a conclusão da análise dos dados brutos e estatísticos da pesquisa documental. E, encerradas a coleta, as falas foram transcritas e os dados coletados foram analisados, conforme o método de Análise de Conteúdo (Bardin, 2006).

INSTRUMENTO

A entrevista semiestruturada (Anexo A) foi o instrumento utilizado para a colheita de informações e contribuiu para obter respostas aos objetivos propostos nesta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para conceber a análise dos dados e a discussão dos resultados obtidos, as informações coletadas permitiram criar núcleos de significados, cujas temáticas foram categorizadas em: (1) *repercussões na tarefa e no setor*; (2) *impactos nas relações entre os pares*; (3) *repercussões à gestão das pessoas e às equipes*; e (4) *danos ao trabalhador e em sua dinâmica familiar*; e (5) *custo financeiro em razão do total de dias perdidos por TMC para a Energix em relação à remuneração*.

Os participantes, ao serem questionados sobre o impacto do absenteísmo, trouxeram em suas falas respostas significativas aos objetivos propostos nesta pesquisa. E os dados encontrados corroboram os estudos de Bulhões (1998), Robazzi e Marziale (1990) e Cáscio e Boudreau, (2010).

(1) REPERCUSSÕES NA TAREFA E NO SETOR

As tarefas foram distribuídas entre os colegas (Camila C.)

Tive ajuda das pessoas (Nanda F.)

(...)muita coisa pra ser feita, deixaram para meu retorno (Lucas A.)

Sobre os diversos impactos em seu plano de trabalho e, conseqüentemente, nos resultados do setor, os entrevistados falam que as tarefas, em geral, são redistribuídas entre seus colegas assíduos. A maioria percebe, ao menos nas primeiras ausências, atitudes de solidariedade quando, em geral, assumem a responsabilidade por suas tarefas.

Essa percepção de suporte entre os pares vem corroborar os achados de Souto (1980), Alves (1995), Cascio e Boudreau, (2010), Bulhões (1998) e Robazzi e Marziale (1990), quando afirmam que esse apoio se sustenta por algum tempo nas equipes de trabalho, até que os trabalhadores assíduos passam a não suportar o acúmulo de tarefas.

Em outros contextos, no entanto, dependendo das especificidades de cada atividade, os entrevistados relatam que as tarefas se acumulam durante o período em que permanecem afastados e que precisam retomar integralmente seu plano de trabalho ao regressarem da licença médica. Desse modo, precisam dar conta das tarefas em atraso e ainda das novas, o que pode gerar estresse e, dependendo do quadro que tenha motivado o absenteísmo, torna-se vulnerável a novo adoecimento psíquico.

*Teve prejuízo na minha atividade porque faltei ao trabalho sem nem justificar.
(Bruno G.)*

*Dificulta porque nem todo mundo sabe fazer a tarefa e a equipe fica desfalcada
(Lucas M.)*

(...) na minha atividade não se pode perder prazo (Carlinhos F.)

Essas são falas que revelam impactos diretos na produtividade, principalmente quando exercem uma atividade diferenciada específica ou que não admite dilatação de prazos. As questões relacionadas ao acúmulo de tarefas, ao retrabalho ou quando a solução é redistribuir as atividades apontadas pelos entrevistados, vêm sendo demonstradas nas pesquisas sobre absenteísmo desde a década de 1980, por Souto, além de Alves (1995), Bulhões (1998) e Robazzi e Marziale (1990). Além dessas repercussões, este estudo refere às dificuldades nas relações sociais de trabalho, em todos os níveis hierárquicos.

(2) IMPACTOS NAS RELAÇÕES ENTRE OS PARES

Pior de tudo é saber que o colega teve que dobrar a escala e também não vai receber o dinheiro da hora extra (Lucas E.)

Meus colegas tinham preocupação com minha saúde. (...) me senti privilegiado em ter atenção das pessoas (Miguel D.)

(...) minha saúde psicológica estava ruim e isso influenciava na forma deles se relacionarem comigo. Eles me isolavam e se afastavam (Daniella E.)

Quando me ausento todo mundo já acha que é álcool, mesmo que não seja (Carlinhos D.)

Eu fiz uma besteira, uma coisa errada e teve consequências graves (...) os colegas tiveram que assumir minhas tarefas (...) ficaram revoltados comigo. Não entendiam que eu estava sofrendo e que tinha adoecido (Bruno E.)

Outra importante repercussão gerada pelo absenteísmo, independente da causa, é nas relações socioprofissionais. No início, parece haver certa compreensão dos colegas, mas à medida em que os dias de faltas aumentam, também elevam-se as queixas. Diante delas, descreverem constrangimentos, pois os assíduos costumam reclamar do acúmulo de atividade e, muitas vezes, da falta de reconhecimento e de valorização. Rezingam, inclusive, por não receberem pelas horas extras realizadas, acumuladas em “banco de horas”. Essas e outras dificuldades provocam desconforto entre assíduos e ausentes. Com o tempo, tende a surgir ou agravar os conflitos, causando impactos inclusive no clima organizacional.

Os achados nas entrevistas corroboram as pesquisas de Souto Robazzi e Marziale (1990), Cáscio e Boudreau, (2010) e Caldas (2007) sobre os impactos nas relações socioprofissionais, que se

agravam e, se não houver uma ingerência, pode aumentar ainda mais o absenteísmo, inclusive em trabalhadores assíduos.

(...) alguns colegas que ficavam até com medo de mim porque eu vivia dizendo que queria matar um. Eles me viam como uma pessoa doente mental e acabava achando que eu era capaz de chegar a matar alguém. As pessoas se afastaram, quando eu esperava receber apoio, atenção. (Caio C.)

A exemplo deste relato, tem ainda as situações mais críticas, principalmente quando o trabalhador adoecido apresenta condutas perigosas ou sintomas graves. São sinais que iniciam com a ideação e/ou ameaça suicida/homicida, culminando em ato efetivo de morte. Atinge mais os homens do que mulheres, numa perspectiva de gênero. Esse fenômeno vem sendo discutido fortemente depois das mortes ocorridas na Telecom, na França (Dejours e Bègue, 2010).

Em sua pesquisa, os autores explicitam relatos cruéis contra trabalhadores acometidos por doenças mentais, quando não são capazes de omitir os sintomas psicossomáticos que os atingem. São violências e toda sorte de imposição de sentidos disfuncionais. Resta ao trabalhador com TMC mimetizar e confirmar o rótulo que lhe é imposto, consumando o ato de suicídio e/ou homicídio.

Além dos impactos nas relações socioprofissionais descritos, os entrevistados reconhecem que o absenteísmo-doença também provoca repercussões para a gestão.

(3) IMPACTOS NA GESTÃO DAS PESSOAS

O chefe só se preocupa com um indicador chamado absenteísmo. Os gerentes se preocupam mais com o indicador do que com as pessoas (Camila A.)

O Chefe nem notou que eu não estava. (...) se ‘peguei um repouso’ (atestado médico) (Camila I.)

Tenho que ouvir do gerente: ‘não adoça amanhã (...) Eu tinha medo de adoecer. Ai eu adoecia. Amanhecia pior do juízo (Priscila F.)

Ele (chefia) ficava com raiva. Questionava por que novo atestado (Carlinhos E.)

Essas falas evidenciam as dificuldades de alguns gestores em lidar com o absenteísmo, independente das causas, principalmente em razão dos transtornos que as ausências provocam na equipe, no cumprimento das metas e dos prazos pelos quais o gestor é demandado. Alteram o planejamento e as entregas programadas, provocando problemas tanto à equipe assídua, que acumula tarefas, quanto ao cliente (interno ou não).

Além disso, quando o gestor demonstra foco nos resultados em detrimento das condições de saúde dos subordinados, não reconhece o esforço, a dedicação e as entregas de quem assume atividades de colegas afastados, tende a aumentar seus problemas com a gestão das pessoas. Com isso, é comum a equipe ficar insatisfeita, comprometer o clima e provocar condutas de transgressão,

boicote e novos adoecimentos. Trata-se de um modelo de gestão que precisa ser revisto e que demanda uma formação continuada.

Apesar de tudo, eu fiquei feliz porque o engenheiro chefe foi na minha casa me visitar (Carlinhos B.)

O gerente imediato me protegeu, me deu suporte. (Bruno E.)

Meu gerente nunca descredenciou os atestados. Ele tem consciência do meu problema (Bruno H.)

Por outro lado, há relatos que evidenciam boas práticas gerenciais, conforme as falas acima que retratam o reconhecimento dos entrevistados. Essa conduta de liderança favorece a um clima organizacional mais saudável e é um exemplo aos pares, denotando que é preciso contribuir e respeitar os limites ou dificuldades a que todos estão sujeitos à vivenciar, estimulando a solidariedade na equipe. O apoio gerencial muito provavelmente aumenta o comprometimento do empregado que está doente, sentindo-se respeitado, podendo contribuir para um retorno mais rápido ao trabalho.

Os relatos neste estudo revelam que a preocupação genuína com o trabalhador doente contribui para a autoestima e, por certo, é terapêutico à maioria dos transtornos mentais. O retorno ao trabalho, muitas vezes, também contribui para que a pessoa possa sentir-se útil e produtiva novamente.

As repercussões do absenteísmo na gestão das pessoas, identificadas nas falas dos entrevistados, confirmam outras pesquisas sobre os riscos psicossociais investigados, a exemplo da *Energix*. Não raro, emergem das queixas e/ou denúncias, evidências de diversas formas de violências, principalmente os assédios moral e sexual, a gestão por injúria e a precária integração entre os trabalhadores e o modo de gestão. Nesse contexto, é comum impactos na saúde inclusive de trabalhadores assíduos. (Caldas, 2007; Pintor, 2010; Fonseca e Carloto, 2011; Assunção e Silva, 2012; Pinto, Figueiredo e Souza, 2013; e Fonseca e Araújo, 2014).

(4) IMPACTOS NO TRABALHADOR

Você fica "marcado" (Lucas G.)

Tive prejuízo de minha imagem que foi construída. A história que chega é sempre a do gerente. O empregado é o vilão da história (Antônio M.)

Várias vezes vim trabalhar doente (...)o empregado é sempre mal visto (Miguel C.)

Paguei hora extra para outra pessoa assumir meu turno. Só para não ter atestado (Miguel G.)

Ainda sou muito visado. É uma marca que fica (Gabriel D.)

A preocupação com a imagem profissional é retratada nessas falas. Para minimizar esse prejuízo, trabalhadores chegam a assumir um ônus financeiro para não apresentar atestados médicos,

conforme relata *Miguel G.* Para a organização, o impacto é o presenteísmo ou na tarefa, quando não é realizada com competência, comprometendo a produtividade e os resultados.

Esse impacto à imagem profissional é ainda mais significativo quando o trabalhador não tem histórico de adoecimento. A medida em que aumentam o número de ocorrências e de dias perdidos, o trabalhador começa a perceber que essa construção corre riscos de ser arranhada e sua história profissional ser prejudicada com rótulos e discriminações. Nesse caso, há uma tentativa de negação da condição de saúde, principalmente quando se trata dos TMC. A maior preocupação relatada pelos entrevistados é que esse tipo de enfermidade seja exposto aos colegas e gestores. Essa preocupação justifica o presenteísmo, quando o trabalhador não apresenta atestados médicos e, ao mesmo tempo, não consegue trabalhar. Esses achados são reforçados nas pesquisas de Alves, Godoy e Santana (2006); Caldas (2007); e de Becker e Oliveira (2008).

*Ia para a Sub Estação sem vontade de trabalhar. Tinha que fazer inspeção e esquecia de registrar, tinha sono, deixava de fazer (...) muito retrabalho (Miguel C.)
(...) não tinha vontade de fazer nada (Catarina C.)
Cheguei a pensar em pedir demissão (Daniella E.)*

Esses relatos apontam o fenômeno do presenteísmo, ou seja, antônimo de absenteísmo, pois não há faltas ao trabalho e, ao mesmo tempo, não há garantias de disponibilidade, de realização de tarefas ou mesmo de desempenho. O trabalhador até comparece, não tem faltas, mas não consegue realizar suas atividades. Os atos que configuram o presenteísmo provocam diminuição da produtividade, mesmo que o empregado seja pontual. O custo e impactos são elevados e mais difíceis de se mensurar do que as licenças médicas, conforme apontam as pesquisas de indicadores de absenteísmo-doença realizadas por Hoverstad e Kjolstad. (1992); Assis (2005); e Cascio e Boudreau (2010).

*(...)acham que você está exagerando. Quando retornei, o chefe veio dar um sermão e falar do absenteísmo, como se a gente fosse culpado por adoecer. (...) a cada recaída (...) imagine que eu já ficava preocupada com esse tal de absenteísmo (Camila A.)
Sentia angustiada. Tem muita fofoca (...) comentários desrespeitosos sobre minha saúde e minhas condições para trabalhar (Nanda F.)
Adoeci e fui castigada. Tive que pagar essas horas ausentes, mesmo não conseguindo cumprir nem a jornada. “(...) os funcionários que adoecem psiquicamente sofrem preconceitos e estigmas (...) os colegas e gerente confundem com irresponsabilidade (Catarina G.)*

Em alguns casos e de maneira leviana, o trabalhador adoecido é rotulado, estigmatizado. Além do sofrimento psíquico, torna-se vítima de humilhações e é discriminado, justificando a preocupação em não expor o CID de sua doença. Afinal, o conjunto das patologias do Grupo F (CID-10) é uma

categoria de enfermidades subjetivas, invisíveis e que se confundem com crenças negativas, atribuindo do trabalhador: preguiça, irresponsabilidade, descaso ou mesmo fraqueza.

(...) quando me afasto as pessoas acham que é malandragem (Victor J.)

E ainda sou muito visado. É uma marca que fica. (Gabriel D.)

(...) o povo ficava desconfiado porque eu andava assim depressivo. Acham que era fingimento. Me sentia arrasado. Um cara que nem eu, que gosta de trabalhar, ficar em casa na cama, é muita humilhação, né? Quem tem um câncer também não fica em casa? (Carlinhos B.)

Em geral, os trabalhadores assíduos não conseguem ser empáticos e parecem temer o contato com a doença mental. Essa percepção somente se modifica quando uma pessoa significativa, um familiar ou, pior, quando ele próprio passa a apresentar sintomas psíquicos. Os relatos acima reforçam prejuízos à dignidade do trabalhador quando colegas e gestores passam a descredenciar sua conduta e sua ética.

Por vezes, a pessoa com TMC encontra-se de tal modo fragilizada que sequer irá buscar amparo em órgãos de apoio ao trabalhador, visando a uma retratação ou uma indenização. No entanto, não há garantias que esse trabalhador vai sujeitar-se indefinidamente. Encorajado e com algum suporte, pode romper o silêncio e ingressar na Justiça contra a empresa. É preciso investir em políticas de promoção de saúde e na formação de seu corpo gerencial, evitando condutas levianas ou atos violentos de discriminação e suas consequências à sustentabilidade do negócio.

“Acho melhor me ausentar do que vir trabalhar” (Lucas M.)

“Para mim foi bom, pois pude recarregar as energias” (Nanda E.).

Essas são falas que, isoladas, parecem retratar descompromisso, conduta aética e irresponsabilidade. Há, de fato, trabalhadores sem qualquer vínculo, seja com as tarefas, com a produtividade da equipe ou com a própria organização. Contudo, são relatos que requerem análises criteriosas e um estudo mais aprofundado, de modo a não confundir conduta leviana com enfermidade psíquica. Essas podem ser falas que configuram sintomas de embotamento afetivo em nível elevado de adoecimento psíquico, condizente com a Síndrome de *Burnout*, quando o trabalhador já não é capaz de demonstrar qualquer reação ou preocupação com impactos ou prejuízos advindos de seu absenteísmo. (autor)

Não há que se confundir pessoas irresponsáveis com trabalhadores doentes, demandando tratamento, acolhimento e suporte de profissionais de saúde, principalmente psicólogo e psiquiatra. Necessitam, acima de tudo, de respeito aos limites impostos por sua condição de saúde mental. Na maioria das vezes, é no retorno laboral que irão resgatar a autoestima, a dignidade e a confiança em seu potencial, ressignificando sua incapacidade temporária de assumir responsabilidades e vínculos

afetivos. Assim, é possível imprimir um novo sentido ao trabalho, reforçado pelo reconhecimento e pela valorização de sua história profissional e do serviço prestado à organização.

Fui prejudicada no processo de avaliação de desempenho. Foi outra estratégia de assédio moral. Fui penalizada duplamente e me impediu de ser promovida. O gerente na época me perseguia, me assediava e tinha autonomia para beneficiar ou prejudicar (Priscila H.)

Sentia mal, ansioso, nervoso. Acabava adoecendo de novo (Vitor A.)

Esse relato descreve o ciclo vicioso que acaba por contribuir com novos TMC. Ao apresentar sintomas psíquicos e reduzir sua produtividade, o trabalhador se torna vulnerável às violências no trabalho, principalmente praticadas por gestores. São práticas abusivas de poder, utilizando as políticas de Gestão de Pessoas, a exemplo da avaliação individual de desempenho, para prejudicar trabalhadores com problemas de saúde.

A cultura organizacional da *Energix*, segundo os relatos, legitima essa autonomia na tomada de decisão dos gestores, que tanto pode promover quanto prejudicar uma carreira profissional, com impactos à imagem e ao poder aquisitivo do trabalhador.

Os estudos de Hirigoyen (2002), Barreto (2003), Caldas (2007), Dejours e Jayet (2010) e Dejours e Bègue (2010) reforçam esse impacto do absenteísmo por TMC em razão das relações socioprofissionais e da prática de gestão por meio dos processos de Recursos Humanos.

Me incomodava ter que entregar um atestado (...) me sentia exposto, pois não tem garantias do sigilo dessas informações (Vitor F.)

... você se sente constrangida porque se expõe aos colegas (Nanda G.)

Meu sofrimento era o "registro" de faltas. (...) tinha medo que alguém acabasse sabendo. Eu com doença mental (Priscila E.)

A exposição de sua doença é uma fala recorrente entre os entrevistados. Alguns referem situações que descredenciam até mesmo os atestados dos médicos assistentes, embora esta conduta seja ilegal e fere o direito à privacidade do trabalhador. Há, segundo eles a preocupação de alguns gerentes em saber o tipo de patologia, revelando o preconceito às doenças mentais.

Pior é ouvir': depressão é frescura, é preguiça para trabalhar, é coisa de quem não tem o que fazer. Vê se eu tenho tempo pra ter depressão'. Revoltante, porque não era frescura e eu estava sofrendo (Caio C.)

Diante da subjetividade dos sintomas e da conduta disfuncional de pessoas com TMC, é comum seu isolamento social e a descrença sobre seu adoecimento por quem faz parte do seu convívio pois, em sua maioria, são leigos. Essa atitude de menos-valia acerca do sofrimento psíquico é ainda mais relevante nos homens, cobrados pelo papel de provedor e mantenedor da família; trabalhadores influenciados por uma cultura machista e patriarcal, que perpassa os muros das organizações.

Inútil. Era assim que me sentia. E aí eu adoecia mais. (Carlinhos J.) Você se sente incapaz, um fraco. (Gabriel B.)

Há o preconceito nos relatos dos próprios trabalhadores adoecidos, que evitam expor a causa do absenteísmo. São, portanto, “julgados e condenados” pela doença como se fora uma escolha sua ou um erro cometido.

Prejudica até na aposentadoria. (Camila E.)

Faltei porque é o jeito. Não me levantava mais da cama. Perco muito porque não recebo meu salário do INSS [aposentado]. (Lucas T.)

Outro impacto significativo é de ordem financeira. O trabalhador afastado de suas atividades, por mais de 15 dias, passa a receber seus proventos pelo INSS, cujo crédito não corresponde à renda. Mesmo quando a empresa complementa o benefício, a exemplo da *Energix*, há um hiato entre o agendamento da perícia previdenciária e o pagamento efetivo de seu salário. Além disso, têm empregados já aposentados, que recebem duplo proventos e, quando afastados, não fazem jus a complementariedade do INSS.

Já pensou que é ficar doente, deprimido, não conseguir perícia no INSS e aí eu sou penalizado porque não tenho direito as férias? Como assim? Por acaso está doente é férias? Ainda perdi PLR e promoção. Promoção tudo bem, porque outros fizeram bem mais que eu (...) me sentiria envergonhado, humilhado. (Gabriel D.)

*É um atestado de punição (...) uma suspensão. Não que eu quisesse voltar porque não é verdade, eu não tinha condições de voltar, mas me sentia culpada e castigada porque sei que na *Energix* você é discriminada se tiver alguma doença psicológica (Amanda A.).*

Outros percebem o dano em sua saúde, efetivamente. Inclusive o agravamento dos sintomas em razão do contexto de trabalho desfavorável.

Falto muito...Falto tanto que já não causa impacto. (Catarina K.)

SOU UM AUSENTE. NEM FAÇO MAIS FALTA (Antônio A)

Quando o trabalhador se afasta reiteradas vezes ou sua licença médica é demasiadamente longa, a equipe e o gestor deixa de contar com sua força de trabalho. Em seguida, esse absenteísmo sequer é percebido. Esses relatos acima demonstram impactos que “já não impactam”, ratificando o dito popular: “não falte ao trabalho para que seu chefe não note que sua falta não faz falta”.

As pessoas entrevistadas relataram um conjunto de prejuízos que o trabalhador enfrenta por adoecer e essas falas corroboram os achados nas pesquisas de Caldas (2007), Silva, Oliveira e Souza (2011), Moraes *et al* (2012), Santana (2013) e Abreu, Gonçalves e Simões (2014) sobre os impactos do absenteísmo nos trabalhadores.

Embora não seja objetivo desta pesquisa, os participantes trazem relatos significativos acerca de repercussões de suas enfermidades por TMC na dinâmica familiar, conforme apresentado adiante.

IMPACTOS NA DINÂMICA FAMILIAR

A família se preocupa com a pessoa doente e não com seu afastamento do trabalho (Lucas A.)

(...) quando adoeci, causei muita preocupação. (Camila B.)

Não me sentia sozinha, ele [esposo] me deu apoio e ficou mais presente. Nem tudo é ruim. (Nanda A.)

Trouxe preocupação para os meus familiares (...) porque não sabiam como lidar com as minhas alterações de humor. Me isolei até da minha família (Catarina C.)

Distintos são os impactos na dinâmica familiar relatados pelos entrevistados. A maioria explicita a preocupação que causa em seus entes significativos, principalmente pelo desconhecimento e pelo preconceito em torno dos TMC. No entanto, um grupo de trabalhadores tem na família o suporte necessário para o enfrentamento e a superação do adoecimento em relação ao contexto do trabalho.

(...) meu problema de alcoolismo (...) trouxe problemas na relação familiar. (Lucas G.)

Meu marido ficou pressionando para não valorizar os problemas de trabalho (...) me sentia pressionada também pelo meu marido. (Nanda F.)

A família ficava me vendo como faltoso, um empregado preguiçoso (Bruno H.)

A preocupação da minha família era só de eu perder o emprego. (...) não conseguiam enxergar a minha dor, a doença, entende? (Nanda H.);

Minha esposa queria vir aqui na Energix para saber o que estava se passando. Fiquei agressivo com minha mulher. (Vitor K.)

A família ficou preocupada pelo fato de estar me afastando do trabalho. (Daniela C.)

Teve até brigas com meu esposo porque eu estava faltando muito no trabalho. (Priscila E.)

Eu quase perdi a minha família (Kizzy I.)

Segundo relatam, o adoecimento torna-se o motivo de conflitos familiares, que acabam por intensificar os sintomas psicossomáticos daqueles que já se encontram em condições de vulnerabilidade. Muito embora a própria família tenha clareza, segundo os entrevistados, do nexo causal do trabalho nos TMC que o acometem.

(...) fiquei pelo INSS, acabei prejudicando até meus filhos, o atraso da pensão, essas coisas. (Lucas U.)

Fui pro INSS. Não recebia salário. Meus filhos trancaram a faculdade e tiveram problemas financeiros para regularizar a faculdade. (Carlinhos I.)

Essas expressões descrevem as repercussões da ordem financeira na estrutura da família, principalmente quando a licença médica é superior a 15 dias.

Chegava em casa e descontava tudo que vivia no trabalho.” (Bruno E.)

Fiquei agressiva e irritada (...) Meu marido até adoeceu e chegou a sair de casa. Não me suportava (Amanda A.)

Minha esposa ficou com ciúmes. Achava que eu estava com outra, porque eu não fazia mais carinho, não queria mais namorar, entende? Eu falava que a culpa era do chefe (...) ela não acreditava. (Bruno E.)

Tudo levava para dentro de casa (...) decidi sair da Energix. (Beatriz C.)

...a família já estava muito desequilibrada e [meu] trabalho aumentou o sofrimento na família. (Vitor D.)

Chegava em casa estressada. Não dava atenção ao meu filho (Elis B.)

A reprodução da violência atribuída ao contexto de trabalho e do sofrimento psíquico são impactos evidenciados nos relatos acima que o trabalhador carrega consigo, mesmo ao encerrar sua jornada laboral. Não suportando os fatores que provocam adoecimento, utilizam como estratégia defensiva inconsciente a transferência, reproduzindo em seus familiares essa situação violenta e suas consequências.

As diversas formas de violência vivenciadas por trabalhadores, o absenteísmo por TMC e suas consequências acabam por desembocar na família. Esses achados são também evidenciados na pesquisa de Caldas (2007)

Eu escondi até quando pude, mas acho que a família precisa saber, ainda mais esse tipo de doença. (Lucas K.)

Minha família não soube nem que fiquei afastada do trabalho (Elis H.)

Um dia contei o que estava sofrendo no trabalho. (Poliana E.)

A negação é outro mecanismo de defesa inconsciente evidenciado nos relatos mencionados. Parecem revelar, nesse gesto, o preconceito que inicia no próprio sujeito adoecido. Primeiro, ele nega a si mesmo o sofrimento, prorrogando-o por mais tempo. Em seguida, tenta escondê-lo da família e das pessoas significativas. Caldas (2007) em sua pesquisa também evidencia esse tipo de estratégia defensiva.

Sempre fui a referência familiar, sempre fui forte (...) cuidei da minha mãe e minhas irmãs. A minha família ficou surpreendida com minha doença. (Pedro G.)

Foi um impacto forte porque sou a pessoa que toma a dianteira da família (Kizzy F.)

Tive medo de perder o emprego porque sou a mantenedora da família. (Amanda D.)

Uma outra repercussão é o papel que esse trabalhador com TMC exerce no contexto familiar. Quando representa a figura de autoridade ou o provedor, tende a intensificar sua insegurança e suas preocupações. Em decorrência, também aumenta seu sofrimento e os sintomas psicossomáticos, conforme aponta Caldas (2007) em suas pesquisas. Sarti (1995, p. 125), em seus estudos, afirma que “o

trabalho, conferindo dignidade (...) sua autonomia moral, legítima sua reivindicação de respeito de seus familiares.

Os meus pais sabiam que eu estava doente... sofria em função da distância. Meus pais moravam distante... até pensei que ia morrer, ali, sozinho. Deu até vontade de deixar de viver. O trabalho assim só faz doer. (Miguel E.)

Dos relatos obtidos, o mais doloroso e mais preocupante é a ideação suicida. Inclusive dois entrevistados descreveram os atos que chegaram a cometer, visando a interromper a própria vida.

Os achados sobre os impactos do absenteísmo por TMC na família corroboram a pesquisa de Caldas (2007) sobre o sofrimento de trabalhadores vítimas de assédio moral no trabalho. Segundo a autora, uns conseguem obter apoio e suporte na família. Outros, “sofrem sozinhos e duplamente a dor, a decepção, a frustração, o medo” (Caldas, 2007, p. 120). Esses trabalhadores não conseguem socializar, escondendo dos familiares todo o sofrimento vivenciado em razão do trabalho. E há, entre eles, alguns que chegam a reproduzir as violências que sofrem no convívio com seus entes significativos.

Além das repercussões à equipe de trabalho, à produtividade do setor, à gestão de pessoas e processos, ao trabalhador adoecido e sua dinâmica familiar, o absenteísmo-doença, inclusive por TMC, também gera impactos financeiros à organização, como se demonstra adiante, a partir dos custos financeiros na *Energix*.

IMPACTO FINANCEIRO DO ABSENTEÍSMO POR TMC

A Tabela 03 demonstra o quantitativo de empregados assíduos em relação ao registro de absenteísmo-doenças, com ênfase sobre os TMC, em dados brutos e percentuais, no período de 2010 a 2013. Observa-se que mais de 53% do quadro de pessoal (QP) apresentou ao menos um atestado médico por ano, ou seja, esteve mais tempo de licença para tratamento de saúde do que trabalhando. O ano de 2011 apresentou o melhor resultado, com 49,3%. E, em 2012, o maior impacto no indicador, com 57,2%.

O resultado do absenteísmo por TMC se mantém em 6%, a média, no período entre 2010 e 2013. Assim como os dados obtidos do ausentismo total, o ano de 2011 apresentou o melhor resultado, com 4,8%. Em 2013, esse indicador atingiu o maior impacto, com 6,1%.

“SOU UM AUSENTE. NEM FAÇO MAIS FALTA”

EMPREGADOS COM ABSENTISMO DOENÇA E POR TMC (TOTAL E %)																								
Local	2010						2011						2012						2013					
	EMP	%	AD	%	AD-F	%	EMP	%	AD	%	AD-F	%	EMP	%	AD	%	AD-F	%	EMP	%	AD	%	AD-F	%
Filial 1	1201	21,4%	645	53,7%	28	4,3%	1212	21,9%	605	49,9%	46	7,6%	1127	20,2%	644	57,1%	44	6,8%	1103	19,9%	638	57,8%	44	6,9%
Filial 2	2717	48,4%	1427	52,6%	94	6,6%	2636	47,7%	1439	54,6%	91	6,3%	2800	50,1%	1580	56,4%	93	6,0%	2781	50,1%	1537	55,2%	87	5,7%
Filial 3	644	11,5%	352	54,7%	21	6,0%	640	11,6%	331	51,7%	18	5,4%	642	11,5%	382	60,0%	16	4,2%	649	11,7%	326	50,3%	17	5,2%
Filial 4	367	6,5%	165	45,0%	12	7,3%	366	6,6%	175	47,8%	6	3,4%	374	6,7%	201	53,7%	12	6,0%	374	6,7%	203	54,2%	11	5,4%
Filial 5	318	5,7%	181	56,9%	10	5,5%	314	5,7%	124	39,5%	5	4,0%	283	5,1%	167	59,0%	9	5,4%	296	5,3%	156	52,7%	11	7,1%
Filial 6	362	6,5%	211	58,2%	9	4,3%	362	6,5%	189	52,2%	4	2,2%	359	6,4%	205	57,1%	15	7,3%	351	6,3%	217	61,8%	14	6,5%
TOTAL	5609	100	2981	53,5%	174	5,7%	5530	100	2863	49,28%	170	4,8%	5585	100	3179	57,2%	189	6%	5554	100	3077	55,3%	184	6,1%

Tabela 03: Quadro de Pessoal total, com ou sem Abs. e por TMC (total e %), por Filial e ano

As pesquisas não são unânimes acerca de uma média aceitável de dias perdidos em relação ao contrato de trabalho. Quando se trata de um limite tolerável desse indicador, nenhuma referência encontrada ultrapassa 10% mensal, proposto por Chiavenato (2014). E, para Couto (1987), um percentual superior a 1,2% é considerado alto, justificando ações interventivas imediatas.

O absenteísmo-doença da *Energix* é maior que cinco vezes o percentual máximo encontrado na literatura, portanto, excessivamente elevado, suscitando ações interventivas e perenes visando a contenção desse resultado.

Assim como o setor elétrico energético, outros segmentos apresentam um resultado similar, principalmente nas pesquisas encontradas com a categoria de enfermagem. Da mesma forma, parecem elevado o absenteísmo-doença com docentes, profissionais de *call center*, policiais, dentre outros (Silva e Marziale, 2003; Martins *et al*, 2005; Pintor, 2010; Santos e Mattos, 2010; Fonseca e Carlotto, 2011; Silva *et al*, 2012; Souza *et al*, 2012; Rodrigues *et al*, 2013; e Mininel *et al*, 2013).

Essas pesquisas denotam a importância da gestão do absenteísmo-doença, a partir de análises estatísticas estratificadas dos atestados médicos. E, a partir da pesquisa documental perene, propor políticas, estruturar programas e implementar ações de saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho.

No Brasil, cada trabalhador tem direito a 160h de férias, acrescida de 96h, em média, em razão de feriados. A jornada de 2.080h reduz para 1.824h produtivas, segundo a CLT. Numa empresa do porte da *Energix*, com absenteísmo de 1,7%, o resultado do QP pode chegar a 159.600h perdidas, considerado elevado, comparando-se com o parâmetro limítrofe de 0,1% ao mês. (Couto, 1987; Milkovich e Boudreau, 2000; Assis, 2005; e Brasil, CLT).

Embora seja uma Empresa de economia mista e regida pela CLT, a *Energix* carrega aspectos marcantes do setor público, em razão principalmente da seleção de trabalhadores mediante concurso público, garantindo a estabilidade e a segurança no emprego. Essa cultura causa impacto no

absenteísmo-doença, que tende a ser mais elevado que em organizações privadas, conforme estudo desse indicador há mais de duas décadas, cujos resultados permanecem estatisticamente inalterados.

Sobre essa distinção, os estudos de Cascio e Boudreau (2010) reforçam que o absentismo no setor público tende a ser maior que no privado. As pesquisas realizadas no Reino Unido registram que a razão é de 10,1 para 6,7, anual. No Brasil, os estudos de Santos e Mattos (2010); Fonseca e Carlotto (2011); Silva *et al* (2012); e Rodrigues *et al* (2013) ratificam essa distinção e corroboram os resultados da *Energix*.

Nos dados do AEAT (Tabela 02), verifica-se que as patologias do Grupo F (CID-10) correspondem a 0,02%, ou seja, é inferior a 1% do total de benefícios pagos e encontra-se em terceiro lugar entre os Grupos prevalentes. Na *Energix* (Tabela 03), esse percentual chega a 6,1% em relação ao total do absenteísmo, ou seja, superior à cinco vezes os dados estatísticos do AEAT.

Esses dados reforçam que as causas do absenteísmo são multifatoriais e, para compreendê-las, sugere-se realizar diagnósticos organizacionais, analisar os riscos psicossociais, além de propor ações socioeducativas que possibilitem uma compreensão sistêmica do fenômeno, utilizando uma triangulação de métodos.

A partir dessas iniciativas, é possível realizar medidas interventivas sobre a cultura organizacional, suas subculturas e contraculturas; na formação de gestores e/ou líderes; e na promoção de espaços de fala para os trabalhadores, com ou sem absenteísmos, de modo a identificar também fatores individuais, subjetivos, além de verificar se há ou não nexos causal (ou concausal) do contexto de trabalho.

Os dados sinalizados na pesquisa documental (2010 – 2013) sobre o índice de absenteísmo-doença ratificam os achados nas entrevistas, categorizados por temáticas, analisados anteriormente. Este estudo, utilizando a triangulação de métodos, permite inferir que o setor elétrico energético e, de modo específico, a cultura da *Energix*, sofre influência direta do cenário econômico e político do país. E, internamente, 2012 foi um ano atípico, deflagrando a crise que se instala na Empresa, a partir do programa de incentivo à aposentadoria e ao desligamento voluntário. O resultado corrobora que há fatores preditores e explicativos dos riscos psicossociais no próprio contexto de trabalho.

Diante dos resultados do absenteísmo por TMC, é papel do psicólogo com formação em trabalho e saúde propiciar ações diagnósticas e interventivas, assegurando condições de bem-estar tanto individual quanto ao coletivo de trabalhadores e ao contexto macro organizacional. É a partir da avaliação das informações coletadas e das intervenções nessas três esferas que uma empresa se

torna sustentável, fortalecendo as condições de empregabilidade das pessoas, alinhando processos e garantindo produtividade e lucros.

Na esfera individual, é importante considerar aspectos de ordem pessoal, psíquica, comportamental ou mesmo da estrutura e da psicodinâmica de personalidade, da história de vida, dos vínculos socioprofissionais e do sentido e dos significados do trabalho de cada trabalhador. É preciso cuidar também do coletivo de trabalhadores, investindo em programas e ações de prevenção, recuperação e principalmente de promoção de saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho. Na esfera macro, demanda por manter alinhadas essas ações ao planejamento estratégico do negócio e ao cenário político e socioeconômico do país. (Caldas, 2007; Zanelli, 2010; Minayo, Assis e Oliveira, 2011; Lopes, 2013; Figueiredo e Souza, 2013; e Fonseca e Araújo 2014).

A Tabela 04 demonstra o custo financeiro do absenteísmo-doença, considerando a remuneração média diária dos empregados por dias perdidos. No período entre 2010 e 2013, o custo médio foi de R\$ 9.840.549,15, considerando as médias de dias perdidos (22.131) e de remuneração diária (R\$ 444,65), respectivamente.

Em 2010, a média pecuniária foi de R\$ 386,81 e 22.487 o total de dias perdidos. Ao multiplicar esses dados, obtém-se um custo de R\$ 8.698.196,47. Em 2011, reduziu para R\$ 8.409.004,95, resultado de 19.805 dias perdidos vezes a remuneração média diária de R\$ 424,59. Em 2012, a partir de 23.503 dias perdidos e a remuneração média de R\$ 474,77, sobe para R\$ 11.158.519,30. E, em 2013, a resultado aumenta para 11.200.814,40, considerando a remuneração média/dia de R\$ 492,56 e 22.740 dias.

Verifica-se no ano de 2012 o maior impacto, tendo em vista o total de dias perdidos, seguido de 2013 e 2010. E, em 2011, o melhor resultado do índice de absenteísmo-doença, sugerindo correlacionar com outros indicadores e identificar fatores do contexto de trabalho que podem ser mantidos e reforçados em níveis de favorabilidade.

O resultado total no período analisado foi de 88.524 dias perdidos e o somatório de cada ano estudado, considerando o custo financeiro do absenteísmo-doenças resultou no impacto de R\$ 39.460.706,89.

A *Energix* inclui no cálculo remuneratório: salário-base, comissões, gratificações (participação nos lucros, promoções pecuniárias), benefícios (plano de saúde, seguro de vida, auxílios (doença, medicamento, alimentação, educação, óculos, além das despesas com assistência hospitalar). Considera também os encargos sociais (depósito do FGTS, gratificação de férias, 13º salário). Ao

encontrar o somatório da remuneração, calcula-se o valor médio/dia de trabalho e multiplica-se esse valor pelo total de dias perdidos no ano.

ANO	DP - ENERGLIX	REMUN/DIA (R\$)	TOTAL (R\$)
2010	22.476	386,74	8.692.368,24
2011	19.805	424,59	8.409.004,95
2012	23.503	474,77	11.158.519,30
2013	22.740	492,56	11.200.814,40
MÉDIA	88.524	444,65	9.865.176,72
TOTAIS	88.524		39.460.706,89

Tabela 04 – Custo do Absenteísmo-doença total no período (remuneração média/dia)

As fórmulas utilizadas para mensurar os custos financeiros e econômicos do absenteísmo-doenças estão distante de um resultado fidedigno. Os valores obtidos são restritos ao custo remuneratório do trabalhador ausente. Não inclui as despesas médicas e os medicamentos (90% assumidas pela *Energix*), a redução da produtividade esperada, a redistribuição da tarefa e das horas extraordinárias praticadas por empregados assíduos, as dificuldades impostas à gestão das pessoas e dos processos, dentre outros.

Cascio e Boudreau (2010, p. 60-72) sugerem ampliar a base de cálculos para além da remuneração média em relação ao total de dias perdidos. Segundo os autores, ainda que se considere o custo real da remuneração, restrito aos trabalhadores com absenteísmo-doença (inclusive por TMC), ainda assim não é valor real, conforme antes discutido.

A *Energix* utiliza a fórmula da *Sextante* para mensurar o custo do absenteísmo-doenças, inclusive por TMC, descrita em itens, adiante.

- Reverte-se o absenteísmo-doenças por dias perdidos.
- Soma-se o total de dias perdidos de todos os empregados que se afastaram do trabalho naquele ano.
- Soma-se o total da remuneração dos empregados e calcula-se a média por dia.
- Divide-se esse valor pela média de dias trabalhados. Nesse caso, é de 22 dias/mês.
- Encontra-se o valor do custo médio de um dia perdido na *Energix*.
- Multiplica-se este número pelo total de dias perdidos.
- A partir dessa fórmula, o valor médio do absenteísmo-doença na Empresa.

A Tabela 05 demonstra o custo do absenteísmo-doença, específico por TMC, no período de 2010 à 2013, considerando o total de dias perdidos por doenças do Grupo F (CID-10) em relação à

remuneração média/dia do QP dos empregados da *Energix* e dos trabalhadores com histórico de absenteísmo por TMC.

O resultado obtido em relação à remuneração média do QP da *Energix* foi de R\$ 450.165,36; R\$ 450.914,58; R\$ 611.503,76 e R\$ 641.313,12, respectivamente. O somatório no período foi de R\$ 2.153.896,82. Já o resultado específico do custo financeiro do absenteísmo, no período, considerando a remuneração média dos empregados com TMC, respectivamente, foram: 411.567,12; 436.195,26; 548.700,88; e 595.157,22, perfazendo um total de R\$ 1.991.620,48. A diferença média entre os indicadores foi de R\$ 162.276,34, ou seja, 92,5% de significância.

ANO	DIAS PERDIDOS	MED ENERGIX	CUSTO AD - F
		MED GRUPO F	
2010	1.164	386,74	450.165,36
		353,58	411.567,12
2011	1.062	424,59	450.914,58
		410,73	436.195,26
2012	1.288	474,77	611.503,76
		426,01	548.700,88
2013	1.302	492,56	641.313,12
		457,11	595.157,22
TOTAL	4.816	444,17	2.153.896,82
		411,86	1.991.620,48

Tabela 05: custo dos dias perdidos por TMC em relação a remuneração diária média da *Energix* e a média exclusiva dos empregados com absenteísmo-doença do Grupo F.

A Tabela 06 apresenta o somatório dos custos financeiros do absenteísmo por TMC dos empregados com maior impacto, no período entre 2010 e 2013. Dentre eles, o maior custo obtido a cada ano, respectivamente, foi: R\$ 86.568,70 (84 dias perdidos e a remuneração média/dia de R\$ 1.030,58); R\$ 22.448,41 (38 dias perdidos e a remuneração média/dia de R\$ 590,75); R\$ 44.256,13 (30 dias perdidos e a remuneração média/dia de R\$ 1.475,20); e R\$ 159.848,32 (257 dias perdidos e a remuneração média/dia de R\$ 621,98).

Considerando os dados percentuais, observa-se que 05 trabalhadores, em 2013, comprometeram em 67,8% do total do custo financeiro do absenteísmo-doença por TMC, seguido 43,24% desse total, em 2010. O menor impacto observado ocorreu no ano de 2011, cujos empregados com maiores impactos comprometeram em 11,82% do total.

“SOU UM AUSENTE. NEM FAÇO MAIS FALTA”

CUSTO FINANCEIRO DO RANKING DE EMPREGADOS COM AD-F			
ANO	REMUNERAÇÃO/DIA	DIAS PERDIDOS	CUSTO AD - F
2010	1.030,58	84	86.568,70
2010	1.092,19	42	45.872,04
2010	410,18	33	13.536,08
2010	565,52	32	18.096,79
2010	225,93	30	6.778,04
2010	236,85	30	7.105,61
TOTAL		251	177.957,26
MED ENERGIX	386,74	1.164	450.165,36
MED GRUPO F	353,58		411.567,12
% REMUN MÉDIA GRUPO F			43,2%
2011	590,75	38	22.448,41
2011	246,86	32	7.899,58
2011	220,73	30	6.621,93
2011	141,17	30	4.235,14
2011	369,13	28	10.335,55
TOTAL		158	51.540,62
MED ENERGIX	424,59	1.062	450.914,58
MED GRUPO F	410,73		436.195,26
% REMUN MÉDIA GRUPO F			11,8%
2012	180,92	50	9.045,76
2012	387,07	45	17.418,17
2012	1.149,22	30	34.476,71
2012	1.475,20	30	44.256,13
2012	452,33	29	13.117,64
2012	421,91	25	10.547,80
TOTAL		209	128.862,21
MED ENERGIX	474,77		611.503,76
MED GRUPO F	426,01		548.700,88
% REMUN MÉDIA GRUPO F			23,5%
2013	621,98	257	159.848,32
2013	239,51	228	54.608,49
2013	271,54	212	57.566,72
2013	378,43	152	57.521,62
2013	510,17	145	73.974,46
TOTAL		994	403.519,60
MED ENERGIX	492,56	1.302	641.313,12
MED GRUPO F	457,11		595.157,22
% REMUN MÉDIA GRUPO F			67,8%

Tabela 06: Ranking dos trabalhadores com maior impacto (dias perdidos x remun./dia) – 2010 à 2013

A Tabela 07 demonstra a repercussão econômico-financeira do absenteísmo na *Energix*, considerando a maior e a menor remuneração anual do período analisado, custeada integralmente pela Empresa. Esse parâmetro permite considerar a polaridade do prejuízo, dependendo da renda do trabalhador.

A maior e a menor remuneração/dia no período foram: R\$ 2.464,67 e R\$ 7,88 (2010); R\$ 2.283,02 e R\$ 8,50 (2011); R\$ 2.775,25 e R\$ 5,93 (2012); e R\$ 4.397,03 e R\$ 9,63 (2013). E os dias perdidos por TMC, no período, foram: 1.164, 1.062, 1.288 e 1.302, respectivamente.

O prejuízo, portanto, pode ser de R\$ 38.392,42, se todos os ausentes recebessem a menor renda praticada ou pode chegar à 14.597.464,22, num período de quatro anos, conforme o recorte temporal desta pesquisa.

REPERCUSSÃO MAIOR/MENOR REMUN/DIA			
ANO	REMUN/DIA	DIAS PERDIDOS	CUSTO AD-F SIMULADO
2010	2.464,67	1.164	2.868.875,88
	7,88		9.172,32
2011	2.283	1.064	2.429.133,28
	8,5		9.044,00
2012	2.775,25	1.288	3.574.522,00
	5,93		7.637,84
2013	4.397,03	1.302	5.724.933,06
	9,63		12.538,26
		TOTAL MAIOR	14.597.464,22
		TOTAL MENOR	38.392,42

Tabela 07: repercussão econômico-financeira do absenteísmo na *Energix* – 2010 à 2013

Como fora discutido ainda na revisão da literatura, considerar apenas a remuneração do trabalhador ausente não retrata o custo financeiro com o absenteísmo-doença. Desse modo, o modelo de cálculo utilizado pela *Energix* para mensurar esse indicador não retrata um custo financeiro fidedigno.

Cascio e Boudreau (2010) reforçam que a análise do índice de absenteísmo-doença, restrita ao valor de remuneração, é por demais limitada, mesmo com os parâmetros médios adotados nesta pesquisa. Contudo, este resultado retrata um prejuízo significativo, principalmente se considerar a possibilidade de haver na *Energix* (ou outra empresa) fatores de vulnerabilidade aos agravos à saúde mental dos trabalhadores, conforme sinalizado.

Portanto, além dos custos associados à remuneração, é importante considerar outras categorias de medida do absenteísmo, tais como: gerenciamento dos prejuízos causados com a qualidade, quantidade e até prazos não cumpridos, por exemplo, assim como o custo com trabalhadores substitutos, seja por horas extraordinárias, adicionais, encargos, seja até com novas contratações. E ainda que pareçam mais precisos, referem apenas a uma estimativa, explicam Cascio e Boudreau (2010).

Pesquisas de natureza quantitativa, com análise de dados estatísticos e epidemiológicos sobre a saúde mental de trabalhadores vem sendo realizadas, principalmente a partir da década de 2000. Nardi e Ramminger (2012), em seus estudos baseados na análise documental das Conferências Nacionais Brasileiras de Saúde do Trabalhador, corroboram os achados deste estudo quanto à

demanda por gestão do absenteísmo por TMC e por políticas de promoção de saúde mental no trabalho. Apontam que as limitações relativas ao contexto de trabalho, em razão de suas contradições e da precarização de suas condições, provocam danos psíquicos aos trabalhadores; assim como sinalizam desafios que possibilitem legitimar políticas públicas de saúde e fortalecer os órgãos de apoio ao trabalhador.

Almeida e Barbosa-Branco (2011), Silva Júnior (2012), Silva Junior e Fischer (2014), dentre outros, ao analisarem os Anuários Estatísticos dos Acidentes de Trabalho do INSS (inclusive por TMC), demonstram que o custo com a doença é muitas vezes maior que o investimento em saúde, muito embora os dados apresentados nesta pesquisa realizada na *Energix*, e em tantas outras, ainda não são convincentes.

Sinalizam e corroboram que o investimento na saúde e na qualidade de vida dos obreiros tem retorno, ao menos, com a redução nos custos financeiros do absenteísmo-doença e com os ‘*recursos humanos*’, como fora brilhantemente caricaturado por Charles Chaplin, no clássico *Tempos Modernos*, na década de 1930 (Chaplin, 1936). De fato, moderno! Em tempos de pós-modernidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quais as repercussões do absenteísmo por enfermidades psíquicas nos trabalhadores e na organização? Essa problemática norteou este estudo e, para respondê-la, definiu-se como objetivo geral identificar repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores adoecidos, no contexto laboral e impactos financeiros na *Energix*. Para alcançar o objetivo proposto, adotou-se por metodologia a triangulação de métodos. A pesquisa documental utilizou dados estatísticos epidemiológicos, fornecidos pela área de saúde ocupacional da Empresa, referente ao período de 2010 e 2013.

Os dados foram analisados por valores totais e percentuais de variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão e mediana das variáveis numéricas, bem como frequências absolutas e percentuais, média aritmética e o Índice de Absenteísmo-doença (IAD). Utilizou-se o programa SPSS – versão 21. E, da análise, identificou-se os empregados que fizeram parte da etapa qualitativa. A definição da amostra foi por variedade de tipos, definida por um ou mais ocorrências de absenteísmo por TMC prevalentes– amostra intencional.

Participaram 108 trabalhadores, entre os 184 empregados apontados na pesquisa documental, na etapa quantitativa. O instrumento utilizado para coleta dos dados foi uma entrevista

semiestruturada, cujo objetivo era compreender as repercussões das ausências por patologias do Grupo F (CID-10), na ótica dos participantes.

Os principais dados sociodemográficos dos trabalhadores com TMC evidenciam que a maioria são mulheres, com escolaridade em nível superior, com faixa etária entre 51 e 60 anos. O resultado denota um achado relevante e de grande impacto, tendo em vista que a amostra feminina representa apenas 21% do quadro de pessoal da *Energix*. Sugere-se, a partir dessa informação, que a Empresa invista em ações de promoção de saúde mental, considerando este público específico. Urge ações que possam prevenir e até reduzir os resultados desse indicador, considerando principalmente fator de gênero.

Para responder aos dois primeiros objetivos específicos, utilizou-se como instrumento a entrevista semiestruturada, cujas respostas foram categorizadas através do método de *análise de conteúdo* e os núcleos de significados obtidos permitiram “*descrever os impactos nos trabalhadores com maior vulnerabilidade aos TMC*” – primeiro objetivo.

Os resultados quanto às repercussões no trabalhador, na ótica e na experiência dos entrevistados, sugerem que são rotulados, discriminados e excluídos socialmente no contexto de trabalho. Alguns relatos denotam o medo de se expor por meio dessa pesquisa e, portanto, a razão da desistência de alguns em contribuir com este estudo e a negação do adoecimento. O receio acerca do rótulo de “doente mental” é legítimo, quando exposto a pares e a gestores que não sabem lidar com situações alteras. Esse é um dano significativo, segundo os participantes, pois provoca impactos indelévels em sua carreira profissional.

Dependendo do contexto de trabalho e do quanto se ignora os TMC, coloca-se em descrédito a postura do trabalhador, tornando-o vulnerável a novos sofrimentos, humilhações e discriminações. Além dos prejuízos de ordem ética e moral, há aqueles de ordem financeira. Perde-se oportunidade de carreira, de promoção, prejudica a avaliação de desempenho. Em casos de longos dias perdidos, chega a diminuir os dias de gozo de férias, há prejuízo na participação dos lucros e até na aposentadoria.

A preocupação com a imagem profissional é retratada nas falas dos entrevistados e, como estratégia defensiva, consciente ou não, alguns trabalhadores chegam a assumir um ônus financeiro para não apresentar atestados médicos, aumentando o presenteísmo, pois não conseguem dar conta das demandas laborais, na maioria das vezes, conforme demonstrado na análise e discussão neste artigo.

Gera um ciclo vicioso que tende a aumentar o absenteísmo por TMC. Os sintomas psíquicos emergem e sua produtividade declina, tornando o trabalhador ainda mais vulnerável às violências no trabalho. E torna-se refém de práticas abusivas de poder, utilizando as políticas de Gestão de Pessoas a exemplo da avaliação individual de desempenho, instrumento capaz de intensificar agravos psicossociais nos trabalhadores.

Nessa direção, relatos de ideação suicida demonstram onde esse ciclo vicioso pode chegar: suicídio *do e no* trabalho. Embora não haja na *Energix* registro de situação em tamanha gravidade, dois entrevistados expressaram a tentativa de cometer tal ato.

Segundo os participantes, sofrem perdas de ordem financeira, uma vez que a renda diminui quando passa a receber sua remuneração por meio de benefício previdenciário, pago pelo INSS. Além disso, surgem novas despesas, como deslocamentos para médicos e exames, ou mesmo o custo dos medicamentos psiquiátricos e para reduzir sintomas das patologias psicossomáticas, principalmente a alteração na pressão arterial gástricas, cardíacas, osteomusculares. Embora a *Energix* ofereça o benefício social de reembolso de medicamentos, há uma parcela assumida pelo trabalhador que acaba por ser onerosa.

O prejuízo financeiro não se esgota no trabalhador adoecido, mas acaba por repercutir na dinâmica familiar, principalmente quando ele é arrimo ou provedor dos seus significativos. Falam da insegurança e do receio do futuro, principalmente daqueles que exercem figura de autoridade na família. Além disso, alguns participantes falam que também sofrem preconceito na família em razão da doença mental, justificando as estratégias de negação do sofrimento, inclusive aos familiares. Expressam ainda seus próprios atos de reprodução da violência sofrida no trabalho, nesse contexto.

Por outro lado, quando o trabalhador com diagnóstico de TMC recebe apoio e suporte familiar, tende a superar mais facilmente os sintomas da doença. É na família que o indivíduo adquire dignidade; doente ou não, assíduo ou não, inclusive em situação de desemprego. A ausência desse suporte, provavelmente irá comprometer ainda mais sua autoestima, sua autonomia e sua capacidade de enfrentamento.

Todavia, a organização não permanece ileso. Apontar repercussões dos dias perdidos por TMC na tarefa, no setor, no relacionamento socioprofissional e na gestão das pessoas foi o segundo objetivo específico deste estudo. Para a organização, o impacto é evidenciado no comprometendo da produtividade e da sustentabilidade do negócio.

Segundo a fala de entrevistados, os impactos observados na Empresa referem, primeiro, às tarefas e ao setor, quando se faz necessária a redistribuição das atividades entre os trabalhadores

assíduos, quando há o comprometimento da quantidade e da qualidade das entregas planejadas; além dos prejuízos na *performance* do setor e na produtividade. Neste estudo, devido ao absenteísmo por TMC e ao presenteísmo.

Outra repercussão sinalizada pelos entrevistados refere aos prejuízos às relações socioprofissionais. Segundo eles, no início, os pares procuram ajudar, são colaborativos e assumem as tarefas do colega doente, sem grandes dificuldades. Contudo, à medida que os dias de ausência vão aumentando, cresce em igual proporção as queixas e insatisfações. Agravam-se os problemas, que passam a interferir no clima organizacional. É comum, entre as queixas dos trabalhadores assíduos, o total de horas extraordinárias acumuladas em banco de horas, sem muita perspectiva de compensação pecuniária. Em contrapartida, os participantes relatam um sentimento comum de constrangimento, exatamente porque não conseguem dar conta das suas atividades em razão do adoecimento. Alguns chegam a relatar conflitos entre os pares, passando pela descrença dos assíduos sobre a condição legítima de saúde ou pelo estigma que perpassa a doença psíquica no senso comum.

Os entrevistados relatam alguns prejuízos na gestão da equipe, inclusive entre trabalhadores assíduos. Nesses casos, a falta de reconhecimento e de valorização dos pares que assumem as tarefas e que se sobrecarregam com o acúmulo de trabalho, geram revolta na equipe, provocando outros problemas, a exemplo do presenteísmo, de condutas transgressoras e novos adoecimentos. E sobre a gestão das pessoas, alguns acreditam não haver impactos. Outros, queixam-se dos gestores quando não há uma preocupação genuína com a saúde dos trabalhadores e o foco é unicamente nos resultados.

Por outro lado, há relatos de boas práticas gerenciais que favorecem a manutenção de um clima organizacional mais saudável. O apoio do gestor pode contribuir no comprometimento do empregado, que tende a retornar mais rápido ao trabalho. Assim como os demais pares, quando percebe que seu esforço é reconhecido, mesmo que sobrecarregado, são mais solidários e acolhedor com seu colega enfermo, em seu retorno ao trabalho. Dizem nas entrevistas que o exemplo e a postura gerencial nessas questões são decisivas para manter o relacionamento em nível adequado. Segundo entrevistados, alguns gestores denotam preocupação não apenas na recuperação da saúde, mas no retorno do empregado ao trabalho e sua reintegração na equipe.

O terceiro e último objetivo específico foi demonstrar o impacto financeiro do absenteísmo por TMC, tomando por parâmetro o custo remuneratório dos trabalhadores com uma ou mais ocorrências, no período de 2010 a 2013. Este objetivo foi atendido, embora que parcialmente, revelando um dos maiores desafios desta pesquisa. Afinal, nenhum negócio se sustenta por arcar com os custos remuneratórios sem a contraprestação do trabalhador. Além disso, ainda que fosse possível

mensurar integralmente o lucro produzido por cada obreiro, não teria como calcular aspectos subjetivos relacionados ao absenteísmo e ao presenteísmo, como por exemplo: impacto no clima organizacional, as transgressões de alguns empregados assíduos, o retrabalho, a dificuldade de expertise de quem acumula as atividades dos faltosos, dentre outras.

No caso específico da *Energix*, o custo integral arcado com a remuneração de cada trabalhador, inclui: salários, gratificações, comissões, horas extraordinárias, adicionais, despesas médicas, medicamentos e outros benefícios assistenciais e sociais, tributações, encargos sociais, empréstimos, participações nos lucros, dentre outros.

A base de cálculo utilizada nesta pesquisa para evidenciar o custo financeiro do absenteísmo por TMC baseou-se na remuneração por dia, restrita aos trabalhadores que apresentaram ao menos uma ocorrência no período estudado. O resultado demonstrado foi um prejuízo financeiro de R\$ 411.567,12; R\$ 436.195,26; R\$ 548.700,88; e R\$ 595.157,22, entre 2010 e 2013, respectivamente, perfazendo um total de R\$ 1.991.620,48. Utilizando o parâmetro de cálculo da *Energix*, ou seja, a remuneração média por dia de todos os empregados, o resultado no período foi de 450.165,36; R\$ 450.914,58; R\$ 611.503,76 e R\$ 641.313,12, respectivamente. O somatório no período foi de R\$ 2.153.896,82. A diferença média entre os indicadores foi de R\$ 162.276,34, ou seja, 92,5% de significância.

Esta pesquisa documental, portanto, denota maior fidedignidade em relação aos dados da *Energix*, uma vez que a mesma utiliza a remuneração média por dia de todos os empregados, não retratando o impacto econômico da remuneração específica dos trabalhadores com TMC, aqui demonstrado.

Na análise sobre o somatório do custo do absenteísmo por TMC dos cinco empregados com maior impacto nesse indicador, por ano, encontrou-se, em 2010, o valor de R\$ 86.568,70 (84 dias perdidos e a remuneração média/dia de R\$ 1.030,58); R\$ 22.448,41 (38 dias perdidos e a remuneração média/dia de R\$ 590,75); R\$ 44.256,13 (30 dias perdidos e a remuneração média/dia de R\$ 1.475,20); e R\$ 159.848,32 (257 dias perdidos e a remuneração média/dia de R\$ 621,98). Esses dados, analisados percentualmente, apontam que esses cinco trabalhadores, em 2013, comprometeram em 67,8% do total do custo financeiro do absenteísmo-doença por TMC, seguido de 43,24% desse total, em 2010. O menor impacto observado ocorreu no ano de 2011, cujos empregados com maiores impactos comprometeram em 11,82% do total.

O montante demonstrado pode ser insignificante se considerar o porte das empresas do setor elétrico, a exemplo da *Energix*. No entanto, esse valor, revertido em investimento na promoção de saúde, traria, certamente, retornos imensuráveis: aos trabalhadores, à Empresa e à sociedade em geral.

Apesar de fidedigno ao parâmetro estabelecido nesta pesquisa, o custo do absenteísmo encontrado, de longe retrata seu impacto econômico no negócio, considerando que uma organização não existe para remunerar seus trabalhadores. Embora os resultados apresentados se aproximem dos custos remuneratórios reais, os dados obtidos revelaram uma limitação desta pesquisa, uma vez que não retrata o impacto financeiro do indicador estudado. Uma empresa sustentável precisa ser produtiva e gerar lucros, não se restringindo a honrar a folha de pagamento dos seus trabalhadores.

Ressalta-se que, ainda na elaboração do projeto de pesquisa, havia a expectativa de encontrar uma medida que se aproximasse do custo real do IAD por TMC. No entanto, esse objetivo foi parcialmente atingido. Findou-se a pesquisa e malogrou-se o intento de encontrar uma fórmula que demonstrasse o impacto do absenteísmo, justificando aos empresários e à alta gestão acerca da importância do investimento na promoção de saúde dos trabalhadores. Permaneceu a inquietação e a sugestão para novos estudos.

Sugere-se outras pesquisas, principalmente envolvendo outras áreas do conhecimento, a exemplo de Economia e da Administração, que possam aprofundar esse indicador e se aproximar do prejuízo fidedigno do absenteísmo por TMC.

Além da pesquisa documental, em cada fala transcrita dos participantes, novas oportunidades de pesquisa vão delineando, mais aprofundada e com outros públicos, numa perspectiva sistêmica. Sugere-se incluir os familiares dos trabalhadores com alto impacto no absenteísmo por TMC. Da mesma forma, a realização de grupos focais interventivos com as equipes de trabalho, permitindo compreender as repercussões do absenteísmo e a representação social das doenças mentais relacionadas ao trabalho.

É importante salientar que os desafios da área de saúde ocupacional são muitos, principalmente relacionados ao sofrimento psíquico e os TMC. Desafiadora também é a promoção de ações socioeducativas com foco nos gestores e líderes. Eles devem ser o exemplo de conduta e respeito ao trabalhador, principalmente em situações de vulnerabilidade às patologias do Grupo F (CID-10). Em contrapartida, todo o investimento nesse sentido pode contribuir na redução das repercussões postas nesta pesquisa que, ratifica-se, são imensuráveis.

Outra sugestão para novos estudos é a utilização de pesquisa-interventiva. Com ela, sugere-se ações socioeducativas que oriente e desmistifique os TMC, pois trata-se de um grupo de patologias

subjetivo, invisível e que muitas vezes se confunde com preguiça, vadiagem, irresponsabilidade, baixo comprometimento ou mesmo fraqueza do trabalhador. Este, sofre duplamente: pela doença e pelo rótulo que ela evoca.

Por fim, sugere-se um acompanhamento sistemático pela equipe de saúde ocupacional. E a partir de entrevistas e acompanhamento estatístico estratificado do absenteísmo, definir políticas e diretrizes de saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho. Além de atuar nos relatos individualizados, atuando diretamente sobre as queixas psíquicas do trabalhador, a exemplo de dois dos entrevistados que relataram a tentativa de suicídio. Não há garantias de redução do indicador de ausentismo, mas o tema deve ser tratado com prudência e seriedade em toda e qualquer organização.

O LUGAR DO MEU DESTINO

(...)

Ceguei aqui nomeado,
Fui logo designado
Pra Vara de Goianinha,
Região de muita cana,
Terra de gente bacana,
Terra de dona Lalinha.

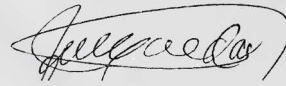
Depois fui para Mossoró,
Poeira, calor e pó,
Região de muito óleo,
Além de muita castanha,
De sobra o povo ainda ganha
A presença do petróleo.

De lá, parti para Macau,
Muito sol e muito sal,
Adeus, Gilberto Avelino!
Encontrei dificuldades!

Mas construí amizades:
Povo, altivo, povo fino!

De lá, o Assu me chamou,
E uma Vara ali fundou
Difundindo a nova Lei,
Terra de grandes estetas,
Terra de muitos poetas,
Oh, Perpétuo Wanderley!

Por fim, cheguei a Natal,
Amei esta capital
Como um fiel namorado,
Terra do doutor Cascudo,
Homem de muito estudo,
E do Potengi amado.



Ao Colega Desembargador Silvio Caldas

Juiz que fez história,
Ontem e hoje com glória.
Acenando com ampla vitória,
Quedou-se na aposentadoria
Unindo os colegas do peito,
Ironizou o mal feito,
Moralizou o benfeito.

Sensível como poeta
Ilustre em sua meta,
Lidou na Justiça, fez época.
Vivendo e julgando ações,
Irradiou emoções,
Ordenando execuções.

Calmo e pensador,
Alcunha de escritor.
Lector de muitos autores,
Didático e narrador.
Autor de grande valor,
Silvio Caldas é o Doutor.

(Dra. Maria de Lurdes Alves Leite)

Jan./2012

ARTIGO 06

POR QUE O PSICÓLOGO NO SESMT? DEMANDAS E CONTRIBUIÇÕES

INTERESSE
Interessa-me
que eu possa estar inteira com você,
tendo os ouvidos do coração escancarados
para suas verdades diferentes das minhas,
mas não menos verdades porque suas.
(...)
(Rizvi, I.)

CALDAS, LAURA PEDROSA¹

CALDAS, MARCUS TULIO²

RESUMO

Incluir o psicólogo no SESMT é uma demanda de saúde pública, tendo em vista o número de benefícios pagos pelo INSS por TMC, terceiro na ordem das doenças ocupacionais e primeiro no *Ranking* de subnotificações, chegando a 71%. Objetivo geral: justificar a inclusão do psicólogo no SESMT. Específicos: descrever as competências do psicólogo ao SESMT; avaliar os TMC prevalentes em trabalhadores diagnosticados pelo psicólogo; apontar riscos psicossociais, agravos à saúde mental e onexo causal do trabalho; e demonstrar as contribuições do psicólogo para a Gestão do Absenteísmo por TMC. População: 5.600 psicólogos no Conselho Regional de Psicologia (CRP/02). Amostra: 67 psicólogos, definida por variedade de tipos, por livre escolha de participação. Por questões éticas (Resolução 196/96), os pesquisadores não tiveram acesso aos respondentes, cujo questionário *online* foi disponibilizado pelo CRP/02. Para discussão dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo (Bardin). Os resultados apontam a avaliação psicológica como subsídio ao diagnóstico de riscos psicossociais e dos agravos à saúde mental. As competências do psicólogo possibilitam intervenções no trabalho e contribuem à gestão do absenteísmo por TMC. Justificam a inclusão do psicólogo no SESMT por realizar a análise e promoção de saúde mental e de um ambiente de trabalho saudável e seguro.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde; Psicologia do Trabalho; Psicologia e o SESMT.

¹Doutoranda e Mestre em Psicologia, com ênfase na Clínica das Instituições. Especialista em Gestão de Equipes, Dinâmica de Grupo (UNICAP) e Psicologia Organizacional e do Trabalho (CRP/02). Psicóloga (*ENERGIX*). Perita (TRT-06). Coordenadora do Núcleo de Psicologia (Faculdade Redentor/RJ IDE Pós Graduações) e Docente em IES.

²Doutor em Psicologia pela Universidade de Deusto, Espanha. Graduação em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, UFF. Professor Adjunto II (UNICAP). Docente convidado em IES.

ABSTRACT

Including the psychologist in the SESMT is a public health demand, given the number of benefits paid by the INSS per TMC, third in the order of occupational diseases and first in the underreporting ranking, reaching 71%. General objective: justify the inclusion of the psychologist in the SESMT. Specific: describe the skills of the psychologist to SESMT; evaluate the prevalent TMC in workers diagnosed by the psychologist; point out psychosocial risks, mental health problems and the causal nexus of work; and demonstrate the psychologist's contributions to TMC Absenteeism Management. Population: 5,600 psychologists at the Regional Council of Psychology (CRP / 02). Sample: 67 psychologists, defined by variety of types, by free choice to participate. For ethical reasons (Resolution 196/96), researchers did not have access to respondents, whose online questionnaire was made available by CRP / 02. For data discussion, we used Content Analysis (Bardin). The results point to psychological assessment as an aid to the diagnosis of psychosocial risks and mental health problems. The psychologist's skills enable interventions at work and contribute to the management of absenteeism by TMC. They justify the inclusion of the psychologist in the SESMT for performing the analysis and promotion of mental health and a healthy and safe work environment.

Keywords: Health Psychology; Work Psychology; Psychology and the SESMT.

INTRODUÇÃO

O trabalho enlouquece? Com esse questionamento, Codo (2004) suscita uma discussão que parece distante de uma resposta uníssona.

Incontestemente, o trabalho passa por grandes transformações ao longo da História. As cobranças são sempre maiores, as atividades mais complexas, as exigências por metas inexecutáveis, cujas reivindicações por produtividade e por resultados aumentam na proporção que sobem os índices de desemprego no Brasil. São mudanças que demonstram adaptações, pesquisas e uma formação continuada tanto dos psicólogos que atuam na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho, incluindo a saúde mental ocupacional, quanto dos profissionais que atendem na clínica, que recebem essa demanda no *setting* terapêutico e precisam dar conta dos fenômenos do contexto corporativo.

Embora as empresas estejam cada vez mais atentas aos custos com o absenteísmo, acidente de trabalho, *turnover* e com outros impactos advindos do adoecimento dos trabalhadores, torna-se necessário avançar em ações de prevenção e de promoção de saúde e segurança no trabalho.

O Ministério da Previdência Social (MPS), por sua vez, disponibiliza o AEAT/INSS. Os dados apontam como recorrentes os TMC na ordem da terceira maior despesa paga com benefícios aos trabalhadores no período pesquisado (BRASIL, 2010/2013). O documento demonstra ainda que os TMC são os mais subnotificados, chegando a 71% em 2010. Isso significa que as organizações não reconhecem onexo causal do trabalho sobre as patologias psíquicas e o trabalhador adoecido necessita recorrer à perícia médica para garantir seus direitos previdenciários.

Em contrapartida, o próprio INSS reconhece que os médicos peritos não estão preparados para esse diagnóstico, nem são obrigados a ter a especialização em psiquiatria. Para conceder o benefício ao cidadão, fundamentam-se nas Diretrizes de Conduta Médico Pericial em TMC, regulamentada na Portaria n.º 20 INSS/DIRBEN/2006. Identificam-se, assim, avanços e retrocessos e os maiores prejudicados nessa relação é o próprio trabalhador, além da sociedade, com o ônus previdenciário (BRASIL, 2006/2010/2013).

Em 2007, o INSS instituiu o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) e dele decorre dois fatos relevantes que podem beneficiar o trabalhador. Primeiro, a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), antes, responsabilidade exclusiva do empregador, emitida também pelo médico perito ou pelo sindicato. Segundo, o estudo de coorte populacional epidemiológico estabelece a correlação entre o diagnóstico de incapacidade laboral e a atividade econômica. Inverte-se o ônus da prova; do trabalhador que alega a doença e recai à empresa. No entanto, quando se trata das doenças mentais, é significativo o número de subnotificação, maior

percentual entre as doenças ocupacionais (BRASIL, 2007/2014; e Albuquerque e Barbosa-Branco, 2008).

Outros amparos legais garantidos ao trabalhador legitimam a causalidade ocupacional de doenças e seus respectivos agentes etiológicos. Dentre eles, a Portaria 1339/99 do Ministério da Saúde, que delinea os princípios norteadores para o diagnóstico das doenças laborais. Em 2001, foi elaborado um manual com base na citada Portaria e no Decreto n.º 3.048/99 do Ministério da Previdência e Assistência Social, descrevendo as doenças ocupacionais por meio um protocolo do diagnóstico que auxilia no reconhecimento donexo causal com o ofício.

Além desses, há também a Lei 6.514/77 que postula sobre as Normas Regulamentadoras (NR-04, NR-07 e NR-09), relativas ao SESMT, Programas de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção Riscos Ambientais (PPRA), respectivamente. Nelas, são definidas a equipe multiprofissional, suas demandas de diagnóstico, de prevenção e de intervenção nos fatores que repercutem na saúde e na segurança no trabalho (BRASIL/1977/1999).

Baseado na classificação de *Schilling*, o Ministério da Saúde classifica as doenças ocupacionais em três grupos. No primeiro, o trabalho é a causa necessária para que a doença ocupacional seja legalmente reconhecida. No grupo II, é o fator que contribui, mas não necessariamente provoca o adoecimento. E no III, o trabalho provoca um distúrbio latente ou um fator que agrava uma doença preexistente.

Portanto, os TMC, nessa classificação, estão nos grupos II e III, pois são doenças, *a priori*, não resultantes do trabalho, embora possam contribuir no agravamento preexistentes ou ter nele sua causalidade. Para tanto, exige-se um laudo técnico que configure o nexocausal. Apenas em alguns casos específicos, os TMC são classificados no Grupo I, tais como: doenças provocadas por substâncias neurotóxicas, *stress* pós traumático e o transtorno do ciclo vigília-sono por razões não orgânicas, geralmente em trabalhadores em atividades em regime de turno de revezamento e/ou jornada noturna.

O cuidado com a saúde mental do trabalhador é uma exigência multidisciplinar. Órgãos de apoio ao trabalhador, tais como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), as Delegacias do Trabalho, o Ministério Público do Trabalho, Sindicatos, Conselhos de Classes, além de pesquisas com diversas ocupações vêm demonstrando o crescimento do adoecimento psíquico, principalmente entre profissionais de saúde, motoristas, policiais, docentes, dentre outros (Ferreira *et al*, 2011; Marques, Martins e Cruz, 2011; Assunção e Silva, 2012; Silva *et al*, 2012; Souza *et al*, 2012; Monteiro *et al*, 2013; Pinto, Figueiredo e Souza, 2013).

Os indicadores do PCMSO e do PPRA de grandes empresas também sinalizam o crescimento do absenteísmo por TMC. As ações impetradas na Justiça do Trabalho e denúncias no Ministério Público do Trabalho aumentam substancialmente. As queixas principais alegadas referem ao assédio moral no trabalho e aos danos morais, culminando em perícias psicológicas para demonstrar as consequências psicossociais à saúde mental do trabalhador (Jacques, 2007; Almeida e Branco, 2011; e Brasil, 2015,).

Conforme Jacques (2007), o reducionismo de causalidade do adoecimento psíquico restrito ao trabalho, a princípio, parece excluir aspectos multifatoriais. Contudo, a definição desse nexos se faz necessária por exigência legal, para que sejam reconhecidos direitos previdenciários e trabalhistas aos trabalhadores por doenças decorrentes do contexto laboral, principalmente à estabilidade de emprego e ao tratamento digno.

Embora sejam indiscutíveis as melhorias advindas de investimentos com saúde, o custo é imensurável e invisível para todos os envolvidos: o trabalhador, as equipes de trabalho, a empresa e a sociedade. No obreiro, refletem questões de autoestima, do sentido e significados que se reveste o trabalho e todo o esforço profissional. Gera prejuízos financeiros às empresas em razão do tempo necessário ao restabelecimento pleno do trabalhador com TMC. Em sua maioria, tratam a situação demitindo o trabalhador. Outro prejuízo é a exposição desse trabalhador doente, pois o TMC é ainda carregado de preconceito e fonte de discriminação, tornando a pessoa refém de estigmas que ampliam ainda mais o sofrimento. Prolongam-se os sintomas ou os tornam mais frequentes, fazendo com que o adoecimento psíquico perdure no tempo. Não é raro esse trabalhador ser acusado de utilizar artimanhas para configurar uma falsa alegação de doença mental ou que é preguiçoso e descomprometido. Inclusive, esse tipo de discriminação pode iniciar em sua própria família.

Diante desses fatos e das incontestáveis evidências de ordem socioeconômica e política, relacionadas à saúde mental do trabalhador, denota-se a relevância em reestruturar e ampliar, ainda no contexto das organizações, a equipe multidisciplinar de saúde e segurança do trabalho. As questões refletidas até aqui justificam mudanças na NR-04, admitindo entre os profissionais do SESMT, o psicólogo – com competência para promover escuta clínica e com ferramentas técnicas para o diagnóstico psíquico.

Por outro lado, são inúmeras as alegações para que não ocorram alterações na NR. A primeira delas é o viés econômico. As empresas não estão dispostas a ampliar seu quadro de pessoal com mais um profissional de saúde. A segunda, rebate no paradigma construído desde Hipócrates, reforçado socialmente que o médico pode diagnosticar e tratar toda e qualquer doença, mesmo sem a

competência técnica nessa especialidade. O próprio *ato médico* reforça essa visão, inclusive sobre as doenças de ordem psicológica. No entanto, quase nunca o Médico do Trabalho inclui na anamnese da saúde ocupacional questões da ordem psíquica. As queixas trazidas pouco são ouvidas e a subjetividade do trabalhador sequer é considerada nos Exames Médicos Ocupacionais (EMO). E mesmo quando fica evidente os sintomas que configuram um TMC, dificilmente se levanta na hipótese diagnóstica onexo causal do contexto de trabalho.

Desse modo, justifica-se a inclusão do psicólogo no SESMT, que contribuirá no diagnóstico dos riscos psicossociais e, a partir deles, realizar intervenções no ambiente laboral, mediante ações de prevenção, recuperação e promoção da saúde mental. E, antes que o adoecimento psíquico emerja, o psicólogo deve demonstrar competência para atuar nos casos individuais, acompanhando aqueles que apresentem enfermidade psicológica ou intervindo no coletivo de trabalhadores ou equipes com sinais de sofrimento psíquico.

Outra justificativa é a avaliação científica psicológica, restrita aos psicólogos, que subsidia a análise das enfermidades psíquicas, auxiliando médicos assistentes, do trabalho e peritos do INSS, além dos órgãos de suporte ao trabalhador. Os testes psicológicos contribuem em diversos segmentos sociais, profissionais e de saúde. Inclusive, algumas profissões, para seu pleno exercício, exigem legalmente a avaliação psicológica, como é o caso do motorista, com porte de arma, em linhas energizadas, magistrados, delegados, pilotos de avião, dentre outras (Resolução 017/CPF).

Denota-se relevantes pesquisas com psicólogos acerca da assistência psicossocial ao trabalhador, por meio do SESMT. Além disso, são escassos os estudos que trazem essa demanda, apesar de todos os indicativos que ressaltam impactos e questões dilemáticas em Saúde Mental & Trabalho.

A formação do psicólogo demanda mudanças constantes, em especial na área da saúde, organizacional e do trabalho. Pesquisas sobre os egressos e práticas emergentes apontam competências desse profissional em equipes multidisciplinares com foco, tanto no cenário econômico e na sustentabilidade organizacional, quanto nas pessoas, independente do papel social que exerça no trabalho (CFP, 1988; Zanelli, 2002; Bastos *et al*, 2010; Zanelli, Bastos & Rodrigues, 2014).

Compete ao psicólogo *do e no* trabalho assessorar a alta gestão na definição de políticas que equilibrem o negócio e a humanização dos processos, garantindo sua sustentabilidade sem adoecer o trabalhador; desenvolver modos de gestão e relações socioprofissionais saudáveis; criar programas corporativos de saúde, segurança e qualidade de vida; diagnosticar e intervir nos riscos psicossociais laborais; proporcionar um espaço de fala ou a escuta clínica do trabalhador; mediar demandas

conflitantes entre os anseios de quem labora e produz, de um lado e as cobranças por produtividade e lucro, do outro; dar suporte ao trabalhador em suas singularidades e ao coletivo; prevenir e reabilitar a saúde mental mediante ações socioeducativas com ênfase na autogestão da saúde, assim como a readaptação e a inclusão na equipe quando do retorno ao trabalho.

Essa proposta de longe é inovadora ou mesmo recente. Incluir psicólogos na equipe do SESMT vem se tornando uma demanda premente, embora pouco discutida, inclusive no Conselho Federal de Psicologia (CFP). É provável que as questões discutidas neste artigo não sejam suficientes para mudar a NR-04, mas espera-se suscitar o aprofundamento da discussão, inclusive por vontade política e por um posicionamento dos Sistemas Conselhos e do próprio CFP, a exemplo da efetivação da tese proposta no IV Congresso Nacional da Psicologia, em 2001 – *Qualidade, ética e cidadania na prestação de serviços: construindo o compromisso social da Psicologia*.

Os psicólogos identificam contribuições de sua prática profissional aos trabalhadores, às empresas e à sociedade, integrando a equipe do SESMT? Percebem essa inclusão na NR-04 como nicho de mercado de trabalho? Essas são questões norteadoras desta pesquisa e, para respondê-las, define-se como objetivo geral justificar a inclusão do psicólogo no SESMT. E específicos: descrever as competências do psicólogo ao SESMT; avaliar os TMC prevalentes em trabalhadores diagnosticados pelo psicólogo; apontar riscos psicossociais, agravos à saúde mental e onexo causal do trabalho; e demonstrar as contribuições do psicólogo para a Gestão do Absenteísmo por TMC.

Para responder aos objetivos propostos, realiza-se uma pesquisa quanti-qualitativa, cuja amostra é identificada entre os psicólogos inscritos no CRP/PE. Utiliza-se como instrumento para coleta de dados um questionário elaborado no site do Google Drive, cujo link foi disponibilizado pelo CPF aos 5.660 profissionais cadastrados.

Realiza-se uma revisão de literatura que fundamenta as palavras-chave, demonstrando as competências dos psicólogos sobre saúde mental e suas contribuições ao SESMT. A primeira contém um breve relato das práticas consolidadas e emergentes do psicólogo, com ênfase na área da Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT) no Brasil, a partir dos dados das pesquisas do CFP, em 1988 e das pesquisas de Bastos *et al*, em 2010. É fonte deste estudo os seguintes autores: Zanelli (2002); Caldas (2007); Spector (2012) e Malvezzi (2014 *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014; e Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014).

A segunda, fundamenta-se nas práticas de diagnóstico e de intervenções psicossociais sob as diversas formas de violência no trabalho e nos danos indelévels à saúde mental do trabalhador, além das melhorias nas políticas de Gestão de Pessoas.

Visando demonstrar a relevância que justifica a inclusão do psicólogo na equipe do SESMT, o terceiro tema analisa os dados contidos no AEAT/INSS (2013), no qual configura os TMC como o terceiro grupo de doenças que mais afasta os trabalhadores de seus postos e, ao mesmo tempo, as patologias com maior subnotificação de acidentes de trabalho das enfermidades adquiridas no contexto de trabalho. Discute ainda os aspectos legais sobre as NR que tratam de doenças ocupacionais.

Demonstra-se ainda na revisão da literatura que a psicologia vem contribuindo nos processos de Gestão de Pessoas e investindo em saúde mental do trabalhador por meio de pesquisas sobre os TMC cujo nexos causais estão relacionados à subjetividade e ao sentido do trabalho, às condições laborais e aos impactos do modelo de gestão e das relações socioprofissionais estabelecidas nessa ambiência.

Os resultados denotam as competências do psicólogo que podem agregar valor à equipe multidisciplinar do SESMT, a partir de suas contribuições no diagnóstico e na intervenção nos riscos psicossociais, assim como na realização de ações de melhoria na gestão do absenteísmo por TMC e nas políticas de Gestão de Pessoas.

A seguir, é realizada uma revisão da literatura acerca da evolução histórica da Psicologia, desde o período denominado Industrial à prática nas Organizações e Trabalho.

DA INDUSTRIAL À PSICOLOGIA DO TRABALHO E NAS ORGANIZAÇÕES

A atuação em Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT) surge quase que ao mesmo tempo em que nasce a ciência *mater*, em meados do século XVIII. A partir das demandas de compreensão das relações humanas no contexto laboral e entre os processos produtivos, os primeiros psicólogos experimentais passam a se interessar na testagem para contribuir com a identificação do homem certo para o ofício e dos problemas industriais. O estudo do trabalho torna-se imprescindível no desenvolvimento econômico, nas relações socio-laborais e na saúde do trabalhador. Este é, portanto, considerado o primeiro período histórico da Psicologia Industrial, conforme historiam Zanelli (2002), Spector (2012) e Malvezzi (2014 *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014; e Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014).

Gabassi (1979) e Spector (2012) fazem um percurso histórico do surgimento da Psicologia Industrial em 1913, a partir da obra de Hugo Münsterberg: *Psychology and Industrial Efficiency*. Embora alemão, desenvolve seus estudos na Universidade de Harvard (EUA). No entanto, Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014 *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014), em suas pesquisas,

trazem o laboratório de estudo da fadiga, em Modena, criado por Luigi Patrizi, em 1899, como marco dessa área da Psicologia, muito embora tenha sido reconhecido seu surgimento com Münsterberg.

O início da Psicologia Industrial no Reino Unido, em 1915, é marcado pela criação do *Health of Munition Committee (HMC)*, comitê de saúde, segurança e eficiência dos trabalhadores de fábricas de munição e equipamentos de guerra (Spector, 2012). A referência ao comitê é de suma importância, justificando que não é tão moderno e por demais urgente a ampliação e o enriquecimento do escopo de tarefas realizadas pelo psicólogo no contexto de trabalho, no Brasil, justificando a inclusão do profissional de Psicologia na equipe do SESMT e sua contribuição ao PCMSO e ao PPRA.

O primeiro período histórico da Psicologia Aplicada ou Industrial se consolida nos Estados Unidos, contribuindo para a locação do trabalho nas fábricas durante a Primeira Guerra Mundial. No período entre Guerras, a Psicologia desenvolve os testes mentais para seleção profissional, projeto liderado por Robert Yerkes, em 1917.

Em 1924, Elton Mayo e Fritz Roethlisberger realizam os estudos de Hawthorne e incluem os fatores sociais das organizações e seus impactos na produtividade. O segundo período, compreendido entre 1945 a 1960, é marcado por desafios e oportunidades do período pós-Guerra, principalmente com a reconstrução e o crescimento da economia mundial; a proposta do Estado do Bem-Estar, na Europa; e a Guerra Fria (Zanelli, 2002; Spector, 2012; Zanelli, 2014 *in* Borger, Andrade e Bastos (org.), 2014).

É nos EUA e na Europa que, de fato, a Psicologia Industrial se consolida e os potenciais de atuação tornam-se ainda mais complexos e desafiadores, principalmente ao destacar problemas do trabalho: desenvolvimento organizacional, processo adaptativo às novas tecnologias, desenho dos postos de trabalho, seleção e treinamento dos profissionais. É nesse período a primeira mudança de nomenclatura – de Psicologia Industrial para Organizacional, ampliando as atividades, incluindo o comportamento dos gestores e a formação das lideranças, influenciadas pelas pesquisas da *Tavistock Institute of Human Relations*. A principal contribuição dessa Escola é o modelo da pesquisa-ação, com ênfase na gestão da mudança organizacional e dos grupos de trabalho. Surgem, na época, diversas teorias sobre a motivação no trabalho, destacando-se a Hierarquia das Necessidades Humanas, de Abraham Maslow. Nesse período, observa-se a redução do uso da testagem psicológica de trabalhadores.

A terceira mudança, entre as décadas de 1960 e 1970, é marcada por incertezas e novos (re)direcionamentos na economia mundial, destacando o fim do Estado do Bem-Estar e da Era de Ouro, na Europa, e o crescimento do Japão como potência econômica. Na Psicologia, aumentam as

críticas ao modelo psicométrico, embora verifique-se o contrassenso da ampliação de sua prática em estudos sobre os grupos de trabalho e em nível individual. Surgem ainda questões relacionadas à humanização do trabalho, investimentos em qualidade de vida, ergonomia, intervenções nas equipes e propostas de gestão participativa (Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014).

Na década de 1990, surge o quarto período, marcado pelo desemprego estrutural e o fim do emprego como artefato social garantido legalmente, para novas e precárias formas de vínculos, para o trabalho mais criativo e a prestação de serviço – fim de emprego e início de trabalhos. Para lidar com essas mudanças, a empregabilidade passa a ser a palavra de ordem. Segundo Minarelli (1995, p. 25), trata-se da

(...) a capacidade de se manter empregado, dando condições a si próprio a oferecer ou adquirir emprego, tendo em seu suporte pessoal conhecimentos, habilidades e ações formadas através da educação e do treino já obtidos pela vigência atual do mercado globalizado.

Com o neoliberalismo e a globalização da economia, o contexto de trabalho se modifica, o modelo de contrato de trabalho por tempo indeterminado declina e inicia sua extinção. Atualmente, o trabalhador vê-se diante de arranjos laborais como a telecommutação, trabalho temporário, terceirizado ou mesmo quarterizado, em regime de turno de revezamento ou noturno, entre outros. Destaca ainda os processos de fusão e incorporação que, conforme Fubini, Prince e Zollo (2007), tem rebatimento na cultura organizacional, demandando da alta gestão estratégias eficazes para empreender sobre as mudanças culturais e atuar preventivamente sobre resistências e conflitos. Por outro lado, os trabalhadores precisam desenvolver capacidade de adaptação e de enfrentamento das subculturas, contraculturas e das novas culturas, sem colocar em risco sua saúde (Minarelli, 1995; Shein, 2009; e Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014).

As mudanças que ocorrem no contexto laboral e o próprio conceito de trabalho passa, então, a assumir novas configurações e roupagens. O trabalho desfaz paradigmas, considerando o tempo e o espaço. Não existe mais uma delimitação de uma jornada, pois o trabalhador pode ser “localizado” e mantém-se disponível a qualquer hora em razão dos recursos da telecomunicação, assim como as atividades, na maioria das vezes, podem ser realizadas em qualquer espaço físico e concomitante a outras tarefas. Malvezzi (2014, p. xii *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014) explica que

a experiência do trabalho tornou-se mais complexa porque deixa de estar alocada em um espaço conhecido e visível, de (...) fácil controle, para ser transferida para o mundo caracterizado pelas propriedades do hipertexto, no qual sua ambiguidade e incerteza são exponenciadas. Um dos mais significativos desafios do trabalhador é o enfrentamento rotineiro das descontinuidades que o obrigam a um ininterrupto ajustamento, para o qual lhe falta sensibilidade ou apoio institucional.

Diante dos rearranjos desse cenário, torna-se lugar comum a precariedade dos vínculos, os prejuízos e as perdas sucessivas de direitos trabalhistas, assegurados ainda no Governo de Getúlio Vargas e consolidados na Constituição de 1988. Extingue-se também a segurança ou estabilidade e, em troca, o trabalhador deve ser capaz de agregar valor àquilo que faz e àquilo que o cliente obtém pelo que paga.

Por outro lado, o profissional, além das competências técnicas exigidas para o desempenho das suas atividades, necessita de um perfil profissional condizente, ou seja, capaz de demonstrar adequação laboral, competência profissional, idoneidade, investimento em formação continuada, criatividade, empatia, flexibilidade, liderança, visão sistêmica, conhecimento macro da área de negócio, dentre outros atributos. Para tanto, faz-se necessário o desenvolvimento de vínculos afetivos, satisfação e comprometimento com a tarefa, com a organização e com o trabalho (Case, 1997; Saviani, 1997; Bridges, 1998; Siqueira e Martins *in* Borges e Mourão (org.), 2013; e Siqueira e Gomide Jr. *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014).

Eis que se instala uma contradição insolúvel entre um contexto de trabalho fluido, atemporal e sem disponibilidade de vínculos, inclusive legal trabalhista, com o trabalhador, ou seja, aquele que executa uma determinada tarefa numa jornada pré-definida, que sai de casa, desloca-se para esse local, labora e à casa retorna.

Hoje, espera-se do trabalhador condições de empregabilidade. Além de ser e demonstrar competência, é preciso adquirir habilidades em marketing pessoal e profissional, pois a marca da empresa imprimida em sua identidade não mais sobrevive.

Esse perfil emergente exigido do profissional, associado a um contexto de trabalho desvinculante, são fontes de vulnerabilidade às diversas formas de violência nas relações de trabalho, de incompatibilidade entre a dinâmica familiar e o trabalho, de instabilidade financeira, de falhas ou fracassos nas estratégias defensivas inconscientes – lista inesgotável – e pode culminar, caso não haja um investimento na saúde (numa perspectiva física e psicossocial), em sintomas de *stress*, inclusive em nível de síndrome de *Burnout*, assim como doenças psicossomáticas ou agravamento de patologias preexistentes, principalmente doenças de ordem mental e comportamental. Pode culminar até mesmo em situações dramáticas como eventos de suicídio *do e no* trabalho (Dejours, 1998/2003; Caldas, 2007/2008; Dejours e Bègue, 2010).

A POT ou a Psicologia do Trabalho e nas Organizações, parece atenta aos fenômenos advindos desse contexto, descrito anteriormente. Além de manter e aprimorar suas práticas

consolidadas desde a Psicologia Industrial, vem agregando novas ações, estratégias de diagnóstico e de intervenções psicossociais no coletivo de trabalhadores.

A POT, nesse contexto contemporâneo, pode se restringir à Psicologia do Trabalho. Afinal, o emprego se esvai e surge o trabalho em plenitude. Independente de vínculos, o homem passa a ser um prestador de serviços e fornece suas condições de empregabilidade para manter-se e realizar-se. A Psicologia do Trabalho atua prioritariamente no sofrimento psíquico e no comportamento de quem não tem trabalho, no adoecimento daqueles que não conseguem se adaptar às mudanças no cenário laboral desvinculado e desvinculante, cuja competência profissional já não é sinônimo de oportunidades e menos ainda de garantias de direito e de estabilidade. Exige competência para atuar no novo modelo de redes sociais que se estabelecem entre relações socioprofissionais nem sempre estáveis. Ou mesmo a necessidade de se adaptar à condição de aposentado – ‘após-sentado’, parado, inativo, inerte – à espera da morte, pois não sabe estabelecer sentidos e significados à vida além do trabalho. Atua inclusive com a autópsia psicológica para compreender o contexto que antecede o suicídio no trabalho.

A Psicologia passa também a atuar mais fortemente em áreas mais estratégicas na tomada de decisão das empresas, contribuindo nas políticas de gestão de pessoas e de processos e para a sustentabilidade do negócio.

Como sugerem Peiró e Tetrick (2011 *in* Zanelli, Bastos e Rodrigues, 2014), o psicólogo não mais restringe suas funções ao atendimento individual, às ações grupais, ao conteúdo das tarefas do contexto laboral. Passa a compreender e intervir no trabalho de maneira mais ampla, inclusive na falta ou ao final de uma carreira profissional. Inclui o contexto socioeconômico e cultural, que extrapolam os muros da organização.

A Psicologia do Trabalho, por certo uma denominação mais adequada, demanda aprimorar o fazer clínico no trabalho, independente da abordagem que se pretenda utilizar como embasamento dessa prática (Bendassoli e Soboll, 2011). É a Psicologia Clínica da escuta e do acolhimento que acontece no cenário laboral. É a Psicologia que atua no contexto laboral, ou seja, nas condições ideais de produtividade sem perder de vistas a saúde, a qualidade de vida e a segurança dos trabalhadores. Investe na organização das regras, dos prazos, dos tempos e das políticas de Gestão de Pessoas, do modo de gestão e das relações socioprofissionais estabelecidas em todos os níveis hierárquicos. É essa Psicologia que promove a clínica ao trabalhador, ao desempregado, ao aposentado, ao que pretende ingressar e nem mesmo sabe que profissão seguir. Enfim, tudo isso faz parte da Psicologia do Trabalho e sua prática clínica.

O psicólogo do trabalho é envolvido diretamente com o planejamento estratégico, com os indicadores de gestão, com os resultados do negócio, com o cenário econômico, com seus parceiros, fornecedores e concorrentes. E as pessoas? Continuam sendo elas seu principal “objeto” (num sentido simbólico) de trabalho.

Ratifica-se, portanto, que não se pode perder de vista o indivíduo e suas características de personalidade, sua história de vida, os impactos que sofre e como sofre. É exatamente nesse modo de perceber singular que o psicólogo pode contribuir cientificamente para o coletivo. Muitas vezes é na fala (ou no silêncio) de um único trabalhador que emergem fenômenos da organização do trabalho que pode configurar riscos psicossociais até então invisíveis, a exemplo das diversas formas de violência como o assédio moral, a gestão por injúria, os conflitos geracionais, as questões de gênero e etnia ou de outra ordem. E é sobre esses fenômenos que o psicólogo precisa intervir, sem perder de vista sua ética ou cuidado com o sujeito, nem tampouco seu papel estratégico num cenário laboral e ampliado do negócio. Por certo que um trabalhador adoecido demanda cuidado, suporte, dentre outras ações que esse profissional pode promover. E ao mesmo tempo assessora o negócio, contribuindo para sua sustentabilidade.

A Psicologia do Trabalho extrapola os muros das organizações para atuar com outros atores sociais como a comunidade do entorno; clientes, fornecedores e concorrentes; com órgãos reguladores e de apoio ao trabalhador; com instituições de ensino, promovendo pesquisa-ação sobre o sentido do trabalho, processos de subjetivação de trabalho, desemprego, aposentadoria, absenteísmo e acidente de trabalho, na reinclusão e readaptação laboral.

Mais recente, vem-se ampliando o que se pode denominar de Psicologia da Saúde Ocupacional ou da Saúde no Trabalho. São práticas de aconselhamento, de cuidado com a saúde mental em níveis de prevenção, de recuperação e de promoção; ações de diagnóstico e de intervenções no coletivo de trabalhadores e o encaminhando de pessoas acometidas de enfermidades psíquicas ao psicólogo e ao psiquiatra assistentes.

Segundo Bendassolli e Soboll (2011), essas e tantas outras configurações advindas do contexto globalizado de trabalho exige dos profissionais da Psicologia do Trabalho um investimento contínuo em pesquisas, definições e reproduções das boas práticas embasadas em abordagens das Clínicas do Trabalho. Trata-se de uma diversidade de propostas de análise do aspecto multifatorial que envolve o fenômeno do adoecimento de trabalhadores e de intervenções no contexto de trabalho que possibilitam mediar e adotar propostas emancipatórias, minimizando seus impactos na saúde dos trabalhadores.

As práticas clínicas, em sua maioria, têm por foco analisar as configurações e arranjos organizacionais, as patologias sociais e laborais e principalmente a relação homem-trabalhador-trabalho e seus impactos, denotando a principal contribuição dessas práticas clínicas. Embora não se detenha apenas no sofrimento psíquico, nos aspectos deletérios e nas fontes de adoecimento advindos do trabalho.

As Clínicas do Trabalho iniciaram na França, na década de 1950, com estudos sobre saúde mental e trabalho, a princípio com ênfase na psicopatologia do trabalho e na psiquiatria, por influência de seus principais precursores: Sivadon (1957), Veil (1964) e Le Guillant (1984). As principais abordagens clínicas são: Clínica da Atividade, Ergologia, Psicodinâmica e Psicossociologia, conforme Bendassolli e Soboll (2011).

As principais abordagens também vêm sendo pesquisadas e desenvolvidas por profissionais de Psicologia, no Brasil, modificando as práticas já consolidadas e emergindo novas práticas na Psicologia do Trabalho, como abordado adiante.

A PSICOLOGIA DO TRABALHO E DAS ORGANIZAÇÕES NO BRASIL

No Brasil, as primeiras especificações da psicologia aplicada ao trabalho, segundo Zanelli (2002) e Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014) inicia em 1924, com o uso de testes psicológicos ou exame psicotécnico para a seleção de trabalhadores nas empresas ferroviárias, na Região Sul. Em 1925, em Recife/PE, o neurologista e psiquiatra Ulysses Pernambucano cria o Instituto de Psicologia e, em 1929, o Instituto de Seleção e Orientação Profissional de Pernambuco.

Em 1930, é criado o Instituto de Organização Racional do Trabalho (IDORT), em São Paulo. Em 1934, inicia o curso de Psicotécnica na Escola de Sociologia e Política de São Paulo. E em 1947, o Instituto de Seleção e Orientação Profissional, pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), no Rio de Janeiro. Contudo, é na década de 1950 o marco da então denominada Psicologia Industrial, com Betty Katzenstein, Emilio Mira Y Lopez, Oswaldo Barros Santos e Roberto Mange, principais fundadores de cursos específicos.

No Brasil, são identificadas três fases dessa área da Psicologia: a Industrial, com as atividades predominantes da psicotécnica e da seleção de pessoal; a Psicologia Organizacional, com ênfase na produtividade das empresas e na atuação em grupos de trabalho; e a POT, ampliando às questões relacionadas ao trabalho, às organizações, à saúde e ao bem-estar dos trabalhadores (Zanelli, Borges/Andrade e Bastos (org.), 2004).

Impossível dissociar o percurso da ciência de um contexto sócio histórico mais amplo. Entre 1970 e 1980, quando finda o regime militar, a POT sofre profundas críticas dos movimentos sociais por continuar atuando nos moldes da Psicologia Industrial.

Zanelli (2002) faz severas críticas à formação dos profissionais em POT, no Brasil. Ressalta que surge fora do meio acadêmico e sofre forte influência do desenvolvimento industrial. Dissocia o conhecimento técnico da prática exercida na indústria, que raramente dialoga com a academia e pouco usufrui daquilo que a Psicologia produz em seu benefício. Zanelli (2002, p. 22) explica que

o papel desempenhado pelos psicólogos organizacionais (...) restringe-se à prestação de serviços técnicos e operativos. Os psicólogos permanecem afastados dos modelos explicativos da realidade das organizações, não possuem parâmetros de julgamento do próprio trabalho e mantêm-se distantes do papel de agentes de transformação.

Além das críticas apontadas à formação acadêmica em Psicologia, na área de POT, Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014) fazem referência ao texto de Silvia Lane e Wanderley Codo (notas sobre o lobo mau em Psicologia, de 1984) acerca do papel do psicólogo na organização. O texto sinaliza a contramão entre a Psicologia acadêmica e a prática profissional. Em resumo, colocam os profissionais egressos em dois polos: de um lado, os psicólogos inseridos no contexto de trabalho sem qualquer criticidade e, em outro, os psicólogos críticos que desconhecem, na prática, o mundo do trabalho.

A repercussão do texto toma dimensão por reforçar um estigma que dificulta a inclusão dos psicólogos nas organizações e retira da zona de conforto pesquisadores e profissionais da área, demandando um modelo mais consistente de atuação, que extrapole os interesses das empresas e do capital.

Esses fatos marcam o terceiro estágio em POT. O trabalho passa a agregar, em seu escopo, o indivíduo, as equipes, a gestão e a própria organização, além de ações com foco na diversidade, na saúde, na segurança e na qualidade de vida dos trabalhadores, ampliando as possibilidades de atuação profissional.

A formação especializada em IES brasileiras tem contribuído para consolidar a POT como campo científico, segundo a singularidade dos fenômenos que pesquisa e atua, em áreas intra e interdisciplinar, nas atividades que compõe a prática e nas competências necessárias que devem ser adquiridas ainda na graduação e na formação continuada.

Avançam as ações de análise do contexto organizacional, ampliam-se modelos interventivos, antes restrito aos indivíduos e/ou aos grupos de trabalho e inclui a cultura organizacional, além do contexto societário que a contorna. Ao expandir sua atuação, a POT precisa manter uma interface com outras áreas da Psicologia, conforme propõe Peiró (2011 *apud* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos

(org.), 2014), dialogando com a Psicologia Social, Experimental, da Personalidade, da Saúde, do Desenvolvimento, do uso da Psicometria na avaliação psicológica, dentre outras. Além de adentrar na perspectiva da interdisciplinaridade com outras ciências, a exemplo da Medicina, Sociologia, Antropologia, Economia, Direito e Engenharia.

Contudo, para se consolidar como ciência, a POT precisa delinear suas práticas e o que a distingue de outras áreas de atuação e de outras ciências. Não é uma tarefa fácil, haja vista que a maioria das atividades que realiza pode ser realizada por outros profissionais. A única atividade exclusiva aos psicólogos, inclusive do trabalho, é a avaliação psicológica e, mais especificamente, o uso dos testes psicométricos validados pelo Conselho Federal de Psicologia. Portanto, propor nova possibilidade de atuação, agora na equipe no SESMT, é objeto discursivo que justifica este artigo.

PRÁTICAS CONSOLIDADAS E EMERGENTES DO PSICÓLOGO DA SAÚDE E TRABALHO

É a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), regulamentada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), mediante Portaria nº 397, de 10.10.2002, que documenta, descreve e acompanha as mudanças do conjunto de tarefas que compõe cada profissão no Brasil. A CBO atualiza com regularidade suas informações, de modo a garantir a fidedignidade das atividades profissionais, sem diferenciar profissões regulamentadas ou de livre exercício profissional. Faz-se necessário esclarecer que a CBO tem obrigações classificatórias e não de regulamentação da ocupação, que é determinada por Lei.

A Psicologia é registrada na CBO (MTE, 2015) com o código O-74 e, em sua descrição sumária, diz:

(...) estudam a estrutura psíquica e os mecanismos de comportamento dos seres humanos. Desempenham tarefas relacionadas a problemas de pessoal, como processos de recrutamento, seleção, orientação profissional e outros similares, à problemática educacional e a estudos clínicos individuais e coletivos (...) elaborar e aplicar métodos e técnicas de pesquisa das características psicológicas dos indivíduos; organizar e aplicar métodos e técnicas de recrutamento, seleção e orientação profissional, proceder à aferição desse processos, para controle de sua validade; realizar estudos e aplicações práticas no campo da educação (...); realizar trabalhos em clínicas psicológicas, hospitalares, ambulatoriais, postos de saúde, núcleos e centros de atenção psicossocial; realizar trabalhos nos casos de famílias, crianças e adolescentes, sistemas penitenciários, associações esportivas, comunidades e núcleos rurais.

Conforme classifica Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014 in Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014), as práticas do psicólogo em Psicologia do Trabalho, sejam elas emergentes e consolidadas, intervêm em nível operacional, tático e estratégico. As atividades em primeiro nível utilizam instrumentos e procedimentos geralmente sob supervisão. Em nível tático, estão relacionadas

a implantação de programas e ações, definidos a partir de diagnósticos realizados, podendo compor equipe multidisciplinar. E em terceiro nível, o psicólogo participa da tomada de decisão de políticas, de programas e ações com foco na gestão de pessoas, de processos e até mesmo do negócio.

Entre as atividades em nível operacional em Psicologia do Trabalho, previstas na CBO O-74.15, destacam-se: aconselhamento profissional, avaliação e elaboração de programas, análise profissiográfica, minimiza os conflitos nas relações socioprofissionais, subsidiar condições saudáveis e segura de trabalho, facilita processos grupais e intervenções psicossociais nos diferentes níveis hierárquicos das estruturas formais e participa de projetos de ergonomia, dentre outras atividades operacionais.

Em nível tático, o psicólogo atua como consultor interno/externo, realiza pesquisas e ações visando às relações capital-trabalho e propõe critérios de melhorias na Gestão de Pessoas (Recursos Humanos) quando percebidos como aéticos, injustos ou pouco transparentes. E em nível estratégico, contribui na tomada de decisões da alta gestão, na formação dos líderes e gestores e nos fatores dificultadores da cultura que causam impactos negativos no clima organizacional e na sustentabilidade empresarial (Shein, 2010; Spector (2012; e Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (2014).

Embora previsto na CBO, as NR n.º 04, 07 e 09 referentes ao SESMT, ao PCMSO e ao PPRA, respectivamente, não preveem a participação do psicólogo em sua equipe. No entanto, o próprio MTE/CBO admite algumas atribuições do psicólogo diretamente nas NR: diagnosticar e orientar casos na área da saúde observando níveis de prevenção e reabilitação, realizar pesquisas e participar de ações, programas e políticas na área da saúde e segurança de trabalho e no que se refere às condições de trabalho.

Além das atividades previstas na CBO, o psicólogo da saúde e trabalho realiza o diagnóstico dos riscos psicossociais advindos dos fenômenos organizacionais, na identificação do agravos à saúde mental cujo nexos causal é o trabalho ou sua ausência, além da influência da cultura organizacional, a exemplo dos modos de gestão instituídos, das políticas de Gestão de Pessoas e do próprio negócio, que podem provocar violências no trabalho, tais como: gestão por injúria, as discriminações (por gênero, etnia, orientação sexual, religiosa, condição de saúde, geracional), o assédio moral e/ou sexual, além de agressões pontuais. (Hirigoyen (2000), Barreto (2002), Caldas 2007/2008).

Nesses casos, a atuação do psicólogo do trabalho no diagnóstico organizacional pode minimizar o sofrimento psíquico, o *stress* e o surgimento de sintomas que configuram os TMC e, quando a doença mental se instala, encaminhar o trabalhador para o acompanhamento especializado de psicólogo e psiquiatra assistentes. A análise das condições laborais permite prevenir e atuar sobre

um dos fenômenos que mais impacta na saúde mental que é o assédio moral no trabalho. Barreto (2003, p.109) define como

uma violência sutil e uma exposição de trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes durante o exercício de sua função, de forma repetitiva, o que caracteriza uma atitude desumana, violenta e antiética nas relações de trabalho.

Outro conceito é proposto por Hirigoyen (2002b, p.17):

qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude), que atente, com sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho.

Muitos recorrem aos conceitos, praticamente uníssonos, como uma regra exata, restringindo-se aos aspectos que trazem em seu bojo o abuso de poder, a repetitividade ou sistemática de atos violentos. Resta nessa aritmética diagnóstica aspectos do que Caldas (2007) traduz como *poder do abuso*: trata-se da perversão de cada gesto praticado pelo algoz, além do prazer e do gozo advindo da reação de medo e de coação demonstrado pela vítima e, por fim, quando não resta dúvida que o destruiu, rendido ao sofrimento psíquico e ao adoecimento, parte o assediador para uma nova presa.

Para Caldas (2007, p. 49),

o assédio moral inicia-se com a negação da existência do outro, ou seja, no momento em que rejeita sua alteridade e adota-se um comportamento discriminatório frente à diversidade. Há uma tendência, nos grupos, de nivelar seus integrantes numa mesma identidade. O diferente é, portanto, alvo do desprezo principalmente nas empresas que não fazem respeitar os direitos mínimos do indivíduo. Dentre os tipos de discriminações, destacam-se: de idade, de tempo de serviço, etnia, da condição de saúde, de formação acadêmica e até mesmo em razão da competência e comprometimento com o trabalho. Esse fenômeno torna-se cíclico, encerrando numa vítima e iniciando em outras, repetitivo não apenas nos atos cruéis de violência, mas na estruturação perversa de um modo de gestão instituído e legitimado.

Difícilmente um trabalhador é assediado por ser relapso, irresponsável, descomprometido; mas por manter conduta ética e reativa, de repúdio à cultura da violência, do protecionismo e do favorecimento pessoal. É-se vítima ou vulnerável ao assédio, em geral, sem ao menos ter a compreensão das razões que o tornaram alvo de violência. Em pequenas doses que dilaceram sua autoestima.

Apesar de muitos profissionais das ciências humanas e sociais arriscarem diagnosticar esse fenômeno, são induzidos ao erro em razão de que, nem sempre, se está habilitado para compreender de forma mais fidedigna a violência no contexto em que ela ocorre. Tampouco se tem habilidade para realizar avaliação psicológica que permita compreender a estrutura e a psicodinâmica da personalidade da vítima e do algoz, seus valores, suas crenças e a forma como reagem nessa relação

assimétrica: seja na reprodução, seja na desconstrução da autoimagem que consolida os sintomas de TMC ou mesmo despejando esse sofrimento na morte em si, de si mesmo.

Uma prática emergente, proposta por Rizvi (2002), é atuar como consultor interno de gestores e executivos, favorecendo cultura ética que embasa as decisões da alta gestão sobre os resultados do negócio conseguidos através da produtividade e da capacidade de entrega dos trabalhadores. O papel do psicólogo ou consultor interno deve ser na conscientização das potencialidades, da valorização da diversidade e do cuidado para não “coisificar” as pessoas como mais um dos “recursos”, num paradigma utilitarista.

São práticas da Psicologia do Trabalho, com ênfase na saúde e na segurança: programas de qualidade de vida no trabalho; assistência psicossocial; prevenção e análise da falha humana de acidentes do trabalho; ações socioeducativas; e avaliação psicológica dos trabalhadores em atividades insalubres e perigosas.

O trabalho pode provocar distúrbios musculoesqueléticos, demandando a análise e o manejo do *stress* em todos os seus níveis. É outra importante contribuição do psicólogo, com vasto campo para pesquisas interdisciplinares com ações de prevenção, recuperação e promoção de saúde física e psicossocial no trabalho.

Nesse sentido, embora com conceitos distintos, na prática não é possível separar a subjetividade da saúde do trabalhador. Tampouco se sustenta o modelo médico que abarca a saúde numa prática generalista, capaz de suprir todas as repercussões advindas dos fenômenos do trabalho à saúde. Além da Medicina e da Enfermagem, a própria Constituição de 1988 regulamenta 14 profissões de saúde, o que demonstra a importância da interdisciplinaridade que demanda o SESMT, agregando na equipe a Psicologia, a Fonoaudiologia, a Fisioterapia, a Educação Física, a Nutrição, a Terapia Ocupacional, o Serviço Social, dentre outras profissões.

Nardi e Ramminger (2012) chamam a atenção de que não se pode separar o processo saúde-doença do contexto onde o adoecimento se instala. Assim, é indissociável os modos de subjetivação individual e coletivo do trabalhador, pois num mesmo cenário, sob as mesmas condições, uns enfrentam e superam adversidades; outros adoecem.

Ao referir à relação subjetivação e trabalho, os autores ressaltam que esse processo não se restringe aos trabalhadores que adoecem ou sofrem um acidente. Inclui as interações socioprofissionais em todos os níveis hierárquicos, assim como atores sociais que extrapolam a organização, tais como profissionais de saúde assistentes, os operadores do Direito, de Pedagogia, das Ciências Sociais, dentre outros.

Embora ainda se sustente, mesmo que por imposição legal, o modelo hegemônico de centralidade no corpo, esses não dão conta dos fenômenos que ocorrem na relação homem *versus* trabalho. Urgem por respostas e cuidados mais complexos, que extrapolam a causalidade direta dos agentes explícitos da ambiência laboral.

Ainda em se tratando da relação trabalho *versus* homem, o psicólogo que atua nas diversas áreas precisa ressignificar o papel do trabalho no processo de saúde. A história da Psicologia como ciência e profissão sempre atribuiu um papel secundário ao trabalho – lugar de aplicação de conhecimento psicológico e um campo indicativo de adaptação e ‘*normalidade*’ entre o homem e o labor. Essa dualidade não se sustenta, uma vez que são inúmeras hipóteses que interferem na subjetividade do trabalhador (Jacques, 2007).

É certo que as pesquisas em Saúde Mental & Trabalho têm crescido, desde a década de 1980, inclusive no Brasil, e vem sinalizando o sofrimento psíquico em razão das evidências do cenário laboral, a partir das pesquisas e da contribuição da Psicossociologia do Trabalho, da Psicodinâmica do Trabalho, da Ergologia e da Clínica da Atividade (Bendassolli, 2010). Contudo, essas abordagens parecem não ser suficientes para sair do campo científico e imprimir efetivas melhorias à saúde do trabalhador e à produtividade esperada.

Nessa direção, as conferências nacionais de saúde do trabalhador, que iniciaram em 1986, subsidiam, inclusive, políticas nacionais, conforme a Lei 8080/1990 e as alterações na Constituição Federal de 1988. Entre os avanços, destacam-se: reconhecer doenças ocupacionais em legislação específica, assegurar direitos iguais a trabalhadores urbanos, rurais, de empresas públicas ou privadas e criar o Sistema Único de Saúde.

Outra crítica nessas conferências, que ainda não avançaram nem mesmo em discussões, é a vinculação dos profissionais de saúde dos SESMT às empresas, sugerindo que a fiscalização e o controle das ações de saúde e de segurança do trabalho devem ser de responsabilidade dos sindicatos e/ou associações de classe. Justifica-se em razão da subordinação dos profissionais de saúde ao empregador, cuja relação assimétrica favorece subnotificações de doenças e de acidentes de trabalho, suprimindo direitos trabalhistas.

Avançam as políticas públicas de saúde ocupacional, conferindo ao SUS a responsabilidade de seu cumprimento. Nas discussões sobre saúde mental, apontam a urgência por reconhecer o nexo causal dos fatores inerentes ao contexto de trabalho.

Falar do nexo causal entre trabalho e adoecimento psíquico é ainda controverso, pois são pontuais e frágeis avanços nessa direção. Exige-se fiscalização dos órgãos de apoio ao trabalhador, a

regulamentação da vulnerabilidade a doenças psíquicas de algumas ocupações e a penalidade dos empregadores que não registram as CAT. Os resultados obtidos nos AEAT reforçam essas e outras medidas.

O reconhecimento dos riscos psicossociais ressalta o papel do psicólogo ao propor melhorias no contexto de trabalho e realizar intervenções, justificando-o no SESMT. Embora seja um dos fatores organizacionais prioritários, não se pode perder de vista que fatores de personalidade também geram impactos na saúde e na produtividade.

RISCOS PSICOSSOCIAIS

Os fatores laborais e de subjetividade do trabalhador podem consistir em riscos psicossociais no trabalho. Por um lado, a cultura e o clima organizacional, as relações de poder e as interações sociais no trabalho, suas condições e como se organiza também se constituem em riscos. Além disso, o trabalhador e suas demandas pessoais, seus vínculos afetivos e emocionais *no* e *com* o trabalho, sua história de vida e sua própria condição de saúde. Incluem ainda as percepções individuais e do coletivo de trabalhadores, além das expectativas, experiências e o desenvolvimento pessoal e profissional, ou seja, suas condições fora do trabalho, principalmente de ordem familiar (Villalobos, 2001).

Segundo Cox (2002/2010), os aspectos do planejamento, da organização e do gerenciamento das tarefas, incluindo aspectos do contexto socioambiental, podem configurar também riscos e danos psicossociais. As atividades consideradas prioritárias e ao mesmo tempo desalinhadas às competências e ao treinamento técnico que o trabalhador recebe, retirando-lhe o controle sobre seu trabalho e o suporte de responsabilidade da organização, também são fatores de vulnerabilidade.

Briceño (2009, p. 369) define riscos psicossociais como

aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su organización que afectan a la salud de las personas através de mecanismos psicológicos y fisiológicos. Poco a poco, los riesgos psicosociales han ido ganando entidad y relevancia, incorporando formalmente nuevas manifestaciones atractivas para los investigadores y estudiosos de esta materia. Su carácter pluridimensional, que tanto se subraya, no ha hecho más que favorecer el análisis desde múltiples perspectivas, en consideración a sus diversas facetas y efectos.

Para o autor, é preciso ações preventivas antes que ocorram ações legais coercitivas, punitivas, reparadoras, exclusivas às responsabilidades civis atribuídas às organizações, sob o viés de quatro consequências lógicas. Primeiro, porque os trabalhadores têm direito à saúde e à segurança no trabalho. Segundo, é dever do empregador promover ambiente saudável e seguro, que inclui aspectos psicossociais.

Terceiro, da ordem econômica, a prevenção contribui à redução de custos, inclusive com doenças e acidentes do trabalho. E quarto, legal, pois tais riscos podem configurar assédio moral⁵ e são tipificados no Código Penal. Por trata-se de um fenômeno relevante, sugere a investigação por comunidades científicas, pela OIT e a OMS, evidenciando os efeitos nocivos dos riscos psicossociais sobre a saúde dos trabalhadores.

Não significa, segundo Briceño (2009), que os outros fatores laborais não sejam importantes, porém são tradicionalmente prevenidos nas empresas. Enfatiza que os riscos psicossociais não podem ser relevados, uma vez que são fenômenos reais, independente do ramo de atividade e o reconhecimento legal. A intervenção sobre as doenças psicossociais ocupacionais, portanto, trará retornos socioeconômicos.

Tais riscos são agrupados em seis categorias: cultura organizacional, papel do trabalhador, desenvolvimento de carreira, decisão e controle, relacionamento social no trabalho e interface trabalho-família. São sistêmicos e, portanto, quando uma ou mais categorias falham ou quando não correspondem aos preceitos éticos, às expectativas e aos valores e às crenças do coletivo de trabalhadores, há riscos potenciais de comprometer a saúde mental (Villalobos, 2001; Camelo e Angeram, 2008; e Cox, 2002/2010).

Dentre os componentes de risco da cultura organizacional, destacam-se: o processo de comunicação, o modelo de gestão, o desenvolvimento profissional, o ritmo e a produtividade esperada, além dos objetivos organizacionais socializados e alinhados à percepção de contribuição dos trabalhadores. (França e Rodrigues, 1999; Shein, 2009; e Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014).

Já os fatores de riscos relacionados ao papel do trabalhador referem ao conjunto de atividades e seu valor social; às questões de diversidade e seus conflitos; às ambiguidades de papéis; à sobrecarga, à autonomia, à competência e à responsabilidade; assim como aspectos subjetivos da personalidade, das expectativas da percepção de reconhecimento e de valorização de cada trabalhador (Villalobos, 2001; e Cox, 2002).

O riscos do desenvolvimento de carreira refere-se ao *compliance* das políticas do negócio e da Gestão de Pessoas, baseadas na meritocracia, tais como: avaliação de desempenho, educação

⁵ O autor Pedro Álvarez Briceño é Venezuelano e em seu País o assédio moral é crime previsto no Código Penal desde 2012 e complementado por Lei Orgânica, em vigor desde 2013. Além de tipificar esta forma de violência, definem medidas e ações em favor de trabalhadores vitimados.

corporativa, encarecimento, remuneração justa e equânime. (Cox, 2002; Camelo e Angeram, 2008; e Chiavenato, 2014).

Sobre a decisão e controle, Camelo e Angeram (2008), Dejours, Aboucheli e Jayet (2010) e Cox (2002/2010), apontam o nível de autonomia que os trabalhadores têm sobre sua atividade e na forma criativa de resolver os problemas; inclui sua participação na tomada de decisões, na liberdade de expressão e no controle do trabalho (*job control*). Referem à capacidade de contribuir para a melhoria dos resultados, ao status que o trabalho confere, à responsabilidade sobre suas tarefas e sua contribuição para o negócio.

Sobre o relacionamento social no trabalho, os principais riscos psicossociais são: o modo de gestão, o suporte social, a promoção e a valorização de relações saudáveis, em todos os níveis hierárquicos, além do investimento em comunicação, ações de mediação e conciliação em situações de conflito e a promoção de redes internas de apoio ao trabalhador. Esses riscos são prementes quando não há canais de suporte que garantam o sigilo de denúncias e a ausência de políticas éticas nas situações que configuram violência no trabalho (Hirigoyen, 2000; Barreto, 2002; Cox, 2002/2010; e Caldas, 2007/2008).

Os estudos de Caldas (2007) destacam que a interface trabalho-família costuma revelar-se um alto fator de risco psicossocial em razão do nível de conflitos e de exigências impostas entre essas duas esferas. Bom seria que o trabalhador tivesse um “interruptor emocional” que o permitisse ligar/desligar os problemas domésticos no trabalho e o inverso. Ou se fosse possível cumprir o paradigma imposto: “deixe seus problemas de casa ao assinar o cartão de ponto”.

Não se rompe a simbiose trabalho-família sem custos e riscos psicossociais. Nesse sentido, os profissionais da Psicologia do Trabalho têm investido em pesquisas e ações para aproximar essas duas dimensões sociais relevantes ao sujeito-trabalhador.

A dupla jornada e outras questões de gênero são temas transversais aos riscos psicossociais, tendo em vista que os avanços em relação a esses conflitos são limitados. As trabalhadoras tendem a acumular, embora bem menos, atividades domésticas e cuidados com os filhos e o próprio trabalho. Mantém-se ainda a desigualdade remuneratória e de progressão de carreira, embora as mulheres apresentem maior formação continuada que os homens. Por outro lado, cresce a assunção masculina na corresponsabilidade desses papéis sociais, assim como também tem sido mais frequente, nas novas configurações familiares, a guarda compartilhada pelo casal ou mesmo o pai assumir integralmente a educação dos filhos menores, enquanto as mulheres conquistam algum destaque no mercado de trabalho.

Por certo, os riscos psicossociais são crescentes quanto maiores são os conflitos entre as expectativas pessoais e profissionais do trabalhador e as demandas organizacionais. É utópico acreditar numa harmonia plena e sem conflitos de interesse na relação subjetividade-trabalhador-trabalho. Todavia, haverá maior vulnerabilidade aos riscos quanto mais assimétrica e aética for a relação social do trabalho.

É certo que não é possível excluir na totalidade as exigências organizacionais e seus fatores de *stress* ou de comprometimento da saúde mental. Mesmo num modelo de organização ideal, não se pode perder de vista aspectos da subjetividade e de personalidade, relacionadas às percepções e às expectativas de cada trabalhador. Em um mesmo trabalho, há pessoa saudável, produtiva e com vínculos afetivos; e outras não.

Contudo, é possível investir num ambiente laboral que afete positivamente a maioria dos trabalhadores. Esse tem sido o *marketing* social de empresas que concorrem ao *ranking* das *Melhores Empresas Para Se Trabalhar*. Trata-se de fatores de atração de talentos e diferencial competitivo até nas bolsas de valores. A amostra significativa de trabalhadores respondentes dessas pesquisas presume que negócios sustentáveis investem na saúde, na segurança e na carreira de seus empregados.

As práticas emergentes do psicólogo do trabalho que intervêm nos fatores de vulnerabilidade contribuem para minimizar riscos psicossociais. Tais práticas são mais significativas, quanto mais se aproxima dos anseios e expectativas dos trabalhadores e das demandas organizacionais. Destaca-se a atuação nos desvios de conduta, no uso abusivo de álcool e de outras drogas, na orientação dos problemas financeiros. E outras ações de suporte à dinâmica familiar oferecidas pela empresa, principalmente em situações previsíveis do ciclo vital: morte, separação do casal, síndrome do ninho vazio ou na chegada de novos membros. (Caldas, 2007; Caldas, 2011; e Caldas e Cunha, 2012).

A contribuição da Psicologia do Trabalho também se observa nos diagnósticos dos TMC em parceria com o médico do trabalho, principalmente quando este profissional não tem especialização em Psiquiatria, dificultando-o lidar com fatores subjetivos relacionados às doenças psíquicas. Visando a estabelecer hipótese diagnóstica precisa, o INSS, baseados na OMS e na ONU, cria as diretrizes para o diagnóstico de TMC.

DIRETRIZES PREVIDENCIÁRIAS E DADOS DO AEAT: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA

Em 2005, a ONU e a OMS, em projeto específico à proteção de pessoas com TMC e à melhoria da atenção à saúde, propuseram diretrizes contendo critérios que subsidiam a descrição de um quadro de TMC: (a) o histórico de tratamento, inclusive a hospitalização, não determina uma

condição presente ou futura de doença mental (b) os conflitos familiares ou profissionais, valores morais, critérios políticos, econômico, social, filiação cultural, racial, religiosa ou qualquer outro fator não são determinantes no diagnóstico de uma enfermidade mental; e (c) a determinação de uma enfermidade mental deve ser feita em conformidade com critérios diagnósticos internacionalmente aceitos, para fins exclusivos relativos ao transtorno e suas consequências, e jamais visando classificar ou sugerir que uma pessoa tenha qualquer enfermidade mental. (OMS, 2005)

A classificação e a qualificação de um TMC são complexas, contemplam fatores não uníssonos na comunidade científica, justificando a preocupação da ONU e da OMS em delinear parâmetros para um diagnóstico mais preciso. Esse cuidado se deve às implicações legais e sociais que podem acarretar esse diagnóstico para o indivíduo, seus familiares e a diversidade de grupos em que esteja inserido, inclusive o trabalho.

Assim, condutas e comportamentos com algum desvio de um padrão de normalidade, mesmo que não sejam isolados ou num curto espaço de tempo, não são suficientes para o diagnóstico de TMC. É necessário, entre outros parâmetros, que essas ocorrências perdurem no tempo; que os sintomas sejam recorrentes; e tenham interações com fatores biológicos e psicossociais. É preciso resultar na perturbação do funcionamento adequado do indivíduo e impactos nas interações sociais, na evidência de um conjunto de sintomas específicos, em geral previsíveis, capaz de serem minimizados ou interrompidos em razão de determinadas intervenções (ONU, 2002).

Os TMC compreendem distúrbios e sintomas especificados na CID-10 e no DSM-5. Alguns sintomas podem variar, mas são definidos como alterações do funcionamento psíquico, emocional, dos comportamentos, ideias ou modo de pensar que interferem nas relações sociais e denotam atitudes inadequadas em relação ao meio (ONU, 2002).

Segundo a Associação Médica Americana (AMA, 2013), os TMC variam em quatro níveis distintos: (1) não se verifica disfunção; (2) há disfunção leve, mas compatível com as atividades sociais úteis; (3) existe disfunção moderada, embora não compatíveis com todas as funções sociais úteis; e (4) observa-se deficiência extrema e impeditiva das funções sociais. São classificadas como atividades da vida diária: autocuidado, higiene pessoal, comunicação com outras pessoas e independência em geral); e interações sociais: capacidade de relacionar-se e de se comunicar com outras pessoas; concentração, persistência e ritmo na realização de uma demanda assumida, atividades ocupacionais ou relativas ao trabalho.

Embora o TMC afete o indivíduo em diversas esferas de interações sociais, a ênfase desta pesquisa é no trabalho. De um lado, é importante considerar o impacto do trabalhador com TCM na

produtividade, no lucro, nos custos do absenteísmo-doença às empresas e aos cofres públicos. De outro, o nexos causal do trabalho sobre as alterações psíquicas e o comprometimento da saúde mental. A causalidade se configura à exposição a agentes tóxicos, à administração das políticas de Gestão de Pessoas, ao modo de gestão e à própria cultura organizacional (Decreto n.º 3.044/1999, Listas A e B do Anexo II).

Esse nexos de causalidade entre os TMC e o trabalho é reconhecido também pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 162), quando afirma que:

resultam, assim, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador.

Entre as consequências do absenteísmo por TMC, há custos mensuráveis e outros invisíveis. Pode-se medir o prejuízo da empresa com o ônus remuneratório dos primeiros 15 dias perdidos, na redistribuição de tarefas, no retrabalho, na produtividade. E mesmo quando o trabalhador se ausenta por um período mais longo e sua remuneração é assumida pelo INSS, a empresa assume ônus de diversas ordens.

Para os trabalhadores, os impactos são indelévels. Iniciam-se ainda no trabalho, pois seu desempenho e sua produtividade tendem a reduzir, repercutem em perdas financeiras como benefícios, promoções, oportunidade de carreira ou até mesmo com a demissão. Sofrem ainda com prejuízos à sua imagem profissional em razão dos preconceitos, do estigma e da representação social que o “doente mental ou o louco” tem na sociedade. Esse indivíduo se torna vítima de discriminações que iniciam em seu contexto familiar e nas relações socioprofissionais. Não é raro que essas pessoas neguem o TMC, inclusive em nível inconsciente, como estratégia defensiva, ou decidem por esconder os sintomas até onde possível.

As Tabelas 01 e 02, adiante, revelam os dados da AEAT sobre a quantidade de acidentes de trabalho, com e sem registro da CAT, reconhecidos pelo INSS. Demonstram que as doenças do Grupo F (CID-10) ocupam o terceiro lugar do percentual de benefícios pagos e o primeiro em subnotificações.

A Tabela 01 demonstra o total de benefícios concedidos entre 2010 e 2013. Inclui as doenças ocupacionais e demais acidentes do trabalho no Brasil, com ou sem registro da CAT. Os resultados no período, respectivamente, foram: 709.474, 720.629, 713.984 e 717.911. Observa-se que 2011 foi o ano com o maior número de ocorrências. O total de acidentes reconhecidos pelo INSS e

subnotificados pelo empregador correspondeu à 179.681, 176.740, 167.762 e 158.830, respectivamente, no período. Portanto, foram subnotificadas 25,33%, em 2010; 24,52%, em 2011; 23,5%, em 2012; e 22,12%, em 2013. Os dados sinalizam uma redução a cada ano estudado no percentual de subnotificação, possivelmente com o registro das doenças pelo médico perito do INSS e pelos sindicatos de classe (INSS, 2014, p. 57).

QUANT. DE ACIDENTE DE TRABALHO - COM E SEM CAT - 2010-2013				
ACIDENTES	2010	2011	2012	2013
COM CAT	529.793	543.889	546.222	559.081
SEM CAT	179.681	176.740	167.762	158.830
TOTAL	709.474	720.629	713.984	717.911

Tabela 01: Total de Acidentes Típicos no Brasil, segundo dados do INSS – 2010 à 2013

A Tabela 02 apresenta os registros prevalentes de benefícios pagos por acidentes do trabalho no período, correspondendo aos Grupos S e T (lesões, traumatismos e envenenamentos), seguidos do Grupo M (sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo) e, em terceiro, o Grupo F (transtornos mentais e comportamentais).

O INSS registrou, entre 2010 e 2013, respectivamente, 503.167, 512.376, 506.516 e 508.480, benefícios pagos em razão de doenças dos Grupos S e T. Já o Grupo M registrou, no mesmo período, 114.061, 110.802, 104.403 e 101.814. E, em terceiro lugar, os benefícios por TMC, correspondendo à 14.601, 14.924, 15.839 e 18.154, respectivamente.

Os dados dos Grupos S e T, maiores registros no período, apontam um aumento significativo de 2010 para 2011 e, nos demais anos, uma redução desse resultado a cada ano, embora maior que o primeiro ano desse estudo. O Grupo M vem reduzindo o total de registros em todo o período. A revisão literária não aponta elementos que possam evidenciar as causas efetivas da redução dos benefícios pagos por doenças do Grupo M. É provável que ações como ginástica laboral regular e estudos ergonômicos sejam benfeitorias que precipitem a redução dessas enfermidades. Contudo, trata-se de inferências, sem dados fidedignos encontrados que possam embasar essa afirmativa.

Já o Grupo F apresenta um resultado inverso das demais patologias ocupacionais, aumentando a cada ano o número de registros. Passa de 14.601 ocorrências em 2010 para 18.154, em 2013, configurando um aumento percentual de 80,43%. Verifica-se, ainda, que o total de subnotificação é sempre maior que o registro da CAT em todos os anos, exceto em 2013, com 73%. Em dados

percentuais, é o maior resultado de subnotificação, segundo os AEAT, enquanto o Grupo M apresenta 55,2% de subnotificação.

Fica demonstrado, portanto, a gravidade epidemiológica dos TMC no contexto de trabalho, a partir dos dados da AEAT/INSS, ao comprovar que seus dados são mascarados ou negligenciados pelos empregadores.

QUANT. DE ACIDENTE DE TRABALHO - CID (10) PREVALENTES - 2010-2013												
PREVALENTES	2010			2011			2012			2013		
	Com CAT	Sem CAT	TOTAL	Com CAT	Sem CAT	TOTAL	Com CAT	Sem CAT	TOTAL	Com CAT	Sem CAT	TOTAL
S + T	432.227	70.940	503.167	441.234	71.142	512.376	436.907	69.609	506.516	444.331	64.149	508.480
M	74.632	39.429	114.061	71.415	39.387	110.802	65.846	38.557	104.403	62.883	38.931	101.814
F	4.208	10.393	14.601	4.700	10.224	14.924	6.186	9.653	15.839	10.495	7.659	18.154
TOTAL	511.067	120.762	631.829	517.349	120.753	638.102	508.939	117.819	626.728	517.709	110.739	628.448
TOTAL CID-10	529.793	179.681	709.474	543.889	176.740	720.629	546.222	167.762	713.984	559.081	158.830	717.911

Tabela 02: Total de registros de benefícios dos Grupos S, T, M e F – 2010 à 2013

Segundo a Lei 8.231/91, em seu artigo 19 (INSS,2011, p. 10) “Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente”. A doença profissional também configura como acidente do trabalho e é produzida ou mesmo provocada no exercício peculiar de uma determinada atividade; contraída ou mesmo desencadeada diretamente em razão das condições laborais. Seu reconhecimento é feito pelo Perito Médico do INSS, profissional competente para validar o nexo causal entre a enfermidade e o trabalho, decidindo sobre o retorno ao trabalho ou a aposentadoria (BRASIL, 2007).

Em regra, é dever do empregador emitir a CAT e registrá-la no INSS, assegurando ao trabalhador alguns direitos trabalhistas, principalmente relacionados à estabilidade de vínculo empregatício e cuidados específicos à saúde. Com a Resolução n.º 1.236/2004 do Conselho Nacional da Previdência Social, o registro da CAT deixa de ser condição necessária para se configurar o benefício acidentário. Embora a notificação continue sendo uma obrigação legal do empregador, pode ser feita inclusive pelo sindicato.

O médico perito, independente de registro, deve vincular a causalidade a partir da análise do nexo técnico previdenciário e do estudo epidemiológico que apontam a prevalência de doenças por atividade ocupacional, ou seja, pela Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE). Com isso, os dados estatísticos epidemiológicos passam a evidenciar as subnotificações acidentárias

praticadas pelo empregador e, portanto, quanto o trabalhador vem sendo lesado por não receber o benefício do INSS.

A Resolução remete ao Fator Acidentário Previdenciário (FAP), indicador que flexibiliza o valor das alíquotas de contribuição do empregador, baseando-se no grau de riscos ambientais do trabalho. Esse instrumento tem por objetivo reduzir o número de subnotificações e o valor previdenciário pago pelo empregador, incentivando a melhoria das condições laborais, a prevenção, a redução de doenças e de acidentes do trabalho. Por outro lado, a reincidência de incapacidades laborativas de trabalhadores passam a aumentar o valor dessas alíquotas pagas.

O estudo epidemiológico entre o agravo à saúde e a atividade laboral subsidia o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), permitindo identificar e classificar a natureza acidentária ou previdenciária que configura a causalidade do trabalho à incapacidade laborativa e aos agravos à saúde do trabalhador.

Para tanto, o médico perito avalia a ocorrência do nexo entre o agravo e a exposição, conforme orienta o Decreto n.º 3.044/1999, nas Listas A e B do Anexo II. Em seguida, analisa os dados contidos em sua Lista C, correlacionando a prevalência da doença e o código do CNAE. Por fim, realiza a *anamnese* do trabalhador, verifica a queixa individual e a hipótese diagnóstica.

Ressalta-se que se faz necessário apenas um dos três nexos para garantir ao trabalhador a concessão do benefício acidentário. Caso não se configure causalidade laborativa, esse benefício é classificado simplesmente como previdenciário.

Quando se trata dos TMC, é necessário um conhecimento técnico específico para um diagnóstico preciso. Reconhecendo essa demanda técnica entre seus médicos peritos, o Ministério da Previdência Social definiu, em 2007, as Diretrizes de Conduta Médico-pericial para configurar as doenças mentais, visando operacionalizar o reconhecimento dos direitos aos benefícios do cidadão trabalhador através do Regime Geral de Previdência Social, mediante Portaria n.º 20 INSS/DIRBEN, de 15/12/2006. Estão contidas no Manual de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade elaborado por quatro médicos peritos do INSS com especialidade em Psiquiatria, um médico com graduação em Psicologia e dois médicos clínicos.

Segundo o documento,

a questão da incapacidade para o trabalho e suas implicações para o sistema de Seguro Social é vista como um fenômeno social, condicionada por uma série de determinantes, cuja principal é a doença, que está associada ao tipo de trabalho, à condição salarial e ao emprego/desemprego (INSS, 2007, p. 04).

Desse modo, reconhece que a repercussão do absentismo não se restringe ao trabalhador que adoece ou à empresa que perde sua força de trabalho; atinge a sociedade de uma forma ampla e

sistêmica. Embora o custo seja alto para todos os envolvidos, como reconhece o INSS, o nexo de causalidade pode estar no próprio contexto de trabalho.

Para compreender a relação Saúde Mental & Trabalho, é necessária uma análise dos dados fornecidos no AEAT. Segundo o INSS (2007, p. 07),

as mudanças recentes nos processos de transformação do trabalho (...) a precarização das relações de trabalho, repercutem (...) nos perfis de morbidade da população (...) no aumento da prevalência dos transtornos psiquiátricos (...) exige preparo técnico e experiência profissional do perito. O processo de avaliação de segurados com transtornos mentais tem características próprias e podem redundar na concessão e na manutenção indevida de benefícios por incapacidade.

A maioria das doenças, geralmente, é identificada por meio de protocolos objetivos dos sintomas. O próprio estudo epidemiológico é capaz de mapear as categorias ocupacionais onde determinadas patologias são recorrentes. Quando se trata das doenças do Grupo F (CID-10) e seus aspectos de subjetividade, a configuração do nexo causal torna-se um desafio, reconhecido nas diretrizes da Portaria nº 20/2006. Não se pode exigir do médico perito a especialidade em psiquiatria. Ao mesmo tempo, a competência mínima necessária para diagnosticar as doenças mentais nem sempre são atendidas justamente pela carência técnica específica. E os trabalhadores que precisam do benefício previdenciário comumente são prejudicados.

Urgem pesquisas aprofundadas e perenes sobre os conjunto de sintomas que configuram as enfermidades psíquicas, bem como os critérios científicos para realizar a análise do contexto de trabalho e o diagnóstico organizacional. Nessa direção, são necessários estudos interdisciplinares, a serem realizados por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, sociólogos, engenheiros, operadores do Direito, dentre outras categorias profissionais. Para subsidiar pesquisas, também é preciso o diagnóstico individualizado do trabalhador enfermo, com uma *anamnese* que contemple sua história de vida, aspectos da estrutura e da psicodinâmica de sua personalidade, a compreensão do sentido do trabalho e da subjetividade em relação à atividade realizada.

As Diretrizes de Conduta Médico Pericial reconhecem as mudanças constantes e os impactos laborais no trabalhador. Sugerem como relevantes a complexidade do diagnóstico dos TMC, a exigência por habilidade profissional do perito e a preocupação explícita em conceder ou manter o pagamento do benefício previdenciário sem o devido direito. E admitem a necessidade de competência técnica pericial para compreender os impactos do mundo do trabalho, de modo a garantir, segundo seus textos, os preceitos éticos que embasam a Previdência Social e os princípios de justiça e de igualdade que devem permear nossa sociedade (INSS, 007).

Em 2010, o INSS lança o 2º volume das Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Psiquiatria. Dessa vez, as alterações dos critérios de concessão do benefício ao trabalhador por agravos à saúde mental contaram com a contribuição exclusivamente de psiquiatras, denotando um retrocesso no referido Manual de Procedimentos, quando deveriam avançar numa perspectiva multidisciplinar a partir da contribuição de outras ciências, a exemplo da Psicologia, inclusive por profissionais com expertise e que ultrapasse a formação em nível de graduação, como ocorreu em sua primeira versão.

Para a alteração do Manual de Procedimentos elaborado por equipe médica, o 2º volume é submetido a consulta externa, aberta a todos os setores da sociedade e disponibiliza a Lista B do Anexo II do Decreto nº 6.042/2007, onde constam os transtornos mentais com etiologias ocupacionais prováveis, possibilitando estabelecer o Nexo Técnico Epidemiológico nessa nova versão do Manual (INSS, 2010).

Embora os avanços entre as Diretrizes de 2007 e 2010 sejam relevantes, é preciso uma análise aprofundada sobre os critérios de avaliação pericial estabelecidos. É cristalina (e justa) a preocupação com os custos indevidos do benefício previdenciário. Inclusive, as duas versões referem à tentativa de simulação durante o exame psiquiátrico. Trata-se de uma questão pertinente, pois são muitas as estratégias utilizadas por trabalhadores para induzir o médico perito ao erro, cujo objetivo é o ganho ilícito.

Resta, no entanto, a pertinência do movimento inverso, ou seja, quando o médico perito, por negligência, má fé ou mesmo incompetência técnica, nega o benefício a um trabalhador acometido por agravos à saúde mental cujo nexo de causalidade é seu labor. Também não há evidência científica que comprove a possibilidade de generalização do diagnóstico dos TMC. Existem variáveis que precisam ser consideradas que extrapolam cada trabalhador. São essenciais os fatores de gênero, idade, escolaridade, regionalidade, entre outros; assim como aspectos da relação subjetividade ou saúde mental e trabalho.

Dúvidas não restam que os dois volumes do Manual de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Psiquiatria são avanços na hipótese diagnóstica desses transtornos em trabalhadores que pleiteiam o benefício previdenciário. Contudo, alguns questionamentos ficam sem respostas: será que o escopo apresentado no Manual é suficiente para garantir uma avaliação psíquica fidedigna? O médico perito tem competência técnica para estabelecer o diagnóstico e o nexo causal?

Como demonstrado, o número de notificações tanto quanto de subnotificações de doenças do Grupo F (CID-10) aumenta a cada ano. Esses dados corroboram a importância de diagnósticos

periciais mais precisos, uma vez que as informações contidas no AEAT/INSS não dão conta do caráter epidemiológico desse fenômeno social.

O modelo médico não é suficiente e se faz necessário uma análise interdisciplinar, considerando não apenas os aspectos delineados nas referidas Diretrizes e no próprio SESMT, mas avançar além do diagnóstico na esfera psicossocial e do contexto laboral, propondo intervenções. Diante dessas demandas, o psicólogo é capaz de contribuir não somente com a *anamnese* e escuta clínica, mas com o processo de avaliação psicológica, tendo em vista os avanços científicos dos testes psicométricos, legitimados e fiscalizados pelo Conselho Federal de Psicologia.

Por outro lado, justifica-se como mais uma oportunidade de trabalho para o profissional psicólogo que, incluído na equipe do SESMT e, inclusive, como perito no INSS, poderá realizar um diagnóstico e intervenção precisos dos agravos à saúde mental.

O psicólogo com especialidade na área da saúde e trabalho tem competências que permitem ações de prevenção, de recuperação e de promoção de saúde mental, contribuindo para um ambiente de trabalho mais saudável, minimizando os impactos subjetivos do trabalhador sob o trabalho e o inverso, além de demandas trabalhistas.

Por suas competências, ao atuar no SESMT e como perito do INSS, poderá contribuir no estudo dos fatores epidemiológicos cujo nexos de causalidade está relacionado à atividade ou ao contexto laboral, além daqueles que extrapolam o trabalho.

Os dados da Tabela 03 referem aos TMC prevalentes, registrados no AEAT/INSS (2010-2013). As patologias com mais benefícios pagos foram: reações ao *stress* grave e transtorno de adaptação (F-43), episódios depressivos (F-32), outros transtornos ansiosos (F-41), transtornos depressivos recorrentes (F-33), transtorno afetivo bipolar (F-31), TMC devido ao uso de álcool (F-10) e transtornos fóbicos-ansiosos (F-40).

No que se refere à subnotificação, verifica-se que, em 2010, o F-10 chegou a 97%, seguido do F-31 (93%) e F32 (91%). Em 2011 e 2012, o resultado permanece, porém com redução percentual nas três (03) enfermidades. Em 2013, o F31 aponta o maior resultado (95%), seguido do F-10 (91%) e do F-33, com 88% (INSS, 2014).

Infere-se que o crescimento contínuo dos registros de benefícios pagos por TMC e dos dados de subnotificação no período são prejuízos imensuráveis para o trabalhador adoecido, pois tem seus direitos trabalhistas subtraídos pelo não reconhecido do acidente de trabalho pelo INSS.

Portanto, resta provado, por meio dos dados coletados no AEAT, a relevância da inclusão do psicólogo no SESMT. Além disso, o percentual de subnotificação do Grupo F configura outro

argumento e ratifica a contribuição desse profissional no diagnóstico dessas patologias, inclusive no INSS. Compete aos Ministérios do Trabalho e Emprego e de Saúde aprofundarem sobre esses dados previdenciários e proporem alterações nessas equipes multidisciplinares, incluindo outros profissionais de saúde.

CID-10	2010				2011				2012				2013			
	Sem CAT	% total	Com CAT	% total	Total	Sem CAT	% do total	Com CAT	% do total	Total	Sem CAT	% do total	Com CAT	% do total	Total	
F-43	2.785	46%	3.217	54%	6.002	2.784	43%	3.698	57%	6.482	2.829	36%	5.063	64%	7.892	
F-32	3.750	91%	366	9%	4.116	3.597	90%	409	10%	4.006	3.123	86%	505	14%	3.628	
F-41	1.950	82%	416	18%	2.366	2.070	81%	493	19%	2.563	2.107	77%	634	23%	2.741	
F-33	935	89%	114	11%	1.049	904	88%	118	12%	1.022	919	87%	141	13%	1.060	
F-31	515	93%	36	7%	551	482	92%	40	8%	522	435	90%	46	10%	481	
F-10	303	97%	10	3%	313	248	94%	15	6%	263	230	92%	19	8%	249	
F-40	153	76%	49	24%	204	179	78%	50	22%	229	0	0	0	0	137	
TOTAL	10.393	71%	4.208	29%	14.601	10.264	68%	4.823	32%	15.087	9.643	60%	6.408	40%	16.051	

Tabela 03: Total de Benefícios pagos no Brasil pelo INSS por Patologias do Grupo F – 2010 à 2013

INCLUSÃO DO PSICÓLOGO NO SESMT

A Lei 6.514/77 trata sobre as Normas Regulamentadoras (NR) relativas à segurança e à saúde no trabalho. São determinadas e fiscalizadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Seu cumprimento é obrigatório e de responsabilidade exclusiva das empresas, públicas e privadas, regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Além delas, o Decreto n.º 3.048/99 (Anexo B) regulamenta os TMC e seus agentes etiológicos ou fatores ocupacionais que podem configurar riscos psicossociais.

A NR-4 regulamenta o SESMT e define os serviços especializados que devem ser mantidos, considerando o Grau de Risco de cada empresa, a exemplo do setor elétrico, que possui uma NR específica (NR-10). É multidisciplinar, formado por engenheiro e técnico de segurança, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem do trabalho.

A NR-7 regulamenta o PCMSO, coordenado pelo médico do trabalho, profissional responsável por priorizar o diagnóstico dos agravos à saúde cujo nexos causal é o trabalho; identificar riscos ou danos à saúde e a existência de doenças profissionais; e realizar o estudo clínico-epidemiológico na relação saúde-trabalho. É sua competência preservar a integridade física e mental dos trabalhadores, principalmente quando expostos à condição insalubre e/ou periculosa, analisar as condições de fadiga, realizar a gestão do absenteísmo-doenças e promover saúde e qualidade de vida no trabalho,

O PPRA é coordenado pelo engenheiro de segurança do trabalho e tem por objetivo preservar a segurança do trabalhador, proporcionar melhorias no ambiente laboral, manter sob controle os riscos profissionais e ambientais, provocados por agentes físicos, biológicos e químicos, conforme determina a NR-9.

A Lista B do Decreto n.º 3.048/99 faz referência aos TMC cujonexo causal é o trabalho, principalmente o F-10 (TMC por uso do álcool); o F-10.2 (alcoolismo crônico relacionado com o trabalho); F-43 (reações ao *stress* grave e transtornos de adaptação); F-43.1 (*stress* pós-traumático); F-48.8 (transtornos neurótico ou neurose profissional); F-51.2 (transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos); e Z-73.0 (síndrome de *Burnout* ou do esgotamento profissional).

A Lista B não descreve objetivamente fenômenos laborais e riscos psicossociais. Elucida agentes etiológicos específicos dos TMC, principalmente: condições difíceis de trabalho (Z-56.5); circunstância relativa às condições de trabalho (Y-96); dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho, reação após acidente do trabalho grave e/ou catastrófico ou após assalto no trabalho (Z-56.6); problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z-56); desemprego (Z-56.0); mudança de emprego (Z-56.1); ameaça de perda de emprego (Z-56.2); ritmo de trabalho penoso (Z-56.3); desacordo com patrão e colegas de trabalho ou condições difíceis de trabalho (Z-56.5); e outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z-56.6).

Mesmo com os desafios do diagnóstico dos TMC ou das subnotificações praticadas pelos empregadores, é importante ratificar que essas enfermidades ocupam o terceiro lugar do total de benefícios pagos, principalmente por depressão (F-32/33), ansiedade (F-41), transtorno afetivo bipolar (F-31) e transtorno fóbico-ansioso (F-40).

São dados que justificam a mudança na equipe do SESMT, determinada e mantida desde sua criação, em 1978. Apesar dos avanços, os profissionais mantidos pela NR-4 já não conseguem dar conta dos riscos psicossociais, agravados a cada ano. Da mesma forma que não se pode negar o avanço de outras ciências, inclusive das pesquisas exitosas que vêm sendo realizadas pela Psicologia da Saúde e do Trabalho.

Segundo Jardim e Glina (2000), a Psicologia contribui por meio do diagnóstico organizacional e da descrição das atividades, funções e ocupações. Evidencia fatores das tarefas, seu conteúdo, seu reconhecimento social, as condições de trabalho, como ele se organiza, as políticas de Gestão de Pessoas, as exigências físicas e psicossociais, além da percepção dos riscos pelo trabalhador. Compreender a estrutura e a psicodinâmica da personalidade, a história de vida, dinâmica familiar e outros aspectos de subjetividade e suas repercussões, inclusive como concausa do trabalho.

Os avanços tecnológicos, legais e socioculturais laborais parecem não suportar retrocessos, mas é possível promover condições mais saudáveis, iniciando com mudanças no próprio SESMT e nas diretrizes de procedimentos periciais para a concessão de benefícios previdenciários. E a partir

dos estudos perene do AEAT, avaliar as contribuições de novos profissionais de saúde nesses serviços de apoio ao trabalhador.

Para tanto, é necessário, de início, romper o paradigma determinista médico e ampliar para um modelo multidisciplinar de saúde, capaz de diagnosticar e propor intervenções sob uma perspectiva sistêmica.

Essas recomendações visam a uma melhor compreensão dos aspectos subjetivos e suas inúmeras interações do trabalhador, que não se restringem ao cenário laboral, seu vínculo afetivo e seus fatores de vulnerabilidade. Avaliar o coletivo de trabalhadores, causas e consequências que justificam uns adoecem e outros não, quando exposto a situações similares de riscos psicossociais.

Nessa direção, justifica-se ainda a inclusão do psicólogo no SESMT pela possibilidade de investir em um ambiente de trabalho humanizado, em um negócio rentável sem incluir no bojo de seus lucros a saúde do trabalhador.

É sustentável o negócio onde os trabalhadores são mais saudáveis e executam suas atividades com segurança. Não há garantias efetivas de retorno, mas o investimento tende a gerar vínculos afetivos e efetivos com o trabalho. As despesas com o absenteísmo-doença, com o presenteísmo, com acidentes, transgressões, demissões, treinamentos, retrabalhos e outros custos tendem a diminuir, tanto quanto é possível reduz os custos sociais, financeiros ou de outra ordem advindos da precarização do trabalho.

A proposta de inclusão do psicólogo no SESMT e mesmo como perito do INSS não é inédita, mas muito pouco se tem avançado, apesar de iniciativas isoladas, encontradas na literatura. “Qualidade, ética e cidadania na prestação de serviços: construindo o compromisso social da Psicologia” foi o tema do IV Congresso Nacional da Psicologia em 2001. Dentre as 217 teses em POT submetidas, uma delas propôs a criação de um projeto de lei para a Câmara dos Deputados, visando a inclusão compulsória do psicólogo nas equipes previstas pelas NR 04, 07 e 09 do MTE.

Passados mais de 15 anos, essa tese não entrou em pauta para discussão novamente nem seguiu como projeto de lei à Câmara dos Deputados. Em 2007, o então presidente do Sindicato dos Psicólogos de Minas Gerais, Rogers Carvalho redigiu o documento de Política de Empregabilidade Universal Integral (PEUI), sem avanço. Em 2012, é elaborado um projeto sugerindo a inclusão do assistente social no SESMT, proposto por Daniel Houly (AL). O objetivo é acompanhar e reabilitar trabalhadores com diagnóstico de doenças mentais relacionadas ao trabalho (Barbosa e Santos, 2012).

Além do SESMT, é importante considerar a contribuição do psicólogo como perito no INSS, no que se refere à saúde mental e à segurança do trabalhador, por meio da capacidade de escuta clínica

e da avaliação psicológica por meio dos testes psicológicos, de uso exclusivo da categoria, cuja validação e fidedignidade são resguardados sob o cuidado ético do CFP.

Ressalta-se, inclusive, que algumas atividades laborais exige a avaliação psicológica compulsória regulamentada por lei, a exemplo do trabalho em linhas energizadas, confinado, com porte de armas, motoristas, dentre outras.

Outro contrassenso ou talvez um descompasso entre a realidade social e as amarras legais é o crescimento de perícias psicológicas como suporte aos operadores do Direito, em situações como: guarda de menores, adoção, alienação parental, guarda compartilhada, dentre outros fenômenos socioculturais. Na Justiça do Trabalho, a Psicologia vem subsidiando tomadas de decisão acerca do nexo causal entre o adoecimento psíquico e a precarização do contexto laboral em razão de eventos como desemprego, perda de uma chance, assédios moral e/ou sexual e outras formas de violência, tais como assalto, acidente, desastre e outros fenômenos. (Caldas, 2007/2008).

Nessa direção a Psicologia pode subsidiar o diagnóstico e intervenções por meio de outros instrumentos de avaliação psicológica, além dos testes, como a entrevista clínica, a observação, a visita técnica. Adiante são especificados a validade e aplicabilidade desses instrumentos, com ênfase nos testes psicológicos.

TESTES PSICOLÓGICOS

De uso exclusivo do psicólogo, os testes psicométricos são avaliados periodicamente por uma comissão técnica do CFP, de modo a garantir os padrões éticos e a aplicabilidade a que se propõe, considerando aspectos como fidedignidade, validade, confiabilidade, normatização e a padronização desses instrumentos. Os inventários ou escalas, assim como os testes projetivos e expressivos são utilizados na avaliação psicológica (Cruz, Alchieri e Jarda Jr, 2007; Alchieri e Cruz, ANO).

Considerando os dados do INSS e suas diretrizes para concessão de benefícios por TMC, são especificados adiante alguns testes psicológicos que subsidiam as avaliações dessas patologias prevalentes cujo diagnóstico pode reduzir ônus previdenciários.

A Tabela 04 apresenta alguns dos testes psicológicos favoráveis cujo objetivo é diagnosticar TMC descritos na Lista B do Decreto n.º 3.048/99 e no AEAT/INSS. São instrumentos regulamentados, conforme a Resolução n.º 25/2001 do CFP (2011).

TESTE	ANO	AUTORES
Depressão De Beck (BDI-II)	2010	Gorenstein, C. <i>et al</i>
Escala de Pensamentos Depressivos (EPD)	2014	Carneiro, A; Baptista, M.
Escala de Vulnerabilidade Estresse Trabalho (EVENT)	2007	Noronha, A <i>et al</i>
Depressão, Ansiedade, Desesperança, Ideação Suicida (ESCALAS BECK)	2001	Cunha, J.
Expectativas Crenças Pessoais Sobre o Uso do Álcool (IECPA)	1996	Oliveira, M; Cunha, J; Werlang, B
Inventário Fatorial De Personalidade (IFP-R)	2013	Tróccoli, B.; Pasquali, L.
Inventário Sintomas Stress Lipp (ISSL)	2000	Lipp, M.
Lista Adjetivos Bipolares (L.A.B.E.L)	2003	Gendre, F.; Capel, O.
Avaliação Neuropsicológica (NEUPSILIN)	2009	Parente, A; Salles, J; Paz, R.
Avaliação Da Personalidade (PALOGRÁFI CO)	2004	Alves, I; Esteves, C.
Pirâmides Coloridas de PFISTER	2005	Villemor-Amaral, A.
Psicodiagnóstico Miocinético (PMK)	2014	Mira, Alice <i>et al</i>
Teste Clínico de RORSCHACH	2007	Sálvia, L; Vaz, C.
Técnica De Apercepção Para Idosos (SAT)	2012	Tardivo, L; Silva, C; Tosi, S.
Aptidão Pilotagem Militar (TAPMIL)	2008	Costa, M.
Z-Teste (Técnica de ZULLIGER)	2004	Vaz, Cícero E.

Tabela 04: Testes Psicológicos Favoráveis, conforme CFP.

FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO EM POT

Segundo Bastos, Guedes e colaboradores (2010), é importante aprimorar a formação acadêmica e a prática do psicólogo em POT, principalmente para realizar diagnóstico e intervir nos riscos psicossociais relacionados ao trabalho e às organizações e atuar nos processos da área de Gestão de Pessoas. Para tanto, é necessário incluir estágios acadêmicos e uma formação continuada multidisciplinar, a fim de verticalizar sobre competências pertinentes aos psicólogos de saúde e do trabalho.

No entanto, os métodos de pesquisa e de intervenção propostos pelas Clínicas do Trabalho, nas abordagens da Psicossociologia, da Psicodinâmica, da Ergologia e da Clínica da Atividade enfatizam a atuação do psicólogo como consultor interno e externo, não explicitando sua prática nesse contexto. (Bendassolli e Soboll, 2011/2014).

No entanto, a prática apresentada na pesquisa de Caldas (2007) demonstra que o profissional psicólogo contratado tem competências para atuar no diagnóstico das doenças psicossomáticas e no nexos causal do trabalho, no aconselhamento, no atendimento clínico, além de ações interventivas individuais e grupais.

Compete ao psicólogo em saúde e trabalho possibilitar ao indivíduo aproximar-se do significado de suas experiências negativas e criar condições para restabelecer sua saúde, ressignificando o sentido e o vínculo com seu labor. Na prática da clínica do trabalho, o psicólogo precisa ter a competência de aproximar-se do vivido do outro e, nessa escuta, manter-se suficientemente distante

de suas próprias ideias, sentimentos e crenças sobre o que ocorre na empresa onde está inserido (Rizvi, 2002).

Esse psicólogo precisa desenvolver habilidades técnicas que o aproxime criticamente da linguagem cartesiana e objetiva de gestores e empresários. É ser capaz de estabelecer uma comunicação que o aproxime do poder e da tomada de decisão organizacional; de mensurar o resultado de seu trabalho e de sua contribuição para o negócio por meio dos indicadores empresariais; de demonstrar retornos financeiros aos investimentos em pessoas e processos, sem afastar-se do sujeito-trabalhador (objeto da ciência); promover relações socioprofissionais éticas e saudáveis; cuidar da formação de gestores; e investir na saúde, na qualidade de vida e na segurança no trabalho. É ser capaz de atuar com competência técnica, de maneira exitosa (Caldas, 2007/2008; e Rizvi, 2002).

Para essa prática clínica no trabalho e sua atuação no SESMT, urge ao psicólogo, todavia, manter-se em supervisão e em tratamento psicoterapêutico pessoal constantes, semelhante aos psicólogos clínicos. Segundo Rizvi (2002, p. 09), o profissional

está tão vulnerável às grandezas e misérias humanas e empresariais quanto os demais trabalhadores. Vive a mesma situação de todos os trabalhadores e é um potencial reprodutor dessa situação. Por isso, a possibilidade de uma atuação profícua não dispensa que cada um se trabalhe quanto a seus valores e comportamentos

A revisão da literatura reforça a contribuição do psicólogo na equipe do SESMT e na prática previdenciária para prevenção, recuperação e promoção de saúde mental dos trabalhadores. Demonstra a importância da temática e justifica esta pesquisa realizada com os profissionais registrados no Conselho Regional de Psicologia da 2ª Região (PE), sinalizando respostas aos objetivos propostos por meio da metodologia proposta, adiante.

MÉTODO

A construção do método e as técnicas quanti-qualitativas desta pesquisa são balizadas nos estudos metodológicos de Turato (2003) e tem por objeto de estudo conhecer a opinião dos psicólogos sobre a inclusão da categoria profissional no SESMT.

Método, como conceitua Turato (2003, p. 153), é

um conjunto de regras que elegemos num determinado contexto para se obter dados que nos auxiliem nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo (coisas da natureza ou pessoas/sociedades).

Não há que se confundir com Metodologia que, segundo o autor (2003, p. 153), é

a disciplina que se ocupa de estudar e ordenar (no possível) os muitos métodos que concebemos, suas origens históricas, seus embasamentos paradigmáticos acompanhados de suas relações teóricas, suas características estruturais e as especificidades de seus alvos.

Para Minayo, Assis e Oliveira (2000, p. 22) “a metodologia inclui as concepções teóricas de uma abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e o potencial criativo do pesquisador”.

O objetivo geral desta pesquisa é justificar a inclusão do psicólogo no SESMT. E específicos: descrever as competências e contribuições do psicólogo no SESMT; avaliar os TMC prevalentes em trabalhadores diagnosticados pelo psicólogo; apontar riscos psicossociais, agravos à saúde mental e onexo causal do trabalho; e demonstrar as contribuições do psicólogo para a Gestão do Absenteísmo por TMC. E para responder esses objetivos opta-se pelo método quanti-qualitativo, a partir da literatura revisada e das respostas dos participantes.

PROCEDIMENTO

Para coleta de dados, cria-se um questionário na plataforma do *Google Drive*, utilizada para construção de pesquisas *online* gratuitas. O instrumento fica disponível no *site*⁶, de 04.02.2015 a 06.03.2015, exclusivamente para os 9.480 psicólogos inscritos no CRP/PE. Desses, cerca de 5.600 fazem parte do banco de cadastro e recebem regularmente o boletim semanal *online*. O Conselho emitiu comunicados regulares sobre a pesquisa, seus objetivos e o caráter sigiloso, garantindo aos profissionais liberdade de expressão. Ressalta-se que os pesquisadores não tiveram acesso à amostra respondente, obtendo as informações após o fechamento do prazo de coleta, conforme preceitua a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Apesar da divulgação semanal e do instrumento disponível na plataforma *Google Driver* por mais de trinta (30) dias, o total de respondentes não é estatisticamente representativo. Após o fechamento da colheita, os dados são estratificados, analisados e discutidos a partir da literatura consultada.

PARTICIPANTES

Participam da amostra 67 psicólogos da população de 5.600 profissionais. A seleção é proposital e a amostragem por variedade de tipos. O critério de inclusão é a profissão, arbitrada em razão da especificidade do objetivo da pesquisa. O processo de seleção amostral é definido por livre escolha de participação.

Segundo Turato (2003, p. 357), a amostra proposital é “aquela de escolha deliberada de respondentes”. O critério de inclusão, foi por variedade de tipos que, segundo o autor, trata-se

⁶<https://docs.google.com/forms/d/18Ra2VrFhjAxCZXaxnhOb86y11lqyfwI5QNb8rvxh99Q/viewform?c=0&w=1>

de um processo de seleção de amostra de sujeitos escolhidos segundo o arbítrio e interesse científico do pesquisador, cuja resolução no entanto, embora definida como livre eleição, deve vir acompanhada de suas justificativas (...) os indivíduos do grupo encontram-se reunidos pelo critério da homogeneidade fundamental, isto é, pelo menos uma determinada característica ou variável é comum a todos os sujeitos da amostragem. (Turato, 2003, p. 365)

Essa variedade de tipo justifica a amostra proposital de psicólogos que responderam ao questionário, instrumento desta pesquisa.

INSTRUMENTO

O questionário, dividido em três partes, é construído especificamente para responder aos objetivos deste estudo: (1) dados sociodemográficos dos respondentes (gênero, faixa etária, auto declaração étnico-racial, estado civil, tempo de formação, última titulação e área de atuação); (2) questões fechadas (múltipla escolha) para nivelamento conceitual sobre o SESMT (NR-04), o PCMSO (NR-07) e seus aspectos legais; e (3) questões abertas, justificando a inclusão dos psicólogos na equipe multidisciplinar do SESMT.

ANÁLISE DOS DADOS

As informações sociodemográficas são analisadas visando a conhecer a amostra, embora não seja representativa, como dito, estatisticamente da população. Os dados são analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais. Os resultados estão apresentados em Tabelas e/ou Gráficos, adiante. Os dados de nivelamento conceitual são descartados, uma vez que não contribuem efetivamente à discussão dos resultados, cumprindo sua finalidade no questionário.

O instrumento é formado por 07 (sete) questões abertas, sem limitações de resposta. As informações coletadas são categorizadas e niveladas aos objetivos. As narrativas são compreendidas a partir da técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2006).

RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A Tabela 05 apresenta a distribuição dos respondentes considerando o recorte de gênero. Dos 67 psicólogos, 56 declararam-se do sexo feminino e 11 masculino, correspondendo, respectivamente, a 83,6% e a 16,4%.

Gênero	N	%
Masculino	11	16.4%
Feminino	56	83.6%

Tabela 05 – Distribuição dos respondentes por sexo – dados brutos e %

Em relação à faixa etária, conforme o Gráfico 01, a prevalência está entre 31 e 40 anos de idade (41,8%) e a menor quantidade acima de 60 anos (1,5%).

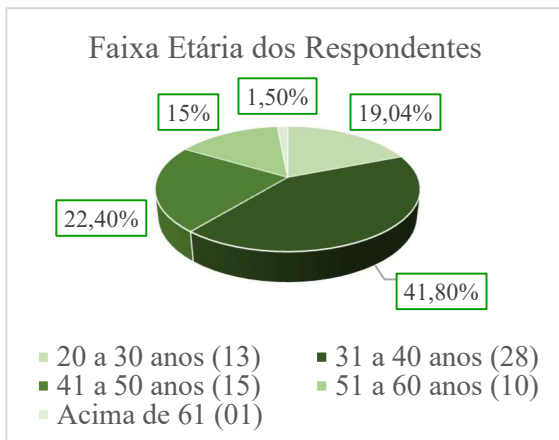


Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo a faixa etária

A representatividade feminina e com faixa etária entre 31 e 40 anos (Tabela 05 e Gráfico 01) corroboram os dados do CFP e as pesquisas de Bastos, Guedes e colaboradores (2010) sobre esses dados sociodemográficos. Trata-se de uma ocupação majoritariamente feminina, reforçando que a identidade profissional ainda está relacionada ao cuidado e ao apoio social. De mesmo modo, confirmam tratar-se de uma profissão predominante de jovens adultos atuantes, com idade média de 36,7 anos.

Sobre o estado civil, as maiores frequências corresponderam aos solteiros com 38,8% (26), seguido de 37,3% entre os casados (25); à 13,4% de separado/divorciado (09); à 9% em relação estável (06); e à 1,5% viúvo (01), demonstrado no Gráfico 02.

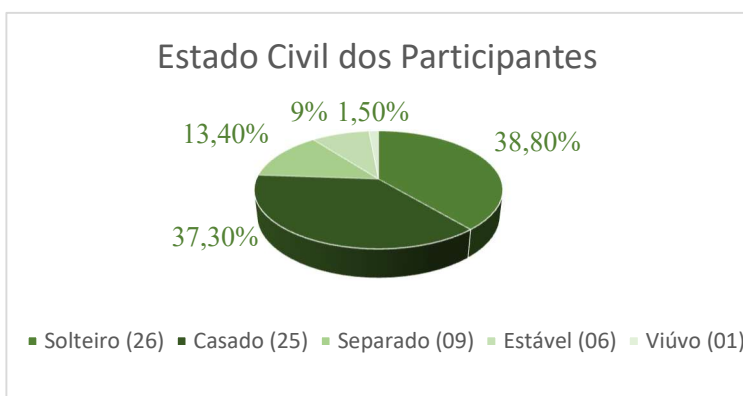


Gráfico 02: Distribuição dos pesquisados por estado civil

O Gráfico 03 demonstra dados étnico-raciais. Desses, 67,7% autodeclarou branco (44); 24,6% pardo (16); 4,6% preto (03); e igualmente 1,5% amarelo e “outros” (01).

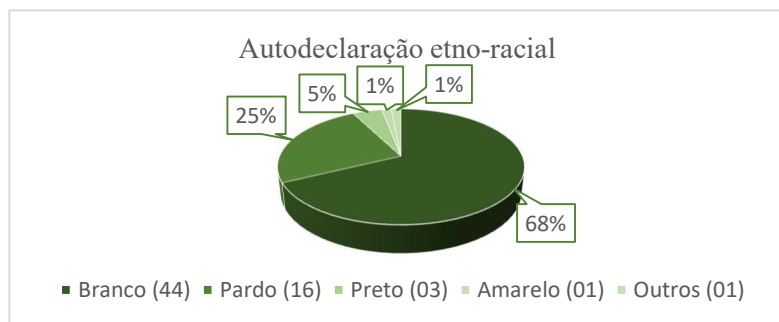


Gráfico 03: Distribuição dos pesquisados segundo dados Étnico-raciais (cor)

Os dados referentes à etnia seguem o padrão declarado pela população brasileira, conforme estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

No que se refere ao tempo de graduação (Gráfico 04) a frequência maior corresponde à 34,3% entre 11 e 20 anos (23) e, o menor (4,5%), acima de 30 anos de formados (03). As frequências das demais faixas são: 21%, entre 06 a 10 anos (14); 16,4% entre 21 a 30 anos (11); e à 23,9% entre 01 a 05 anos, com 16 participantes.

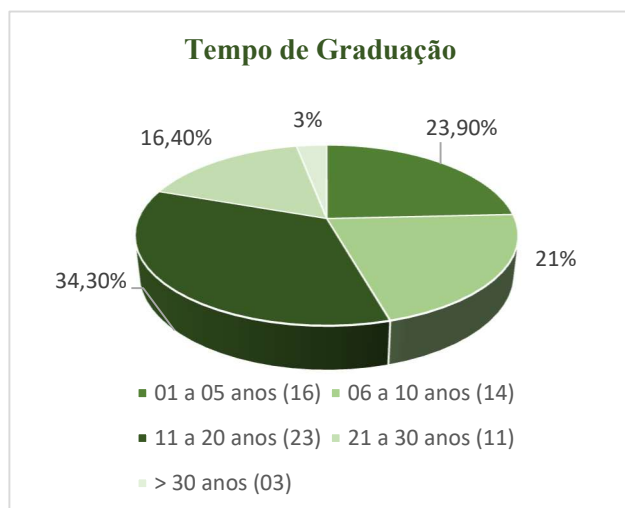


Gráfico 04: Distribuição dos pesquisados por tempo de graduação

No Gráfico 05 observa-se que o percentual maior de titulação de pós-graduação está em nível de especialização (*lato sensu*), correspondendo à 61,2% (41), seguido de 22,4% (15) com mestrado e 6% (4) com doutorado.

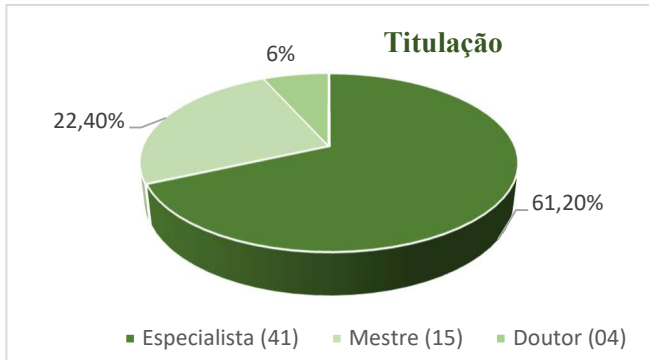


Gráfico 05: Distribuição dos pesquisados segundo a titulação

As pesquisas sobre a profissão do Psicólogo no Brasil, realizadas pelo CFP (1988) e por Bastos, Guedes e colaboradores (2010) não trazem dados sobre a prevalência do tempo de formação e, a continuada, sinalizam que 60% fazem ou fizeram pós-graduação, sem, porém, especificar o nível da titulação, não admitindo discutir esses dados.

A Tabela 06 apresenta as áreas de atuação e, os resultados, por ordem de frequência, são: organizacional e trabalho (43,3%), clínica (23,9%), hospitalar (11,9%), social (7,5%) e jurídica (6,0%). Não há respondentes atuando nas áreas de esporte, psicomotricidade e psicopedagogia. As demais áreas variaram de 1,5% a 3,0%.

Especialidades	N	%
Clínica	16	23,3%
Esporte	0	0,0%
Trânsito	1	1,5%
Escolar e Educacional	1	1,5%
Jurídica	4	6,0%
Social	5	7,5%
Hospitalar	8	11,9%
Organizacional e do Trabalho	29	43,3%
Psicomotricidade	0	0,0%
Psicopedagogia	0	0,0%
Neuropsicologia	2	3,0%
Outros	1	1,5%

Tabela 06: Área de Atuação / Especialização em Psicologia

As pesquisas citadas sobre a profissão apontam que a escolha prevalece em Psicologia Social, justificando interesses pessoais em ajudar aos outros, associados a manutenção da imagem profissional que contribui ao autoconhecimento e ao bem-estar. A literatura consultada não se aprofunda sobre áreas que pretende investir.

A pesquisa do CPF (1988) refere ao enriquecimento das atividades nas diversas áreas e destaca que a prática clínica se amplia e inclui a Psicologia da Saúde, a Escolar ou Educacional e a do Trabalho. Segundo Gondim, Bastos e Peixoto (2010), as três áreas tradicionais: clínica,

organizacional e escolar são ampliadas. Em que pese a predominância clínica, destacam o crescimento na área de Saúde, na POT e na docência.

Embora o quantitativo de participantes não é estatisticamente significativo, como fora dito, suas contribuições atendem ao objetivo proposto, justificando a inclusão do psicólogo no SESMT com o olhar crítico e o foco na saúde mental do trabalhador.

No que se refere ao nivelamento conceitual, 70,1% acerta que o SEMST é o *Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho*. Sobre PCMSO, a resposta correta (*Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional*) também é prevalente.

Sobre o objetivo do SESMT: *proporcionar ações socioeducativas aos empregados e trabalhadores sobre riscos ambientais e propostas para neutralizar e até eliminar tais riscos; e determinar políticas e programas de promoção de saúde e prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais*, 88,1% são corretas. E do PCMSO, ou seja, *realizar exame médico admissional, periódico e demissional; realizar consultas e atendimentos médicos; implementar estudos epidemiológico no contexto de trabalho; realizar análise do contexto laboral e identificar riscos de adoecimento; e promover ações de prevenção de doenças e promoção de saúde no trabalho*, também é majoritária, com 71,6%.

Na questão: *quais profissionais qualificados integram o SESMT?* cerca de 68,7% escolhe a opção correta: *Médico, Auxiliar e Enfermeiro do Trabalho, Engenheiro e Técnico de Segurança do Trabalho*. E, o quesito: *o psicólogo pode integrar ou chefiar o SESMT?* A resposta prevalente (34,3%) é incorreta, denotando que a maioria desconhece a questão. A afirmativa *nem integrar nem chefiar o SEMST*, obtém 24% das respostas.

A categorização temática é definida em núcleos de sentido, de modo a responder aos objetivos. A primeira categorização apresenta afirmativas sobre justificativas para inclusão do Psicólogo no SESMT, objetivo geral, demonstrada na Tabela 07. As demais, respondem aos específicos: (1) Competências do psicólogo ao SESMT; (2) TMC diagnosticados pelo psicólogo; (3) Riscos de Adoecimento Psicossocial e o Nexos Causais do Trabalho; e (4) Contribuições do Psicólogo à Gestão do Absenteísmo. (Bardin, 2006).

CATEGORIZAÇÃO 01 – JUSTIFICATIVAS PARA INCLUSÃO DO PSICÓLOGO NO SESMT

AFIRMATIVAS CATEGORIZADAS	FREQUÊNCIA
Diagnosticar e intervir no contexto laboral (trabalhador-subjetividade-trabalho) e nas doenças do Grupo F	27
Profissional preparado para promover a escuta clínica (integridade psíquica do trabalhador)	11
Contribuir para saúde mental do trabalhador. Visão de homem integral, holístico	9
O CFP não se posiciona. Falta vontade política do nosso Conselho	6
Contribuir com o Médico do Trabalho – valorização das doenças físicas, visíveis	6
Envolve interesses políticos e os empregadores não querem por razões econômicas	5
Atuar na análise de acidentes de trabalho (comportamento de risco do trabalhador)	5
Avaliar e intervir em fenômenos de violência (demissão imotivada, assédio moral, discriminação)	5
As doenças mentais estão entre as que mais afastam os trabalhadores (dados do INSS)	4
Ser agente de comunicação do SESMT com demais áreas da empresa (principalmente RH)	3
Considerar os problemas de saúde psíquica, cujo olhar do psicólogo se diferencia dos demais profissionais de saúde	3
Contribuir com a avaliação psicológica, principalmente quando existe risco na empresa	3
Humanizar os processos e contextos laborais	3
Assessorar os gestores para lidar com a equipe	3
Contribuição do psicólogo nas lides trabalhistas (nexo causal trabalho-doença mental)	2
Contribuir para melhoria nas relações de trabalho (em todos os níveis) – causa de doenças	2
Promover qualidade de vida no trabalho	2
Reduzir o absenteísmo por doenças do Grupo F	2
O psicólogo estuda, trabalha e avalia o comportamento humano.	2
Atuar nos riscos ergonômicos no trabalho	2
Especialista na articulação da subjetividade, das equipes e do próprio trabalho (necessidade da produção e do lucro)	2
Trabalho na equipe do SESMT. Agregado para melhoria da saúde mental e dos indicadores de absenteísmo-doença.	1
Não sei se o psicólogo deve fazer parte da equipe do SESMT	1
Contribuir nas ações educativas	1
Fazer laudos e pareceres de trabalhadores envolvidos em (re)acidentes de trabalho	1

Tabela 07: Respostas a Categorização 01 por ordem de Frequência

A descrição da CBO (MTE, 2015), as pesquisas realizadas pelo CFP, 1988 e as novas pesquisas realizadas por Bastos, Guedes e colaboradores (2010) sobre a formação e a prática profissional dos psicólogos no Brasil reforçam as afirmativas trazidas pelos participantes deste estudo sobre a inclusão do psicólogo na equipe do SEMST. São prevalentes as seguintes respostas: *diagnosticar e intervir no contexto laboral e nas doenças do Grupo F; promover a escuta clínica; contribuir para saúde mental do trabalhador; e contribuir com o médico do trabalho.*

Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014) citam as práticas estratégicas do psicólogo na POT e inclui o profissional nas tomadas de decisões políticas na área de Gestão de Pessoas e no próprio negócio, justificando a inclusão do psicólogo no SESMT. O AEAT/INSS reforça a inclusão do psicólogo no SESMT, quando aponta os TMC como a terceira maior despesa paga com benefícios (BRASIL, 2014).

Uma afirmativa chama atenção sobre a temática: *Não sei se o psicólogo deve fazer parte da equipe do SESMT.* Causa estranheza o respondente não considerar essa oportunidade de atuação no

mercado de trabalho. Além disso, foi realizado um nivelamento conceitual sobre a NR 04 (Anexo A) antes do questionário da pesquisa.

Uma outra resposta interessante e que demanda um debruçar mais aprofundado, refere: *o CFP não se posiciona. Falta vontade política do nosso Conselho*. Essa afirmativa reforça a inércia do CFP que propôs essa tese no IV Congresso Nacional da Psicologia, em 2001, com prazo de 03 anos para um posicionamento, logrado.

Embora sem bases teóricas que justifiquem, fica em suspenso uma questão no âmbito das políticas públicas, quando um dos participantes afirma: *envolve interesses políticos e os empregadores não querem por razões econômicas*. De fato, a inserção de mais um profissional de saúde no SESMT não é interessante ao empregador. Resta ampliar essa discussão em outras esferas, inclusive ultrapassando a inércia do CPF.

CATEGORIZAÇÃO 02 – Competências do psicólogo ao SESMT

AFIRMATIVAS CATEGORIZADAS	FREQUÊNCIA
Assessorar (consultor interno) e dar suporte à alta gestão e gestores	45
Atuar nas questões relacionadas ao modo de gestão e no enfrentamento das violências no trabalho	36
Realizar a escuta clínica (individual ou dos grupos de trabalho) por meio de psicoterapia breve, aconselhamento ou acompanhamento psicológico	35
Realizar avaliação psicológica dos trabalhadores	31
Atuar em políticas, ações e programas de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho (inclusive cultura, lazer e socialização)	30
Encaminhar o trabalhador para tratamento psicoterápico na rede	27
Realizar grupos focais, ações de desenvolvimento de equipes, mediar conflitos grupais.	27
Prevenir e diagnosticar doenças mentais (ocupacionais ou não)	19
Acompanhar o trabalhador afastado, em processo de retorno ou de readaptação por TMC.	18
Realizar ações socioeducativas sobre saúde (inclusive mental)	18
Analisar e propor ações de melhoria no Clima Organizacional (Saúde Emocional)	14
Diagnosticar e intervir nos riscos psicossociais no trabalho	13
Fazer a gestão dos indicadores epidemiológicos do absenteísmo por doenças do Grupo F (CID-10) e identificar oportunidades de melhorias	11
Atuar na equipe interdisciplinar (inclusive do SESMT)	6
Dar suporte e promover ações socioeducativas aos familiares dos trabalhadores	6
Analisar o EMP e sugerir, quando necessário, acompanhamento psicológico	5
Atuar nos acidentes de trabalho (comportamento de risco do trabalhador)	4
Propor políticas e atuar nos processos Gestão de Pessoas	4
Lidar com pessoas em situações (de risco) de morte	4
Integrar equipe de Ergonomia (análise do contexto de trabalho)	3
Realizar pesquisas, estudos epidemiológicos de doenças mentais e propor ações de melhoria	3
Criar e atuar em Ouvidoria, Comissão de Ética, <i>Compliance</i> e outros espaços de denúncias (garantir o sigilo e reduzir violências (AMT)	3
Elaborar laudos e pareceres (indicar ou contraindicar o trabalhador para o exercício laboral (total ou parcial) por fatores psíquicos)	2
Acompanhar trabalhadores com Doenças Osteomusculares	2
Dar suporte às vítimas de assédio sexual	2
Acompanhar e intervir nos casos de dependência química do trabalhador	1
Atuar em conjunto com psiquiatra em casos de doenças mentais	1
Atendimento ambulatorial	1
Preparar para aposentadoria	1
Criar campanhas de reconhecimento e valorização	1

Tabela 08: Afirmativas da Categorização 02 por ordem de frequência

As afirmativas categorizadas são agrupadas em três níveis: operacional, tático e estratégico. São ações operacionais aquelas executadas de forma rotineira, baseadas em procedimentos normatizados, visando a atingir objetivos de competência do psicólogo, definidos em nível tático e/ou estratégico. Em sua maioria, estão previstas na CBO (BRASIL/MTE, 2014; e Chiavenato, 2014).

As contribuições táticas são definidas em nível de departamento e/ou superintendência, dependendo do organograma, e demanda competências para definir metas e as condições ideais de realização. Nesse nível, o psicólogo é capaz de tomar decisões referentes à área de Gestão de Pessoas. E as competências estratégicas são relacionadas à visão de futuro, aos valores e à missão do negócio, em nível de suporte e de assessoramento, cuja tomada de decisão é de responsabilidade da alta gestão.

As respostas sobre a atuação em nível *operacional*, por ordem de prevalência, são: *realizar a escuta clínica (individual ou dos grupos de trabalho) por meio de psicoterapia breve, aconselhamento ou acompanhamento psicológico; realizar avaliação psicológica dos trabalhadores; encaminhar o trabalhador para tratamento psicoterápico na rede; realizar grupos focais e ações de desenvolvimento de equipes; mediar conflitos; prevenir e diagnosticar doenças mentais (ocupacionais ou não); acompanhar o trabalhador afastado em processo de retorno ou de readaptação por TMC; realizar ações socioeducativas; atuar em equipe interdisciplinar (inclusive do SESMT), dar suporte aos familiares; analisar o EMP e realizar acompanhamento psicológico; atuar nos acidentes de trabalho (comportamento de risco); lidar com pessoas em situação (de risco) de morte; integrar equipe de ergonomia; elaborar laudos e pareceres (indicar ou contraindicar o exercício laboral, total ou parcial, por fatores psíquicos); acompanhar trabalhadores com doenças osteomusculares; intervir nos casos de dependência química; atuar em conjunto com psiquiatra em casos de doenças; dar suporte às vítimas de violências no trabalho e em outros espaços sociais; e preparar para aposentadoria.*

As afirmativas prevalentes em nível tático foram: *atuar em políticas, ações e programas de saúde, segurança e qualidade de vida; analisar e intervir no clima organizacional; diagnosticar e intervir nos riscos psicossociais; acompanhar o modo de gestão e no enfrentamento das violências; fazer a gestão dos indicadores estatísticos e epidemiológicos do absenteísmo por doenças do Grupo F (CID-10); e propor políticas, identificar oportunidades de melhorias e atuar nos processos Gestão de Pessoas.*

E as respostas referentes ao nível estratégico são: *assessorar e dar suporte à alta gestão e demais gestores; criar e atuar em Ouvidoria, Comissão de Ética, Compliance e outros espaços de*

denúncias, garantindo o sigilo, reduzindo discriminações, o assédio moral e outras formas de violências no trabalho.

Segundo Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014 *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014), Zanelli (2002) e Spector (2012), a POT está atenta aos fenômenos advindos do mercado de trabalho. Além de manter e aprimorar suas práticas, o psicólogo vem agregando novas competências, realizando diagnósticos, não apenas em nível individual, mas intervenções no coletivo de trabalhadores. Além disso, a Psicologia do Trabalho contribui com estudos de subjetivação e trabalho. Em sua prática, inclui outros atores sociais, como a família, fornecedores, as instituições de ensino, a comunidade do entorno e outros que extrapolam os muros das organizações. Essas respostas, portanto, corroboram os estudos de Zanelli (2002) e Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014 *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014), que diferenciam as práticas emergentes e consolidadas em nível operacional, tático e estratégico, que agregam valor ao indivíduo, às equipes, à gestão e ao negócio.

Tais práticas são percebidas como diferencial competitivo. Definem o perfil de sustentabilidade organizacional, com possibilidade de retorno financeiro ao negócio. No caso específico, atendendo indicadores de Gestão de Pessoas, mediante redução de custos com absenteísmos, acidentes, com a rotatividade, treinamento, dentre outros.

CATEGORIZAÇÃO 03 – TMC DIAGNOSTICADOS PELO PSICÓLOGO

AFIRMATIVAS CATEGORIZADAS	FREQUÊNCIA
Stress (inclusive Síndrome de Burnout)	54
Depressão	42
Transtornos de ansiedade	26
Fobias	25
Assédio moral no trabalho	12
Dependência química e uso problemático de álcool e outras drogas	12
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	7
Transtornos de adaptação	7
LER/DORT e outras doenças osteomusculares	6
Transtornos de humor (afetivos) não especificado	5
Transtorno Bipolar	4
Transtornos mentais orgânicos (doenças neurológicas)	4
Suicídio no trabalho	1

Tabela 09: Afirmativas da Categorização 03 por ordem de frequência

Entre as afirmativas acerca dos TMC diagnosticados pelo psicólogo, são mais frequentes: *stress*, (inclusive Síndrome de *Burnout* (54); Depressão (42); Transtornos de ansiedade (26); Fobias (25); e Assédio moral no trabalho e dependência química ou uso problemático de álcool e outras drogas (ambos com 12 respostas). São condizentes aos estudos que apontam os diversos fatores que podem comprometer a saúde mental do trabalhador (Dejours, 1998/2003; Caldas, 2007/2008; e Dejours e Bègue, 2010).

Os resultados apontam que esse profissional está alinhado com os fenômenos organizacionais decorrentes do contexto de mudanças que é imposto pela globalização e pela economia neoliberal, contribuindo para o sofrimento e adoecimento psíquico do coletivo de trabalhadores, quando não conseguem se adaptar à cultura e ao clima organizacional. A precarização das condições mínimas e necessárias à realização das tarefas, a diversidade das relações socioprofissionais, o poder informal e/ou institucionalizado, os contratos de trabalho diferenciados numa mesma organização (terceirizado, por tempo determinado, por prestação de serviço, teletrabalho, jornada por turno de revezamento) e o modo de gestão inadequado, são fatores que podem repercutir em falhas ou fracassos das estratégias defensivas inconscientes e podem culminar em sofrimento, riscos psicossociais e agravos à saúde mental, em razão do agravamento de patologias preexistentes e até em situações de suicídio *no* e *do* trabalho (Zanelli et al, 2010; Dejours, 1998/2003; Caldas, 2007; Dejours e Bègue, 2010).

E, por outro, não restringe sua pesquisa de hipótese diagnóstica ao cenário laboral, mas considera outras fontes de vulnerabilidade à saúde mental, tais como: a dinâmica familiar, os conflitos na relação trabalho-família, dificuldades nas fases do ciclo vital, questões financeiras, aposentadoria, demissão, dentre outras.

As respostas mais frequentes na Categorização 03 corroboram os dados obtidos na Lista B Decreto n.º 3.048/99 e no AEAT/INSS (2010-2013). Em ambos, são descritos os TMC cujo nexo causal ou agentes etiológicos são relacionados ao trabalho, sinalizando essas enfermidades em terceiro lugar no *ranking* de benefícios pagos pelo INSS. Os TMC prevalentes, segundo essas duas fontes oficiais, são: por uso de álcool, por uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas, transtorno afetivo bipolar, episódios e transtornos depressivos, transtornos fóbicos-ansiosos, agorafobia, fobias sociais e específicas transtornos ansiosos, transtorno obsessivo-compulsivo, reações ao *stress* grave (inclusive *stress* pós-traumático) e transtornos de adaptação.

Para o diagnóstico dos TMC, o psicólogo utiliza a avaliação psicológica, que inclui em seu bojo técnico-científico a entrevista clínica e os testes psicológicos – instrumentos científicos de uso

exclusivo da psicologia, que permitem avaliar o contexto de trabalho e suas repercussões no adoecimento psíquico, justificando a inclusão desse profissional na equipe multidisciplinar do SESMT, nos programas PCMSO e PPRA.

Os testes considerados “favoráveis” estão disponíveis no *site* do CFP (2016). Alguns deles têm por objetivo diagnosticar sintomas e/ou TMC e apontar o nexo causal com o trabalho, como por exemplo: Inventário de Depressão de *Beck*, Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* no Trabalho, Escala Fatorial de Neuroticismo, Escalas de Depressão, Ansiedade, Desesperança e Ideação Suicida de *Beck*, Inventário dos Sintomas de *Stress de Lipp*. E, dentre os testes de Avaliação da Personalidade, destacam-se: Palográfico, Pirâmides Coloridas de *Pfister*, Psicodiagnóstico Miocinético, Teste de *Rorschach*, Teste de *Zulliger* e Inventário Fatorial de Personalidade.

É importante ressaltar que a contribuição do psicólogo não se restringe à testagem, mas em ouvir o inaudível, em se dispor incondicionalmente para acolher o trabalhador em sofrimento psíquico. Deve demonstrar competência profissional, despido de seus próprios preconceitos, apropriando-se dos conceitos e das potencialidades que esse outro tem de si mesmo e da situação de vulnerabilidade em que se encontra. Muito mais que testes, são os sentidos apurados de escuta clínica e da conduta ética frente ao outro. É dar suporte a pessoa adoecida para que esta possa resgatar sua dignidade como trabalhador produtivo, justificando sua remuneração com a contrapartida laboral criativa e produtiva.

Pode contribuir para a diminuição de subnotificações dos acidentes de trabalho por TMC ocupacionais, a maior entre todos os adoecimentos, segundo dados do INSS. Sua inclusão no SESMT justifica-se, como dito, entre outras razões, na fidedignidade do registro da CAT, de responsabilidade exclusiva do empregador, causa de prejuízos previdenciários dos trabalhadores.

Fazem menção ainda ao fenômeno do assédio moral que, embora banalizado e confundido com outras formas de violência, não pode ser colocado à margem, pois de fato existe no contexto de trabalho. Segundo Barreto (2003, p.109), trata-se de:

exposição de trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes durante o exercício de sua função, de forma repetitiva, o que caracteriza uma atitude desumana, violenta e antiética nas relações de trabalho.

Para Caldas (2007/2008), esse tipo de assédio está relacionado ao abuso de poder e ao que denomina de *poder do abuso*, ou seja, ao fascínio perverso que as consequências geram sobre as vítimas que sofrem com tais abusos e outras formas de violência no trabalho, tipificadas por Hirigoyan (2000) como gestão por injúria, assédio sexual e agressões pontuais. Para a autora, o assédio moral inicia-se com

a negação da existência do outro, ou seja, no momento em que se nega sua alteridade e adota-se um comportamento discriminatório frente à diversidade. Há uma tendência, nos grupos, de nivelar seus integrantes numa mesma identidade. O diferente é, portanto, alvo do desprezo principalmente nas empresas que não fazem respeitar os direitos mínimos do indivíduo (Caldas, 2007, p. 49).

Embora as informações categorizadas nesta pesquisa apontem que os participantes estão cômicos dos fenômenos de violência laboral, seu diagnóstico não é tão simples como o conceito parece indicar, pois envolve aspectos da subjetividade da vítima e do algoz, além do contexto de trabalho onde esses protagonistas estão inseridos. É primordial realizar um diagnóstico da cultura organizacional, das relações de poder que podem desencadear, manter ou mesmo legitimar as violências, banalizando o dano moral.

Além disso, o próprio Manual com as Diretrizes de Conduta Médico Pericial em Transtornos Mentais (Portaria n.º 20 INSS/DIRBEN/2006) reconhece que os peritos médicos do INSS demandam de instrumentos para lidar com aspectos da subjetividade relativas ao trabalho. Esse Manual, nas versões de 2007 e 2010, sinaliza a preocupação em reduzir o número de benefícios pagos, chamando a atenção do perito para simulação do trabalhador no exame psiquiátrico.

Fato é que essa preocupação com falsas alegações de TMC denota o reconhecimento tácito que o profissional de Medicina, principalmente quando não tem especialização em Psiquiatria, precisa ampliar sua “*expertise*” para esse diagnóstico. Desse modo, justifica-se a inclusão do psicólogo no SESMT, de modo a atuar na prevenção, recuperação e promoção de saúde mental do trabalhador, e neste caso, como perito em equipe multidisciplinar do INSS, contribuindo para o diagnóstico mais preciso do acidente de trabalho por TMC, evitando tanto o pagamento indevido do benefício quanto o prejuízo do trabalhador com não reconhecimento de seu adoecimento.

Diagnosticar os riscos de adoecimento psicossocial e o nexos causal do trabalho é a terceira categorização e reforça a contribuição dos psicólogos no SESMT e, inclusive, na perícia previdenciária. Segundo a OIT (1984) e Villalobos (2001), os fatores do contexto laboral podem causar impactos à saúde mental dos trabalhadores, considerando a relação entre subjetividade e trabalho. Para confirmar ou refutar esses impactos, justifica-se investigar e intervir nesse contexto e, para tanto, faz-se necessária uma formação continuada do psicólogo, para ampliar suas competências.

Segundo Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014 *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014), Zanelli (2002), Spector (2012) e Caldas (2007), a Psicologia contribui no diagnóstico dos fenômenos advindos do trabalho. E as respostas obtidas ratificam ao afirmar que o psicólogo, em suas ações, vem agregando novas estratégias de diagnóstico e de intervenções nos agravos psicossociais e no contexto laboral.

Além disso, os psicólogos atuam na cultura e no clima organizacional, no modo de gestão, nas relações socioprofissionais e em outros fatores desse contexto. Agregam valores ao atuar nas demandas pessoais e profissionais e nas condições de saúde do trabalhador, promovendo vínculos afetivos e subjetivos com o trabalho.

Outra sugestão recorrente dos participantes é *promover programas de qualidade de vida, ações de lazer, cultura, espaço lúdico e a socialização*. Segundo Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014 *in* Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014), trata-se de uma prática emergente entre as demandas de trabalho do psicólogo da POT. É essencial em razão da vulnerabilidade do trabalhador e de seu coletivo às mudanças na cultura organizacional e ao contexto mais amplo de trabalho, inclusive diante das formas de violência nas relações socioprofissionais, das incompatibilidades entre a dinâmica familiar e o trabalho, da instabilidade financeira e outros fenômenos.

Considerando tais práticas, Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (2014) sugerem: programas de ajustamento e bem-estar, de qualidade de vida e assistência psicossocial; assim como atividades com ênfase na segurança e na prevenção de acidentes, tendo em vista que essas ações são específicas da equipe do SESMT, conforme a NR n.º 04.

Portanto, a visão dos psicólogos participantes deste estudo é aderente às demandas por políticas, programas e ações de saúde e qualidade de vida. Desse modo, esta pesquisa identifica como oportunidade de melhoria a criação de um Programa amplo, “guarda-chuva”, que contemple ações na perspectiva do tripé da prevenção, da recuperação e da promoção de saúde. Além disso, ser mensurado por indicadores, ter um custeio próprio, com orçamento aderente ao planejamento estratégico do negócio, embasada no perfil epidemiológico dos trabalhadores, subsidiando os Exames Ocupacionais (NR-07), pelos atendimentos psicossociais e pelos registros da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e do absenteísmo-doença.

Nessa perspectiva estratégica, a promoção de saúde é um diferencial competitivo, com possibilidade real de retorno ao investimento, com aumento na produtividade e redução de custos com doenças e acidentes de trabalho.

É importante ressaltar que a CBO prevê o psicólogo do trabalho atuando nos níveis de prevenção, reabilitação e promoção de saúde e de segurança no trabalho. Devem fazer parte da equipe multidisciplinar do SESMT, inalterada desde 1978, incluindo outros profissionais de saúde (assistente social, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo), além de estatístico, economista, administrador, dentre outros.

As afirmativas prevalentes: *acompanhar trabalhador afastado, em readaptação ou retorno por doenças do Grupo F e realizar avaliação psicológica dos trabalhadores* refletem o acolhimento e a escuta do psicólogo, incluindo ações pontuais e o aconselhamento personalizado de cuidado à saúde mental e de avaliação psicológica, com importante papel na equipe do SESMT.

Segundo Bendassolli e Soboll (2011), o psicólogo precisa investir continuamente em pesquisas e em boas práticas, embasado nas abordagens da Clínicas do Trabalho, de modo a adquirir competências para analisar aspectos multifatoriais relacionados ao adoecimento psíquico de trabalhadores, intervir no contexto de trabalho e possibilitar mediações e propostas emancipatórias que minimizem impactos na saúde mental.

A afirmativa: *realizar a escuta clínica (individual ou dos grupos de trabalho)* reforça, especificamente, a pesquisa nacional sobre a formação do psicólogo no Brasil, realizada por Bastos, Guedes e colaboradores (2010). Ressalta o predomínio da atuação clínica que hoje se aproxima da prática em saúde, inclusive nas organizações, sobre o trabalho ou sua ausência. Não se trata de submeter os trabalhadores ao “divã” ou propor um “*setting terapêutico*” na empresa – distante disto! É dispor das principais ferramentas de trabalho do psicólogo: a escuta, o acolhimento, o suporte, a intervenção. Restringe-se a um atendimento breve com competência e, se necessário, transferir o trabalhador em vivência de sofrimento psíquico ao psicólogo e/ou ao psiquiatra assistente.

Por outro lado, Macêdo (2015) em pesquisa realizada com psicólogos clínicos, na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, aponta um dado que requer aprofundamento e cuidado do psicólogo da POT nesse encaminhamento. É preciso certificar-se que o colega assistente, distante da realidade organizacional, está suficientemente preparado para compreender e dar suporte ao trabalhador que traz no bojo de seu sofrimento psíquico a causalidade dos fenômenos laborais.

Portanto, não é suficiente identificar a demanda, oferecer um suporte pontual, breve e encaminhar o trabalhador aos profissionais de saúde assistentes. É preciso bem mais que isso! Inclusive ampliar o diálogo entre as duas áreas, convidar os colegas para estudos de casos, orientar sobre aspectos relacionados ao poder, as regras formais e de ofício, as relações socioprofissionais, o contexto mais amplo da cultura organizacional e os fenômenos organizacionais.

A “clínica do trabalho” agrega as respostas dos participantes: *assessorar e orientar líderes (coaching e mentoring) sobre modos de gestão violentos e realizar intervenções psicossociais, grupos focais, mediar conflitos e desenvolver equipes*.

Segundo Bendassolli e Soboll (2011), independente da abordagem epistemológica entre as Clínicas do Trabalho que o psicólogo identifique como mais apropriada a sua prática, é importante

definir um modelo de análise da saúde mental e trabalho que assegure diagnosticar e intervir no contexto laboral, mediar e adotar propostas emancipatórias que possam minimizar as patologias sociolaborais e a relação homem-trabalhador-trabalho, utilizando ferramentas da psicologia clínica no trabalho.

As ações relacionadas à saúde mental demandam práticas socioeducativas contínuas aos trabalhadores e gestores, ressaltando a autogestão da saúde. É papel das empresas disponibilizar meios de comunicação onde o trabalhador possa denunciar atos em desacordo com a ética e a governança corporativa (*Compliance*) que possam comprometer os investimentos organizacionais em seu capital humano.

Nessa direção e como já fora dito, é necessário rever as Normas Regulamentadoras, aprovadas pela Portaria n.º 3.214/1978, através da Lei 6.514/1977 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), do MTE. São inúmeras as justificativas que embasam essa proposta de mudança, principalmente: (1) Portaria n.º 35/2012 do Ministério da Saúde que regulamentou 14 profissões de saúde, dentre elas a psicologia; (2) Portaria n.º 20/2006 do INSS/DIRBEN que institui as duas versões (2007 e 2010) do Manual de Diretrizes de Conduta Médico Pericial em Transtornos Mentais do Ministério da Previdência Social, reconhecendo que os médicos peritos do INSS carecem de instrumentos para lidar com a subjetividade dos agravos à saúde; (3) que os TMC impactam em terceiro lugar no pagamento de benefícios pelo INSS, desde 2002; e (4) o investimento da psicologia com pesquisas sobre ações diagnósticas e interventivas em psicossociais no trabalho, os avanços éticos e de validação dos testes psicológicos que subsidiam o diagnóstico dos TMC e a avaliação da personalidade do trabalhador.

Faz-se necessário ressaltar que, embora as afirmativas dos participantes contemplem ações emergentes em Saúde Mental & Trabalho, restringem-se aos muros da organização. Parecem não identificar possibilidades de atuação numa perspectiva socio histórica, epistemológica e ontológica do comportamento humano no trabalho. Não há respostas que considerem outros atores sociais além do universo laboral, a expectativa ou a ausência de trabalho, como o desemprego ou a aposentadoria (Peiró e Tetrick (2011 *in* Zanelli, Bastos e Rodrigues, 2014; e Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014).

CATEGORIZAÇÃO 04 – RISCOS DE ADOECIMENTO PSICOSSOCIAL E O NEXO CAUSAL DO TRABALHO

AFIRMATIVAS CATEGORIZADAS	FREQUÊNCIA
Modo de gestão violento (assédio moral)	52
Pressão por Resultados (Cobranças excessivas, metas inexecutáveis)	25
Condições de trabalho desumanas e/ou precárias (sobrecarga, longas jornadas, trabalho monótono e repetitivo)	16
Falta de reconhecimento e valorização	10
Conflitos entre pares e nas equipes	8
Chefia despreparada (incoerência entre discurso e prática)	7
Dificuldade de adaptação no trabalho	7
Exposição constante a riscos	5
Falta de motivação, de satisfação e de comprometimento no trabalho	5
Falta de planejamento	2
Ser discriminado no trabalho	2
Clima organizacional ruim	1
Desvio de função	1
Trabalho sem sentido	1
Necessidade de transferência	1
Problemas éticos no trabalho	1
Problemas na gestão de empresas familiares	1
Falta de espaço para se expressar sem o risco de retaliações	1
Acidente e até mortes no trabalho	1
Falta de equidade	1

Tabela 10: Afirmativas da Categorização 04 por ordem de Frequência

Questionados sobre a causalidade de fatores do trabalho às doenças mentais dos trabalhadores, as respostas recorrentes foram agrupadas, conforme descrito na Tabela 09, são: *modo de gestão violento, pressão por metas e resultados, condições de trabalho desumanas e/ou precárias, falta de reconhecimento e de valorização, conflitos entre pares e nas equipes, despreparo gerencial e dificuldade de adaptação no trabalho.*

Os achados nesta pesquisa reforçam os fatores do contexto de trabalho que podem repercutir em sofrimento e até adoecimento psíquico. E, independente do contexto ser o mesmo para o coletivo de trabalhadores, os impactos divergem em razão de aspectos relacionados aos vínculos afetivos com o trabalho, à história de vida, à estrutura de personalidade e a outros aspectos subjetivos e repercussões na saúde mental.

Os diversos tipos de violência no trabalho advindos das relações socioprofissionais estabelecidas ou mesmo do modo de gestão instituído e praticado são fatores de adoecimento ocupacional demonstrado na Categorização 03. Trata da subjetividade no contexto de trabalho e da dificuldade em lidar com a alteridade, tornando pessoas vítimas ou algozes nas relações estabelecidas no ambiente laboral.

Requer, portanto, competência para compreender as características e as sutilezas do fenômeno da violência que não se explica de maneira objetiva quanto se deseja. É preciso atentar para aspectos mais subjetivos de cada envolvido.

Segundo Barreto (2002), Caldas (2007), Dejours (2003), não se pode dividir a organização em “mocinhos” e “bandidos”, “vítimas” e “algozes”. O contexto de trabalho favorece a assunção de determinados papéis, dependendo da relação de poder que se estabelece. Esse poder extrapola inclusive a estrutura formal, justificando o assédio moral vertical ascendente, ou seja, do subordinado para chefia, apesar de raro.

Embora considerado desvio de curva, é possível ainda identificar estruturas de personalidade perversas que agem pelo prazer que o *poder do abuso* é capaz de despertar. Não está relacionado diretamente ao contexto de trabalho, muito embora ele possa proteger ou estimular violências. São fatores subjetivos, pois o algoz não consegue agir de outro modo, seja porque perceba seu poder e sua imagem ameaçadas, seja reflexo do desejo de competência que almeja. (Caldas, 2007 e 2008). Essa estrutura de personalidade inserida no contexto de trabalho é descrita com riqueza de detalhe na obra de Silva (2008).

A afirmativa: *falta de reconhecimento e de valorização*, embora compreensível no senso comum, tem sido fonte de estudo por Dejours (1997), na Psicodinâmica do Trabalho, como um fator de mobilização subjetiva que, por ausência de retribuição simbólica por seu esforço, sua contribuição e seu engajamento, geram vivências de sofrimento e agravos à saúde mental do trabalhador.

Pressão por resultados (cobranças excessivas, metas inexecutáveis), conflitos entre pares e equipes, chefia despreparada (incoerência entre discurso e prática) ou dificuldade de adaptação no trabalho são afirmativas apontadas pelos participantes que retratam a realidade de categorias profissionais. A questão é: qual a perspectiva de mudança desse contexto? Certo é o fim do emprego, como constructo social em seu modelo concebido, e surgem novas formas de trabalho.

Neste cenário fica evidente a relação subjetividade e trabalho, quando num mesmo contexto e sob uma mesma realidade, uns adoecem e outros não. Esse dado reflete que é preciso investir ainda mais no processo seletivo, de modo que as pessoas consigam se adaptar de modo saudável em determinadas atividades laborais.

Malvezzi (2014 in Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (org.), 2014) refere ao trabalho como imprescindível no desenvolvimento econômico, nas relações sociais, no contexto laboral e na saúde do trabalhador. Assim como Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014) falam das mudanças advindas da

década de 1990: desemprego estrutural; fim do emprego e de garantias legais ao trabalhador; e precárias formas de vínculos.

Por outro lado, os trabalhadores precisam desenvolver competências para se adaptarem e enfrentarem questões da cultura organizacional e da precarização do trabalho, sem colocar em risco sua saúde. Para tanto, o psicólogo contribui nos processos de Gestão de Pessoas, desde a seleção e desenvolvimento, até o desligamento do trabalhador (Chiavenato, 2014; Zanelli, Borges-Andrade e Bastos, 2014; e Shein, 2009).

Entre esses polos – trabalhador e trabalho – o psicólogo também contribui para minimizar e intervir nos impactos dessa dualidade. De um lado, o foco é na produtividade, no lucro e na sustentabilidade do negócio. Do outro, torna-se imprescindível promover condições de trabalho dignas, baseadas no reconhecimento e na valorização das entregas, com investimentos na carreira, na saúde, na qualidade de vida e na segurança.

Segundo Rizvi (2002), o psicólogo deve atuar como consultor interno, orientando e aconselhando práticas e decisões éticas à alta gestão, de modo a garantir a produtividade e a capacidade de entrega dos trabalhadores sem que se tornem “recursos” ou sejam “coisificados”, num paradigma utilitarista. Ser um assessor permanente e contribuir à missão, às metas empresariais e à humanização do trabalho. Afinal, ninguém conscientiza ninguém; apenas fornece elementos para uma ação transformadora.

O psicólogo assessora os gestores por meio de ações socioeducativas e de sensibilização, visando uma gestão equilibrada entre pessoas, processos e custos. E por fim, cuida das demandas pessoais e subjetivas que podem interferir na produtividade, na gestão, na relação entre pares e no negócio (Caldas, 2007; e Rizvi, 2002).

CATEGORIZAÇÃO 05 – CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA À GESTÃO DO ABSENTEÍSMO

AFIRMATIVAS CATEGORIZADAS	FREQUÊNCIA
Acompanhar e/ou encaminhar trabalhadores com TMC para psicólogo e/ou psiquiatra assistente	28
Orientar o gestor sobre sinais de adoecimento e/ou recaídas de trabalhadores com TMC	12
Realizar diagnóstico das causas (análise epidemiológica do absenteísmo por doenças do Grupo F)	8
Atuar em equipe multidisciplinar com foco no absenteísmo-doença	7
Intervir nas áreas onde o absenteísmo por doenças do Grupo F é alto	7
Propor ações preventivas, socioeducativas e de promoção de saúde mental dos trabalhadores	5
Definir e monitorar no Planejamento Estratégico indicadores de absenteísmo por TMC	4
Orientar a família do trabalhador com TMC	3
Ter autonomia para afastar os trabalhadores em situações de vulnerabilidade e riscos psicossociais	1
Participar de estudos ergonômicos do contexto de trabalho com foco na saúde mental do trabalhador	1
Preparar para aposentadoria	1

Tabela 11: Afirmativas da Categorização 05 por ordem de Frequência

Os respondentes denotam uma preocupação em atuar mais fortemente no nível individual, visando dar suporte, acompanhar e encaminhar os trabalhadores adoecidos para profissionais de saúde assistentes. As afirmativas prevalentes acerca da gestão do absenteísmo por TMC estão em nível operacional: *acompanhar e/ou encaminhar trabalhadores com TMC para psicólogo e/ou psiquiatra assistente; orientar o gestor sobre sinais de adoecimento e/ou recaídas de trabalhadores com TMC; realizar diagnóstico das causas (análise epidemiológica do absenteísmo por TMC); e intervir nas áreas onde o absenteísmo por TMC é elevado.*

No entanto, essas práticas são tradicionais na primeira fase da POT, segundo Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014). A análise das afirmativas demonstra que poucos participantes estão atentos à prática interdisciplinar, atuando em níveis tático e estratégico e baseando suas intervenções em indicadores mensuráveis e alinhados ao negócio.

As afirmativas pouco significantes sobre a gestão do absenteísmo por TMC são: *propor ações preventivas, socioeducativas e de promoção de saúde mental dos trabalhadores; definir e monitorar o planejamento estratégico indicadores de absenteísmo do Grupo F; e ter autonomia para afastar os trabalhadores em situações de vulnerabilidade e riscos psicossociais.* Embora seja possível propor um rol de atividades para o psicólogo na gestão do absenteísmo por TMC em nível tático e estratégico, considerando principalmente o custo financeiro do absenteísmo para as organizações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da inquietação acerca da inércia crítica sobre as NR 04, 07 e 09, inalteradas há 40 anos, e a justificativa da inclusão do psicólogo na equipe do SESMT delineou-se o objetivo desta pesquisa. Reforça-se suas contribuições para diagnosticar riscos psicossociais e cuidar da saúde mental dos trabalhadores.

As respostas obtidas neste estudo refletiram a opinião da amostra dos psicólogos cadastrados no Sistema Conselho, em Pernambuco, reforçando a relevância desses profissionais na prevenção, na recuperação e na promoção da saúde mental, na segurança e na qualidade de vida do coletivo de trabalhadores.

Sob aspectos de ordem econômica, ressalta-se o custo vultoso com o absenteísmo por TMC, o risco de lides trabalhistas que resultem em indenizações por danos morais e materiais assumidos pelo empregador, assim como as despesas previdenciárias assumidas pela sociedade, são fatores que também justificam esta pesquisa.

Desde 1978, com a criação das NR, a equipe multidisciplinar mantém-se inalterada, composta por técnico e engenheiro de segurança, médico e profissionais de enfermagem. Mesmo diante de todo o avanço tecnológico, das mudanças advindas da globalização da economia, do novo cenário de trabalho, das alterações e das extinções de postos de serviços, inclusive do número crescente de trabalhadores acometidos por doenças mentais cujo nexo causal é o próprio sustento. Os dados do AEAT/INSS reforçam a demanda por mudanças urgentes, uma vez que os TMC ocupam o terceiro lugar no patamar de benefícios pagos pelo INSS.

Além disso, o grupo dos TMC apresenta o maior percentual de subnotificação, segundo os dados do INSS, chegando ao patamar de 71% de doenças ocupacionais não reconhecidas pelo empregador, que sonega o registro da CAT – documento que formaliza as doenças ocupacionais, retirando do trabalhador direitos trabalhistas já consolidados.

Outra justificativa importante demonstrada nesta pesquisa refere-se às competências técnicas e aos instrumentos utilizados na avaliação psicológica, de uso exclusivo do psicólogo, que permite o diagnóstico das doenças do Grupo F, inclusive podendo contribuir nas perícias previdenciárias.

A questão que norteou este estudo foi saber se os psicólogos identificam contribuições de sua prática profissional aos trabalhadores, às empresas e à sociedade ao integrar a equipe multidisciplinar do SESMT e se a inclusão configura mais um nicho de mercado. Para responder essa pergunta norteadora, traçou-se como objetivo geral justificar a inclusão do psicólogo no SESMT. E as afirmativas prevalentes dos participantes deste estudo foram: *diagnosticar e intervir no contexto laboral e nas doenças do Grupo F; promover a escuta clínica; contribuir para saúde mental do trabalhador; e contribuir com o médico do trabalho.*

O primeiro objetivo específico foi descrever as competências do psicólogo ao SESMT. Os resultados obtidos diferenciaram as competências em três níveis distintos: operacional, tático e estratégico.

As afirmativas prevalentes relacionadas ao nível operacional foram: realizar a escuta clínica e avaliação psicológica dos trabalhadores; propor ações de desenvolvimento de equipes; mediar conflitos; acompanhar o trabalhador afastado em processo de retorno ou de readaptação por TMC; atuar nos acidentes de trabalho; intervir nos casos de dependência química; atuar em conjunto com psiquiatra; dar suporte às vítimas de violências no trabalho e em outros espaços sociais.

As competências identificadas em nível tático, por ordem de prevalência, foram: *atuar em políticas, ações e programas de saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho; analisar e propor ações de melhoria no clima organizacional; diagnosticar e intervir nos riscos psicossociais no*

trabalho; fazer a gestão dos indicadores do absenteísmo por doenças do Grupo F (CID-10) e identificar oportunidades de melhorias.

E as afirmativas em nível estratégico foram: *assessorar e dar suporte à alta gestão e demais gestores; criar e atuar em Ouvidoria, Comissão de Ética, Compliance e outros espaços de denúncias, garantindo o sigilo, reduzindo discriminações, o assédio moral e outras formas de violências no trabalho.*

O segundo objetivo específico foi avaliar os TMC prevalentes em trabalhadores diagnosticados pelo psicólogo. *As respostas mais frequentes foram: stress, (inclusive Síndrome de Burnout; Depressão; Transtornos de ansiedade; Fobias; Assédio moral no trabalho; e uso problemático de álcool e outras drogas.*

Sobre riscos psicossociais, agravos à saúde mental e onexo causal do trabalho, as afirmativas mais frequentes e que respondem ao terceiro objetivo foram: *modo de gestão violento, pressão por metas e resultados, condições de trabalho desumanas e/ou precárias, falta de reconhecimento e de valorização, conflitos entre pares e nas equipes, despreparo gerencial e dificuldade de adaptação no trabalho.*

O quarto e último objetivo específico foi demonstrar as contribuições do psicólogo para a Gestão do Absenteísmo por TMC e as afirmativas prevalentes foram: *acompanhar e/ou encaminhar trabalhadores com TMC; orientar o gestor sobre sinais de adoecimento por TMC; realizar diagnóstico e intervir nas áreas com absenteísmo por TMC elevado. propor ações preventivas, socioeducativas e de promoção de saúde mental; definir e monitorar indicadores de absenteísmo; ter autonomia para afastar os trabalhadores em situações de vulnerabilidade e riscos psicossociais.*

Os resultados obtidos atenderam aos objetivos planejados, corroborados pelos relatos encontrados na revisão bibliográfica. A análise dos dados coletados permite concluir que o psicólogo na equipe multidisciplinar do SESMT é de suma importância, inclusive nas políticas de promoção de saúde mental no trabalho.

É possível ainda concluir que as contribuições do psicólogo podem agregadas às ações existentes, ajudando a minimizar o *gap* observado nas empresas para atender demandas de saúde mental. E a prática clínica dos psicoterapeutas urge em se apropriar do cenário do trabalho e da subjetividade na relação trabalhador-trabalho.

Ao trazer a discussão para a esfera econômica, as respostas são coerentes quanto ao retorno do investimento em pessoas para as empresas, demonstrando que o custo do absenteísmo, principalmente por doenças do Grupo F é imensurável e que o trabalhador mais saudável e

comprometido com a tarefa, no mínimo, não gera ônus excedentes, pode ser mais produtivo, gerar lucro e contribuir para a sustentabilidade do negócio.

Por outro lado, considerando o total de respondentes em relação ao número de psicólogos que tiveram acesso ao instrumento *online* disponibilizado pelo CRP/02, instiga-se a seguinte reflexão: a própria categoria profissional necessita fomentar essa discussão, que se ampara num viés fortemente político. Esse foi um aspecto limitador importante deste estudo.

O fato é que o tema desta pesquisa não vem sendo discutido pela categoria, que poderia efetivamente contribuir para a relação trabalho *versus* saúde mental. Afinal, o psicólogo traz no bojo de suas competências uma escuta clínica e ética que não admite perder de vista o sujeito e o coletivo de trabalhadores, além de outras contribuições com ênfase na prevenção, na recuperação e na promoção da saúde mental no trabalho.

Também se faz necessário o CFP retomar a discussão e avançar com análise mais crítica sobre a inclusão do psicólogo no SESMT. Essa tese, proposta no IV Congresso Nacional da Psicologia, mantém-se arquivada desde 2001. É certo que os impedimentos são muitos e um ônus a mais aos empresários. Contudo, a avaliação dos fatos identificados e argumentados neste artigo devem ser aprofundados em outros fóruns.

Entre as possibilidades de avanço, sugere-se que o próprio CFP fomente novas pesquisas de modo a avançar na esfera política, visando a novas possibilidades de inserção do psicólogo no mercado de trabalho e promover retornos técnicos e científicos que poderão gerar benefícios a sociedade em geral.

Uma outra oportunidade de pesquisa que se vislumbra é com os médicos peritos do INSS, ouvindo dos profissionais suas dificuldades, limitações e prováveis contribuições do psicólogo como perito no INSS, uma vez que as Diretrizes de Conduta Médico Pericial em TMC não respondem em plenitude aos aspectos de subjetividade contido nas interrelações trabalhador-trabalho-saúde mental.

Sugere-se ainda novos estudos em políticas públicas de saúde do trabalhador sobre a autonomia de gestão da equipe do SESMT, de modo a resguardar direitos trabalhistas e previdenciários do empregado. Inclusive, refletir sobre a possibilidade de retirar o Serviço das organizações, devendo aos empregadores sua manutenção econômica como uma equipe prestadora de serviço autônoma.

Por fim, conclui-se com a mesma inquietação que iniciou esta pesquisa. Afinal, quem há de responder ou refutar com precisão cartesiana ao questionamento de Codo: *o trabalho enlouquece?*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizo a tese refletindo: a quem de fato se destina minha pesquisa? Quem poderá se beneficiar de tantos anos de pesquisa? Qual o retorno efetivo para cada participante? Como a *Energix* vai se apropriar desse conteúdo, de tal forma que possa melhorar a gestão do absenteísmo por TMC, reduzindo custos e aprimorando políticas, programas e ações de promoção de saúde? Como eu, mãe do rebento, irei, finalmente, usufruir tanto esforço, tanto estudo, tanta abdicção? Qual a contribuição de minha tese e como poderei retribuir a dedicação e o zelo de Dr. Marcus Tulio Caldas, nessa construção?

Esses questionamentos ficarão sem respostas e a eles irei me dedicar em um outro momento. Embora não esteja plenamente satisfeita com os resultados, é forte o sentimento de vitória e de dever cumprido. Basta voltar ao passado e lembrar de minha caminhada. Como costumo dizer: sou a melhor mãe que me é possível ser. Com este projeto não foi diferente. Foram inúmeros os desafios, as incertezas, as dificuldades. Em um dado momento, foi-me impossível conciliar o cuidado com meu pai, o trabalho, minha saúde e outros papéis significativos. Precisei me afastar, o retorno me mostrou o quanto distante fiquei e quanto esforço seriam necessários à retomada. Contudo, movida por desafios, decidi concluir, mesmo que distante do ideal de uma tese de doutorado que planejei ao retornar às aulas. O melhor há de vir; seja em um pós-doutorado, seja na transformação da tese em um livro. Acredito que esse material poderá agregar valor, e embasada nessa crença, não me despeço integralmente dos achados e da incompletude das considerações obtidas.

CONCLUSÃO

O Objetivo Geral proposto nesta pesquisa foi descrever o modelo de diagnóstico e de intervenção psicossocial sistêmico, e demonstrar os resultados exitosos na *Energix*. As respostas foram elucidadas nos Objetivos Específicos, apontados em 06 artigos. Alguns dos desafios foram transpostos, embora com restrições; outros não foram atendidos e essas limitações são apontadas adiante. Em contrapartida, identifica-se oportunidade de novas pesquisas, propostas de melhoria na gestão do absenteísmo por TMC e contribuições desse modelo interventivo. Esses achados poderão ser implantados em empresas de outro segmento socioeconômico.

O primeiro objetivo, *propor parâmetros de diagnóstico de riscos psicossociais do contexto de trabalho e de intervenção psicossocial sistêmico que subsidia a gestão do absenteísmo e de outros indicadores de Gestão de Pessoas*, foi discutido no Artigo 01 e os resultados obtidos demonstram que esse modelo interventivo atende ao propósito de um espaço de fala ao coletivo de trabalhadores. Os participantes relatam fatores do trabalho que geram vivências de sofrimento psíquico e que impactam no indicador de absenteísmo-doença, principalmente advindos das relações socioprofissionais, da baixa significância das atividades que realizam e da ausência de reconhecimento e de valorização. Por outro lado, a oportunidade de refletir e a liberdade de expressão sobre seu ofício podem promover um trabalho digno, saudável e produtivo, capaz de gerar lucro e contribuir à sustentabilidade do negócio.

O segundo objetivo, *analisar artigos científicos sobre repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores e no contexto laboral*, demonstra os achados obtidos na revisão da literatura e apontam a Enfermagem como a profissão com maior número de pesquisas. Além dessa categoria, também são identificados estudos sobre o absenteísmo por TMC com servidor público, policial, docente, motorista e bancário, dentre outros. As violências e a precarização das condições de trabalho respondem pelo nexo causal do trabalho. As patologias prevalentes do absenteísmo que geram agravos à saúde mental dos trabalhadores são: depressão, ansiedade e o uso abusivo de substâncias psicoativas. As repercussões às organizações mais citadas na revisão da literatura são da ordem econômica e financeira e o ônus aos cofres públicos com a concessão de benefícios pela Previdência Social, à sociedade.

O terceiro objetivo: *compreender os riscos psicossociais e os agravos à saúde mental do trabalhador e o nexo causal do trabalho realizado*, utiliza a triangulação de métodos. As respostas quantitativas são embasadas nos dados sociodemográficos e sinalizam que esses agravos são mais frequentes em mulheres, na faixa etária entre 51 a 60 anos, casado/união estável. Também é maior o adoecimento psíquico em trabalhadores com escolaridade em nível de graduação e pós-graduação, que ocupam

cargo de médio suporte, entre 10 e 19 anos de serviço. São patologias prevalentes no estudo quantitativo: transtorno neurótico (*stress*, ansiedade e de adaptação), de humor (depressão) e o uso problemático de álcool.

Ainda no terceiro objetivo, as respostas de natureza qualitativa apontam que o sentido do trabalho na amostra participante é deveras negativo. Além do sentido e significados que atribuem ao ofício, a subjetividade de cada trabalhador, a organização do trabalho e o modo de gestão geram riscos psicossociais e são fatores críticos de adoecimento. Nas entrevistas, relatam os seguintes sintomas psíquicos: ansiedade, emotividade, angústia, diminuição da libido; e físicos: insônia, dor de estômago, hipertensão, bruxismo. Outro achado do terceiro objetivo é obtido dos gerentes que participaram dos grupos focais. As Respostas não são uníssonas e apontam questões de subcultura organizacional. Uns reconhecem onexo causal do trabalho, inclusive do modo de gestão; outros, atribuem ao trabalhador a causalidade de seu adoecimento.

Identificar repercussões do absentismo por TMC nos trabalhadores adoecidos, no contexto laboral e impactos financeiros na Energix é o quarto objetivo deste estudo e, semelhante ao objetivo específico anterior, utiliza-se a triangulação de métodos. São impactos nos trabalhadores, na ótica dos participantes: colegas e gestores descredenciam os sintomas de doenças psíquicas, estigmatizam, discriminam e prejudicam a imagem profissional e a carreira do trabalhador enfermo; prejuízos financeiros diretos (redução de salário de trabalhadores aposentados pelo INSS, medicamentos, assistência psiquiátrica e psicológica); perda de uma chance de promoção ou oportunidade de carreira, mesmo atendendo aos critérios formais da avaliação de desempenho; repercussões em sua dinâmica familiar (escondem o sofrimento ou se isolam da família, reproduzem os danos do trabalho em forma de violência doméstica, reduz a renda familiar); e tende a intensificar os sintomas psicossomáticos, inclusive com ideação e até tentativa de suicídio. Dentre os impactos na organização do trabalho, os participantes sinalizam: redistribuição de atividades, prejuízo na produtividade, comprometimento das metas setoriais; no relacionamento entre pares (queixas e conflitos, novos absentismos, aumento de horas extraordinárias, desvios de conduta); na gestão de pessoas (suporte gerencial aos trabalhadores com absentismo e aos assíduos; a autonomia gerencial no uso das políticas de Gestão de Pessoas pode prejudicar os trabalhadores com absentismo). E ainda respondendo ao quarto objetivo, a repercussão financeira na *Energix* são prejuízos baseados na remuneração/dia dos trabalhadores com absentismo por TMC, entre 2010 e 2013, num montante de R\$ 2.994.286,42.

O TMC ocupa, em média, o sexto lugar no *ranking* dos 10 Grupos (CID-10) prevalentes no indicador do absentismo-doença na *Energix*, no período de 2010 a 2013. Os três primeiros Grupos (M, K e J), respectivamente, não diferem da ordem de doenças ocupacionais apontadas no AEAT (INSS, 2014). Nos dados previdenciário, o Grupo F, em terceiro lugar, compromete 0,02% do total de benefícios pagos e, na Empresa pesquisada, esse mesmo Grupo (CID-10), chega ao percentual de 5,5% do indicador, ou seja, excede cinco vezes mais em relação ao parâmetro adotado. Esse resultado demanda um estudo qualitativo aprofundamento, visando a identificar fatores do trabalho que possam

ser causa desse adoecimento e, ao mesmo tempo, possibilitar melhorias com ênfase na redução desse impacto. Semelhante aos dados do INSS, os TMC que mais comprometeram esse indicador são: transtornos de humor (depressão), transtornos de ansiedade, transtornos neuróticos relacionados ao *stress*, somatoformes e de adaptação, além do uso de substâncias psicoativas. Esses foram os resultados mais significativos do quinto objetivo específico desta pesquisa: *analisar os dados estatísticos estratificados do absenteísmo por TCM, entre 2010 e 2013, correlacionando-os com o AEAT-INSS (2015)*.

O sexto e último objetivo foi *justificar à inclusão do psicólogo no SESMT*. Os resultados apontam que as competências do psicólogo, descritas na CBO (MTE, 2014) contribuem, dentre as demandas previstas na NR-4, à gestão do absenteísmo por TMC. Além disso, a avaliação psicológica e a escuta clínica do psicólogo no trabalho podem subsidiar o diagnóstico de riscos psicossociais e dos agravos à saúde mental, assim como a realização de intervenções, como o modelo sistêmico, proposto nesta tese de doutoramento.

A partir dos resultados obtidos nos objetivos específicos, finaliza-se com algumas conclusões apresentadas adiante, assim como as limitações enfrentadas neste caminho, as oportunidades de melhorias identificadas e reflexões que podem ser aprofundadas em novas pesquisas.

POR UM FIO DE ESPERANÇA: A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES

Sim, o trabalho é fonte de saúde! Tanto quanto pode-se afirmar que o trabalho é um dos constructos sociais mais relevantes para promover saúde mental. O sentido ou significado do trabalho, quando positivo e agregador, assegura muito mais que o sustento do trabalhador e de sua família; é fonte de reconhecimento, de valorização e, principalmente, de identidade.

É preciso ultrapassar os questionamentos sobre o nexo de causalidade do labor sobre os agravos à saúde do trabalhador que vem sendo demonstrado desde 1700, por Ramazzini. O nexo está posto. Investir na prevenção e na promoção de saúde, segurança e qualidade de vida, garantindo um ambiente de trabalho rentável e produtivo são palavras de ordem. Os custos diretos demonstrados sobre o absenteísmo-doença e outros vultos onerosos indiretos, invisíveis e não mensuráveis, justificam a administração desse e demais indicadores de Gestão de Pessoas que, associados, garantem a sustentabilidade organizacional.

Hoje, ao inverter legalmente o ônus da prova na direção do empregador, a gestão do absenteísmo tornou-se o *fio de esperança* para que trabalhadores tenham, no trabalho, a fonte de sustento e não de enfermidade. Recai às organizações a preocupação em prevenir, diagnosticar e intervir nos riscos psicossociais de forma sistêmica, inclusive considerando um cenário político, social e econômico mais amplo, no qual estão também inseridas.

Pesquisas sobre o absenteísmo-doença, em diversas categorias profissionais, permitem conhecer realidades e especificidades de cada atividade econômica e vulnerabilidades de agravos à saúde do trabalhador. Um outro *fio de esperança* é a possibilidade de estudos emergentes sobre diversas vertentes da temática. Esta, investigou onexo causal entre os TMC prevalentes e o trabalho no setor elétrico energético brasileiro e propôs um modelo de intervenção psicossocial sistêmico, visando a minimizar impactos no trabalhador e nas organizações. Há, portanto, espaço para inúmeras outras investigações, uma vez que ilimitados estudos não esgotam a possibilidade de melhoria contínua na gestão desse indicador.

Outro *fio de esperança* é o estudo epidemiológico sistemático do absenteísmo-doença nas organizações. São os dados brutos e estatísticos obtidos, demonstrado nesta pesquisa, que poderão fornecer subsídios à realização de ações, projetos e programas de saúde, segurança e qualidade de vida, além de políticas que minimizem a precarização do ambiente de trabalho. Como a *Energix*, que abriu suas portas, forneceu dados do absenteísmo-doença e sensibilizou seu público interno para participar da etapa qualitativa, outras empresas poderão patrocinar outras pesquisas.

Desse modo, há um *fio de esperança* à classe trabalhadora, por meio de incentivos a leis trabalhistas e previdenciárias que garantam uma relação empregado-empregador adequada e produtiva. E, por meio do fundamento legislativo, caminha-se na direção de garantias de saúde mental ao trabalhador e da crença de que é possível humanizar o contexto de trabalho!

GESTÃO EPIDEMIOLÓGICA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL

A pesquisa documental da *Energix* fornece informações acerca dos TMC prevalente, a análise das variáveis de gênero, faixa etária, escolaridade, cargo/função, tempo de serviço prestado e a identificação das áreas ou setores com maior predominância. Esses dados epidemiológicos estratificados subsidiam a medição do custo financeiro do absenteísmo por TMC, considerando como parâmetro o total de dias perdidos em relação à remuneração/dia específica de cada trabalhador ausente por TMC, de 2010 a 2013.

O parâmetro de cálculo adotado nesta pesquisa está distante de demonstrar o impacto econômico e de suportar o ônus financeiro desse indicador. No entanto, em que pese a limitação metodológica, o resultado do custo do absenteísmo por TMC denota o dispêndio a cada ano, respectivamente, no valor de R\$ 591.310,38, R\$ 539.369,54, R\$ 719.600,53, R\$ 1.144.005,97, somando o montante de R\$ 2.994.286,42, no período pesquisado.

O custo evidenciado na pesquisa documental sinaliza possibilidades de investimento na gestão do absenteísmo-doença e poderá minimizar repercussões negativas, tanto à Empresa quanto aos trabalhadores, assíduos ou não. Com foco na redução de impactos financeiros, pode-se identificar riscos psicossociais, investir com baixo custo e propor melhorias ao negócio e à saúde do trabalhador.

Desse modo, ações socioeducativa e programas perenes de prevenção, recuperação e promoção de saúde mental devem ser embasados nesses indicadores. Sugere-se investir também em políticas que suscitem condutas éticas, relações socioprofissionais e modo de gestão adequados, bem como na sustentabilidade organizacional.

Os transtornos de humor (depressão), transtornos neuróticos, relacionados ao stress, somatoformes (ansiedade e transtornos de adaptação) e por uso de substâncias psicoativas (álcool) são prevalentes na *Energix* e convergem à realidade da classe trabalhadora brasileira, conforme dados dos benefícios previdenciários pagos pelo INSS. Em contrapartida, o estigma e a discriminação que atinge o trabalhador com diagnóstico de TMC permanece inalterado, seja na *Energix*, apesar das ações educativas, seja nos diversos contexto sociais e do trabalho, em segmentos diversos.

A *Energix* é *benchmarking* na temática. Suas políticas, ações e programas excedem as determinações legais contidas nas NR 04, 07 e 10. A avaliação contínua desse indicador pode ser reproduzida por empresas de outros segmentos econômicos, além do setor elétrico energético. As boas práticas adotadas podem ser aprimoradas por meio de políticas de gestão e modelos de cálculos mais fidedignos do custo financeiro do absenteísmo-doenças.

NEXO CAUSAL ENTRE TRABALHO E REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Identificar riscos psicossociais organizacionais é o início para a redução de suas repercussões. Os agravos à saúde mental do trabalho, ao emergir, possibilita rever a relação de causalidade e realizar ações de redução de danos. Esses resultados sugerem investigar os impactos negativos e, numa análise mais realista de custo-benefício, investir em políticas de saúde, segurança e qualidade de vida. É possível, embora sem garantias, minimizar danos ao coletivo de trabalhadores e à própria cultura organizacional mediante normas éticas, transparentes e meritórias, legitimadas pelo público interno, reduzindo o nexo causal entre a obra e o obreiro.

O adoecimento psíquico é multifatorial e muitas vezes inevitável. Cuidar do contexto de trabalho é uma tentativa de reduzir seus agravos, jamais a garantia de promoção de saúde mental, pois é preciso considerar aspectos da subjetividade de trabalhadores vulneráveis à ‘fonte de seu sustento’.

Os resultados obtidos por meio da triangulação de métodos ratificam que promover a fala no ambiente de trabalho favorece a identificação de sintomatologias psicossomáticas em trabalhadores vulneráveis a fatores extra laborais. E, ao apropriar-se dessas informações, a equipe multidisciplinar de saúde pode prevenir e intervir a partir dos dados coletados, inclusive orientando o corpo gerencial na gestão de suas equipes.

Dentre as práticas de investimento em saúde psíquica ocupacional, a *Energix* mantém em sua equipe de saúde ao menos um psicólogo em cada Filial. Dentre os programas que atuam os profissionais de Psicologia, destaca-se o monitoramento da saúde biopsicossocial dos empregados em áreas de riscos, o atendimento psicossocial aos trabalhadores e seus familiares na Empresa e por meio de *Call Center 24h*, programas de prevenção ao consumo prejudicial do álcool e de outras drogas. Além desses programas, a *Energix* oferece acolhimento psicossocial e práticas de enfrentamento a denúncias de assédio moral e a outras violências no trabalho.

Ressalta-se o modelo de diagnóstico e de intervenção psicossocial sistêmico adotado na *Energix*. Os resultados exitosos, desde 2007, legitimam esse protocolo. Além da mensuração do indicador, essa ação vem sendo apresentada em eventos sobre a temática e recebeu prêmios, em nível nacional e até internacional, justificando o ineditismo desta pesquisa de doutoramento.

Desse modo, o nexos causal entre o contexto de trabalho e o reconhecimento profissional fica evidente em falas como esta: “*sou parte da Energix... sou **Energixano***”. É o sentimento de pertencimento que gera realização, comprometimento e favorece o investimento do trabalhador em seu ofício. Inclusive, diante de fatores extra laborais que provoca o adoecimento psíquico, o trabalho pode ser o resgate da dignidade e da saúde.

REPERCUSSÕES DA ASSIDUIDADE NAS ORGANIZAÇÕES

Embora este estudo tenha evidenciado as repercussões negativas do absenteísmo por TMC, tanto na *Energix* quanto nos trabalhadores com afastamento, os relatos apontam, por outro lado, impactos positivos quando pares e gestores são acolhedores e estão sensíveis aos agravos à saúde mental. A solidariedade na ambiência laboral estimula, segundo a fala dos participantes, o retorno precoce ao trabalho; percebem no labor um espaço de recuperação e de promoção de saúde mental.

Segundo relato dos entrevistados, há gestores na *Energix* que acompanham de perto o trabalhador em condições de vulnerabilidade, sua condição de saúde, a evolução do tratamento; faz visita domiciliar ou hospitalar e até dão suporte à dinâmica familiar. Quando do retorno ao trabalho,

o gestor dá o exemplo, acolhe e orienta a equipe, adapta o plano de trabalho e acompanha a reintegração desse subordinado com agravos em sua saúde mental.

UM MODELO EXITOSO DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

O indicador utilizado nesta pesquisa foi o absenteísmo-doença. Poderia ter sido de *turnover*, de segurança no trabalho, de medidas disciplinares ou relacionado ao clima organizacional, às queixas na Ouvidoria ou na Comissão de Ética, comportamentos de riscos, conflitos geracionais, queixas de violências no trabalho, a exemplo de assédios moral ou sexual, dentre tantos outros.

Realizar o diagnóstico organizacional, considerando os processos de Gestão de Pessoas e dos resultados obtidos e estratégias de intervenção psicossocial denota uma resposta à gestão do absenteísmo por TMC ou por qualquer Grupo do CID-10. O modelo proposto não atende a nenhum protocolo de intervenção descrito nas metodologias das *Clinicas do Trabalho*, quais sejam: Psicossociologia do Trabalho, Ergologia, Psicodinâmica do Trabalho e a Clínica da Atividade. Aproxima-se da abordagem da Psicossociologia do Trabalho na perspectiva de Enriquez, Carretero e Amado. O conceito proposto pela Psicodinâmica do Trabalho embasa a compressão do contexto de trabalho. Um dos instrumentos de coleta de dados é o ITRA, cuja estruturação é didática, de fácil compreensão das dimensões da ambiência laboral: as condições e a organização do trabalho, as relações socioprofissionais e o modo de gestão. Por meio dessa diferenciação, os trabalhadores participantes, independente de condição socioeconômica ou de escolaridade, demonstram clareza para compreender os fatores que podem configurar o nexo de causalidade do adoecimento psíquico.

A partir dos indicadores estabelecidos para avaliar a intervenção psicossocial sistêmica, os resultados apontam uma redução de 39,4% do total de absenteísmo por TMC e, 87% de ocorrências de acidentes de trabalho. Outro achado, também relevante, é que 100% dos participantes no estudo piloto passaram a realizar os Exames Médicos Periódicos quando, até o ano anterior, não atingiu 40%. Este dado, conforme análise documental, manteve-se até 2015, conforme informações da *Energix*, sinalizando a importância de promover ações com ênfase na autogestão da saúde.

Outra relevância desse modelo é o envolvimento de outros profissionais de saúde, principalmente o médico e a assistente social, atendendo demandas profissionais e pessoais, envolvendo familiares, inclusive recomendando-os submeter-se à tratamento psicoterápico, psiquiátrico e internamento em razão de dependência química.

Após a intervenção psicossocial, o grupo piloto passa a utilizar o serviço de psicologia da *Energix* com maior frequência, inclusive por questões que excedem o contexto laboral. São tratados

problemas do contexto de trabalho que podem eclodir, restando ao trabalhador demandante a compreensão de fatores da ordem pessoal que podem repercutir no trabalho e o inverso.

Portanto, conclui-se que o profissional de Psicologia, além de contribuir à equipe multidisciplinar do SESMT, no que se refere às questões de ordem psíquica, pode ser facilitador de processos de intervenção que promova um ambiente de trabalho mais saudável.

POR UM SESMT INTERDISCIPLINAR – CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA

Todo o caminho percorrido nesta pesquisa sinaliza que os agravos à saúde psíquica vêm tomando dimensões imensuráveis, repercutindo de forma sistêmica no coletivo de trabalhadores, assíduos ou adoecidos, na organização do trabalho e no próprio negócio. Segundo dados do AEAT/INSS, os TMC é o terceiro Grupo do CID-10 que mais afasta trabalhadores da vida laboral, no período pesquisado. O binômio Saúde Mental *versus* Trabalho vem se agravando, haja vista os números de suicídios que ocorrem *no* e *do* trabalho, embora a maioria seja subnotificada.

Estudos apresentados pelo INSS, Ministérios do Trabalho e Emprego e da Saúde, órgãos de suporte à saúde ao trabalhador, a Organização Mundial de Saúde, a Organização das Nações Unidas, a Organização Internacional do Trabalho, dentre outras instituições nacionais e internacionais, vêm apontando os agravos à saúde em razão da depressão, ansiedade, síndrome de pânico, o *stress* no trabalho ou Síndrome de *Burnout*, uso problemático de substâncias psicoativas e o suicídio.

Além disso, é crescente, segundo dados do Tribunal Superior do Trabalho, o número de lides trabalhistas motivadas por danos morais em razão de violência laboral, destacando as categorias de bancários, operadores de *call center*, profissionais de saúde, dentre outros. Por outro lado, apesar da realidade de trabalho advinda do modelo neoliberal e globalizado, as Normas Regulamentadoras permanecem inalteradas, desde 1977. Mesmo com o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário e a Lista B do Decreto n.º 3.048/99, que reconhece o nexo de causalidade entre os TMC e o contexto trabalho, as mudanças legais trabalhistas e previdenciárias parecem distantes dessa legitimação dos agravos à saúde psíquica ocupacionais, atuando apenas na reparação moral e pecuniária que, na maioria das vezes, revela-se tardia.

Ao divulgar as “Diretrizes de Conduta Médico-Pericial em Transtornos Mentais”, o INSS suscita, no mínimo, o questionamento acerca da competência técnica dos médicos peritos do Ministério da Previdência Social no diagnóstico dos TMC, principalmente porque eles não demandam, para o exercício do serviço público, uma especialização em Psiquiatria.

O número de benefícios pagos e de subnotificações no Grupo F (CID-10), conforme registros no AEAT/INSS é outro argumento que justifica uma atuação multidisciplinar sobre o absenteísmo por TMC nas empresas, independente de porte e segmento econômico. Dentre as boas práticas observadas na *Energix*, a equipe de saúde é multidisciplinar, formada por profissionais de Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia, demonstrando que o modelo do SESMT não dá conta do cenário de produção denominado Revolução 4.0 e que essa configuração na *Energix* traz

retorno financeiro. Sugere-se inclusive, uma alteração na denominação do Serviço proposto na NR-04 para Serviço Multidisciplinar de Saúde e Segurança no Trabalho.

A atuação de múltiplos profissionais de saúde também permite uma gestão mais eficaz do absenteísmo-doença e, no caso específico desta pesquisa, a participação do psicólogo na prevenção, recuperação e promoção de saúde mental no trabalho, em razão da subjetividade dos TMC. A avaliação psicológica, com aporte dos instrumentos de testagem de uso exclusivo dos psicólogos, contribui ao diagnóstico dessas enfermidades, assim como ao encaminhamento de trabalhadores para tratamento psiquiátrico, quando demanda de suporte medicamentoso.

Além do diagnóstico dos TMC, o profissional de Psicologia, pode atuar na análise de riscos psicossociais, facilitando ações socioeducativas, de mediação de conflitos e outras práticas que promovam um ambiente de trabalho mais saudável, a exemplo do modelo de intervenção psicossocial sistêmico, adotado desde 2007, com resultados exitosos na gestão do absenteísmo-doença.

As competências do psicólogo da saúde e do trabalho, descritas na CBO/MTE, extrapolam, inclusive, os muros das organizações, contribuindo na vertente da Psicologia Jurídica com ênfase no Direito do Trabalho, em perícias nas lides trabalhistas, quando envolvem quesitos de TMC. Embora não haja o reconhecimento legal, o psicólogo pode atuar como perito do INSS.

Contudo, demanda uma discussão na seara da Categoria, com aporte do Conselho Federal e Regionais, refletindo sobre essas práticas emergentes na equipe de saúde nas organizações e como *expert* na Justiça do Trabalho e no INSS. O total de respondentes do questionário não contempla uma amostra significativa dos psicólogos cadastrados na Regional de Pernambuco. E, apesar da livre participação e resguardada a identidade dos respondentes, o resultado demonstra a falta de compromisso da maioria com essas novas práticas.

Ao eximir-se de participar de pesquisas específicas sobre sua atuação, ratifica o quanto ainda se está distante da possibilidade de ampliar e legitimar competências profissionais, inclusive em equipe multidisciplinar, em diversos segmentos da saúde, do trabalho e da área jurídica. São habilidades como de escuta ou de ouvir o inaudível ou do não dito, e por não perder de vista a singularidade do sujeito, podem contribuir para a saúde mental.

Permanece, no entanto, a questão inquietante e que precisa ser respondida para além da perspectiva cartesiana de indicadores mensuráveis: *o trabalho enlouquece?*

CONCLUINDO, ENTÃO...

As respostas ao objetivo de realizar diagnósticos e demonstrar o modelo de intervenção psicossocial sistêmico revelam que o protocolo utilizado na *Energix* é inovador, uma vez que contempla seu stakeholders, e demonstra resultados exitosos, embasados em indicadores mensuráveis, demonstrados com a redução de dias perdidos por TMC, de acidentes de trabalho e a realização integral dos exames médicos periódicos.

Com a finalidade de atender ao objetivo geral, esta pesquisa define objetivos específicos e considera métodos e técnicas qualitativas. Para tanto, a amostra, cientificamente significativa, é composta por 108 participantes dos 184 trabalhadores com ao menos um (01) dia de absenteísmo por TMC, no período de 2010 a 2013, correspondendo à 58,7% da população. Também contribuiu para este estudo 109 gestores voluntários, representantes de diversos níveis hierárquicos, participantes dos grupos focais.

A pesquisa aponta algumas limitações. Uma delas refere à escassez de estudos que sinalize uma proposta significativa à gestão do absenteísmo-doenças e, ainda mais significativo, a carência de estudos sobre os afastamentos laborais por TMC. Outra limitação é a definição de um método que aponte custo mais fidedigno do absenteísmo, expectativa definida no projeto da tese, frustrada. Essas inquietações não contempladas nesta pesquisa podem motivar outros estudos, inclusive por categoria profissional específica, não restrita ao setor econômico da *Energix*.

A amostra, definida por intencionalidade (trabalhadores com registro de absenteísmo por TMC no período delimitado) e o procedimento para convidar os participantes denota outra limitação enfrentada no caminho metodológico. A utilização do e-mail e do contato telefônico é um aspecto dificultador à adesão, tendo em vista, provavelmente, o aspecto subjetivo do tema. Sugere-se uma sensibilização prévia para todos os trabalhadores, inclusive aqueles que não são sujeitos do estudo.

Ressalta-se que o diagnóstico dos riscos psicossociais e a realização do modelo de intervenção proposto não se esgota em um único estudo, tamanha as limitações e desafios a serem transpostos. Muitas das variáveis que impactam na saúde mental do trabalhador não foram devidamente analisadas ou mesmo correlacionadas, restando *gap* a ser vencido por novas e profundas investigações.

Outra limitação observada é a amostra não significativa de psicólogos que participaram da pesquisa, em relação à população de profissionais cadastrados no CRP/02. Possivelmente, um trabalho de sensibilização, inclusive com envio de material didático, sensibilizando a categoria, permita obter uma amostra maior e um resultado mais significativo em novas pesquisas.

Vislumbra-se a oportunidade de estudos em empresas de grande porte, em outros setores da economia e com categorias profissionais específicas, de modo a evidenciar vulnerabilidades aos agravos psíquicos. Sugere-se ainda a realização de intervenção psicossocial, a partir de outros indicadores de Gestão de Pessoas, além do absenteísmo por TMC. Outra possibilidade de pesquisa

sobre a temática é incluir os familiares dos trabalhadores com absenteísmo por TMC, oportunidade identificada na fala dos participantes sobre os impactos do adoecimento em sua dinâmica familiar.

Recomenda-se uma pesquisa em nível nacional com a categoria, com o suporte do CFP, visando a ampliar as discussões sobre a inclusão do psicólogo no SESMT e na perícia por TMC no INSS, avançando na esfera política e sinalizando nichos de mercado de trabalho.

Para tanto, é indicada a realização de pesquisas com os médicos peritos do INSS, ouvindo suas dificuldades, desafios e limitações. Promover ações socioeducativas de sensibilização de modo a possibilitar a prática interdisciplinar de profissionais, com ênfase na saúde mental, considerando inclusive a inclusão do psicólogo como perito no INSS, justificada na Diretriz de Conduta Médico Pericial em TMC, que não atende aos aspectos subjetivos dessas enfermidades.

Finaliza-se retomando às inquietações que motivam este estudo em nível de doutorado: o fenômeno do absenteísmo por doenças do Grupo F não pode ser tratado sem um olhar multidimensional, plurifatorial, interdisciplinar e numa perspectiva sistêmica. Afinal, a origem dessas patologias não se restringe ao trabalho, embora não se possa negligenciar essa causalidade. Ao se identificar no contexto laboral ou fora dele oportunidades de melhoria que ajudem a reduzir os indicadores de absenteísmo-doença, vislumbra-se, dentre outros ganhos, a possibilidade de auferir mais lucro e garantir a sustentabilidade empresarial. Ao mesmo tempo em que promover saúde e qualidade de vida no trabalho deve ser avaliado como um investimento não apenas de redução de custo e melhoria nos indicadores de absenteísmo, mas uma política empresarial ética frente ao trabalhador, principalmente quando em situação de vulnerabilidade de sua saúde mental.

As contribuições desta pesquisa são evidenciadas nas respostas obtidas e ainda mais nas limitações identificadas. É provável que novos estudos refutem certezas demonstradas. Sugere-se fomentar novas pesquisas, mesmo assim. Tanto na esfera organizacional quanto com os psicólogos, retomando por intermédio do CFP a discussão da tese proposta no IV Congresso Nacional da Psicologia, em 2001, sobre sua inclusão no SEMST. Obviamente, essa proposta contrapõe-se a interesses políticos e econômicos. Numa análise rasa, é percebida pelos empresários como ônus e não investimento. Novas pesquisas poderão demonstrar os benefícios sociais e pecuniários com a redução das doenças mentais relacionadas ao trabalho.

Retorna-se à introdução e ratifica-se que, diante da precarização das condições e da organização do trabalho, é possível encontrar respostas como: violência, resistência, sabotagem, transgressão; enfim: doenças. O fato de o trabalhador apresentar estrutura de personalidade mais saudável, ser mais resistente e suportar o sofrimento no trabalho sem adoecer, não exime a

organização de sua responsabilidade. Esse trabalhador é um desvio de curva. O esperado é a quebra da resistência e falhas no mecanismos de defesa diante do sofrimento, desencadeando doenças psicossomáticas, principalmente o *stress* em nível de exaustão, a depressão, a ansiedade, o pânico; e, no auge do adoecimento psíquico, o ato de suicídio. O cuidado com a saúde, a segurança e a qualidade de vida da classe trabalhadora, além de um compromisso ético, é uma possibilidade de manter as organizações em condição plena de concorrência no mercado, inclusive garantindo rentabilidade por meio de ações em bolsas de valores, mensuradas por meio de indicadores de sustentabilidade.

REFERÊNCIAS

- Abreu, R. M. D. de; Gonçalves, R. M. D. A.; e Simões, A. L. A. (2014). *Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho*. Rev. Bras. Enfermagem, 67(3), 386-393.
- Albornoz, S. (1994). *O que é trabalho?* São Paulo: Ed. Brasiliense.
- Albuquerque, P.; e Barbosa-Branco, A. (2008) *Nexo técnico epidemiológico previdenciário/NTEP, fator acidentário de prevenção/FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador*. São Paulo: LTR.
- Almeida, P. C. A.; e Barbosa-Branco, A. (2011). *Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença*. Rev. bras. saúde ocup., 36 (124), jul-dez.
- Alves, M. (1995). *Absenteísmo e sofrimento no trabalho in* Sampaio, J.R. (org.) (2004). *Qualidade de Vida, saúde mental e Psicologia Social* (2ª ed.), p. 343-366. São Paulo.
- Alves, M.; Godoy, S.; e Santana, D. (2006). *Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 59, n. 2, p. 195-200.
- Antunes, R. (1995). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e centralidade do mundo trabalho*. Campinas: Ed. Universidade de Campinas.
- Assis, M. T. (2005). *Indicadores de gestão de recursos humanos: usando indicadores demográficos, financeiros e de processos na gestão do capital humano*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Assunção, A. A.; e Silva, L. S. (2012). *Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. Cad. Saúde Pública, 29(12), 2473-2486.
- Aubert, N. e Gaulejac, V. (2007). *Le coût de l'excellence*. Paris: Seuil
- Barbosa, S. da C. e Borges, L. de O. (2011). *Saúde mental e diferentes horários de trabalho para operadores de petróleo*. Estud. psicol., Campinas, 28(2), 163-173.
- Barbour, R. (2009). *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed.
- Barreto, M. (2003). *Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações*. São Paulo: EDUC.
- Becker, S. G., e Oliveira, M. L. (2008). *Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16(1), Ribeirão Preto.
- Bendassolli, P.F. e Soboll, L. A. P. (2011). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas.
- Bendassolli, P.F. e Soboll, L. A. P. (org.). (2014). *Métodos de pesquisa e intervenção em psicologia do trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Bertalanffy, L. V. (2009). *Teoria Geral de Sistemas*. 4ª ed. São Paulo: Vozes.
- Borges, L. e Yamamoto, O. (2014). *O mundo do trabalho in* Zanelli, J.C., Borges-Andrade, J., e Bastos, A. *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. (p. 24-62). Porto Alegre: Artmed.
- Borges, L. O., e Mourão, L. (Orgs.). (2013). *O Trabalho e as Organizações: atuações a partir da Psicologia*. São Paulo: Artmed.

Braga, L. C., Carvalho, L. R. e Binder, M. C. P. (2010). *Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP)*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1585-1596.

BRASIL (1999). *Decreto n.º 3.048/INSS. (Lista B)* Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm

BRASIL (1999) *Portaria N.º 1.339/Ministro da Saúde. Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho e a definição do perfil nosológico da população trabalhadora.* Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>

BRASIL, Portaria Interministerial n.º 800 (2005). *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 03 de Março de 2005.

BRASIL, (2006) *Diretrizes de Conduta Médico Pericial em TMC. Portaria n.º 20 INSS/DIRBEN/2006.* Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/INSS-DIRBEN/2006/16.htm>

BRASIL, (2007). *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário/Ministério da Previdência Social.* Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/saude-e-seguranca-do-trabalhador/politicas-de-prevencao/nexo-tecnico-epidemiologico-previdenciario-ntep/>

BRASIL (2010/2013). *Anuário Estatístico da Previdência Social/Ministério da Previdência Social.* Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/03/AEPS-2013-v.-26.02.pdf>

BRASIL (2014) *Anuário Estatístico da Previdência Social/Ministério do Trabalho e Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Ano 1 (1988/1992) – Brasília: MTPS/DATAPREV, 1993- Anual O volume 1 abrange o período 1988/92 ISSN 0104-8139 = Anuário Estatístico da Previdência Social 1. Estatística – Previdência Social – Anuários. I. Ministério da Previdência Social. II. DATAPREV. CDU*

BRASIL (2015). *Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança no Trabalho.* Ministério do Trabalho e Emprego do Governo Federal do Brasil. Disponível no site <http://trabalho.gov.br/seguranca-e-saude-no-trabalho/normatizacao/normas-regulamentadoras>. Acessado em dezembro de 2015.

Briceño, P. A. (2009). *Los riesgos psicosociales y su reconocimiento como enfermedad ocupacional: consecuencias legales y económicas.* TELOS. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales, 11(3), 367-385.

Bulhões, I. (1998). *Enfermagem do trabalho.* Rio de Janeiro: IDEAS, v. 2, 463 p.

Caldas, L. P. e Nóbrega, H.M.S, (2004). *Intervenções psicossociais nos fatores relacionados ao trabalho para Gestão do Absenteísmo-doença* disponível em www.funcoge.org.br/sense/arquivos/.../dia12-17h05-CT064.ppt

Caldas, L. P., e Bispo, P. (2006). *Remédio para o absenteísmo.* Recuperado em março, 2014, de <http://www.rh.com.br/Portal/Desempenho/Materia/4524/remedio-para-o-absenteismo>.

Caldas, L. P. (2007). *Assédio moral no trabalho, sofrimento e impactos na família: estudo com trabalhadores atendidos no CEST (Centro Especializado em Saúde do Trabalhador), da Prefeitura do Recife/PE.* (Dissertação de Mestrado). MELO, Z. (orientadora). Recife: UNICAP.

- Caldas, L. P. (2008). *Estratégias de enfrentamento em vivências de assédio moral no trabalho* In Soboll, L.A (Coord.). *Violência psicológica e assédio moral no trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caldas, L. P., e Caldas, M. T. (2011). *Intervenções psicossociais nos fatores preditores e explicativos do trabalho para gestão do absenteísmo-doença numa empresa pública federal*. <http://www.ismabrasil.com.br/eventos/3-encontro-nacional-de-qualidade-de-vida-no-servico-publico>
- Caldas, L. P. (2014) *Absenteísmo e presenteísmo nas organizações: Causas e Consequências* Laura Pedrosa http://www.congressorh.sp.gov.br/prhc_docs/3_2014/Laura%20Pedrosa.pdf
- Cançado, V. L. (1994). *O sofrimento e o prazer na profissão de motorista*. Revista de Administração, v. 29, n. 4, p. 56-63, São Paulo.
- Carmo, L. O. e Cohn, A. (2006). *Sociedade de risco e risco epidemiológico*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2339-2348. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/08.pdf>
- Cascio, W. e Boudreau, J. (2010). *Investimento em pessoas: como medir o impacto financeiro das iniciativas de recursos humanos*. Porto Alegre: Bookman.
- Cattani, A. D. (1997). *Trabalho e tecnologia*. Petrópolis: Vozes.
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de Pessoas*. (3ª ed.). São Paulo: Campus.
- Codo, W. et al. (2004). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Couto, H. A. (1987). *Temas de saúde ocupacional in Coletânea ERGO*. Belo Horizonte: ERGO.
- Culp, S. L. (1992). *Absenteeism: how much is too much? Pediatr Nurs*. Jan-Feb;18(1):83, 89.
- Cruz, R.; Alchieri, J.C.; e Jardá Jr. (2007). *Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Cruz, R. e Alchieri, J.C (2007). *Avaliação Psicológica: conceitos, métodos e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dejours, C.; Aboucheli, E. e Jayet, C. (1994) *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1996). *Psychologie clinique du travail et tradition compréhensive*. In Y. Clot (Org.), *Les histoires de la psychologie du travail* (pp. 195-219). Toulouse, France: Octares
- Dejours, C. (1998). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho* (5ª edição – ampliada). (A. I. Paraguay e L. L. Ferreira. Trads.) São Paulo: Cortez/Oboré.
- Dejours, C. (1999). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard.
- Dejours, C. (2003). *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora da FGV.
- Dejours, C. (2004). *Subjetividade, trabalho e ação*. Revista Produção, 14(3), 27-34.
- Dejours, C.; Aboucheli, E. e Jayet, C. (2010). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. & Bègue, F. (2010). *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília: Paralelo 15.

- Falavigna, A. e Carlotto, M. S. (2013). *Tendência temporal de afastamento do trabalho por transtornos mentais e comportamentais em enfermeiros (1998-2008)*. [Versão eletrônica]. Rev. Psicol., Organ. Trab., 13(3), 363-371.
- Ferreira, A. (1986). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Atlas.
- Ferreira, E. et al (2011). *Absenteísmo. Medicina do Trabalho*. Recursos Humanos de Enfermagem. Saúde do Trabalhador. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):742-9.
- Ferreira, E. et al (2011). *Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do Estado de Pernambuco*. Rev. RENE, 12(4), 742-749.
- Fonseca, I. e Araújo, T. (2014). *Prevalência de transtornos mentais comuns em industriários da Bahia*. Rev. bras. saúde ocup., 39(129), 35-49.
- Fonseca, R. e Carlotto, M. (2011). *Saúde mental e afastamento do trabalho em servidores do Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul*. Psicol. pesq., 5(2), 117-125.
- Foucault, M. (1990). *O Uso dos Prazeres - História da Sexualidade II*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- Garcia-Riaño, D. (1991). *Calidad de Vida: aproximación historico-conceptual in Boletín de Psicología*, v.30, p.55-94, marzo.Universidad de Valencia.
- Glina, D. M. R. e Rocha, L. E. (2010). *Saúde mental e trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca.
- Graça, L. (2002). *Absentismo global e específico: Alguns problemas teórico-metodológicos*. Recuperado em 20 outubro, 2014 de <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos154.html>
- Guattari, F., e Rolnik, S. (1986). *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion*. Paris: Seuil.
- Heloani, R. (1996). *Organização do trabalho e administração: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Cortez.
- Hoverstad, T. e Kjolstad, S. (1992). *Use of foccus groups to study absenteeism due to illness*. J Occup Med 1991;33:1046–50
- Lopes, V. (2013). *Transtornos mentais e de comportamento como causa de incapacitação de segurados perante o instituto nacional do seguro social*. Dissertação de mestrado, Faculdade Novos Horizontes, Belo horizonte, MG, Brasil.
- Magalhães, N. A. C. et al (2011). *Absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar*. Rev. enferm., UERJ, 19(2), 224-230.
- Maia, D. et al (2011). *Preditores de sintomas de transtorno de stress pós-traumático em policiais brasileiros: a interação entre afeto negativo e dissociação peritraumática*. Rev Bras Psiquiatria, 33(4), 362-366.
- Maisonneuve, J. (1977). *Introdução à Psicossociologia*. São Paulo: Editora Nacional.
- Marques, S. V. D., Martins, G. B. e Sobrinho, O. C. (2011). *Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública*. [Versão eletrônica]. Cad. EBAPE. BR , vol.9, n.spe1, 668-680. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512011000600012>.

- Marques, J.C. (1992). *A construção da subjetividade e as mútuas influências na esfera do trabalho*. PSICO, 24(2),119-132. Porto Alegre: PUC.
- Marziale, A (2003). *Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário*. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, 8(5), 44-51.
- Mascarenhas, F.A. e Barbosa-Branco, A. (2014). *Incapacidade laboral entre trabalhadores do ramo Correios: incidência, duração e despesa previdenciária em 2008*. Cad. Saúde Públ., 30(6), 1315-26.
- Mattoso, J. A. (1995). *A desordem do trabalho*. São Paulo: Página Aberta.
- Mendes, A. M., e Ferreira, M. C. e Cruz, R. M. (2007). *Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho* in A. M. Mendes (Ed.), *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas* (pp. 111-126). São Paulo: Casa do Psicólogo
- Milkovich, G. T. e Boudreau, J. W. (2011). *Administração de recursos humanos*. São Paulo: Atlas.
- Minayo, M. C. S., Assis, S. G. de e Oliveira, R. V. C. de. (2011). *Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro* (RJ, Brasil). Ciênc. Saúde Coletiva, 16(4), 2199-2209.
- Mininel, V. et al (2013). *Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem* Rev. Latino-Am. Enfermagem, 21(6), 1290-7. www.eerp.usp.br/rlae.
- Monteiro, J. K. et al (2013). *Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva*. Psicol. ciênc. prof., 33(2), 366-379.
- Moraes, M. C. M. B. et al (2012). *Saúde mental de cuidadores de abrigos para adolescentes com transtornos psiquiátricos ou neurológicos*. Trab. educ. saúde, 10(3), 507-525.
- Olivier, M., Perez, S. C. e Behr, S. da C. F. (2011). *Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários*. Rev. adm. contemp., 15(6), 993-1015.
- Organização Mundial de Saúde - ONU (2003). *CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão em Português)*. 9º ed. São Paulo: Ed. USP.
- Otero, J. (1993) *Riesgos del trabajo del personal sanitario*. 2ª ed. Nueva York, Caracas: McGraw-Hill
- Penatti, I., Zago, J., & Quelhas, O. (2011). *Absenteísmo: as consequências na gestão de pessoas*. Recuperado em 16 julho 2014 http://inf.aedb.br/seget/artigos06/898_Seget_Izidro%20Penatti.pdf.
- Pinheiro, M. A. de S. (2012). *Impacto econômico do absenteísmo de enfermagem por doença em um hospital universitário do Rio de Janeiro- RJ*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Pinto, L.W., Figueiredo, A. B., e Souza, E. R. de. (2013). *Sofrimento psíquico em policiais civis do Estado do Rio de Janeiro*. Ciênc. saúde coletiva, 18(3), 633-644.
- Pintor, E. A. S. (2010). *Sofrimento mental em vendedores na grande São Paulo: a destituição do ser pela organização do trabalho*. Rev. bras. saúde ocup., 35(122).
- Quick, T.C. e Lapertosa, J.B. (1982). *Análise do absenteísmo em Usina Siderúrgica*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 18(69).

- Ramazzini, B. (1700). *As doenças dos trabalhadores*. (1ª ed.). Módena, Itália. Trad. Raimundo Estrela (3ª ed.). São Paulo: Fundacentro, (2000).
- Reis, A. L. P. P. dos, Fernandes, S. R. P., e Gomes, A. F. (2010). *Estresse e fatores psicossociais*. *Psicol. ciênc. Prof.*, 30(4), 712-725.
- Robazzi, M., & Marziale, M. (1990). *Serviço de enfermagem: um estudo sobre absenteísmos*. *Rev. Bras. Saud. Ocup.*, 18(69), 65-70.
- Rodrigues, C. de S. et al (2013). *Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte*. *Rev. bras. estud. popul.*, 30(supl), S135-S154.
- Ruiz, V. S. e Araújo, A. L. L. (2012). *Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais*. *Rev. bras. Saúde ocup.*, 37 (125), 170-80.
- Rodriguez, J., & Garcia, J. A. (1996). *Psicología social de la salud*. in Álvaro, J., Garrido, A., & Torregrosa, J. (Coord.).(1996). *Psicologia Social Aplicada*. p. 351-380. Madrid: Mcgraw-Hill.
- Salerno, V., Silvestre, M. e Sabino, M. (2011) *Interfaces LER/saúde mental: a experiência de um centro de referência em saúde do trabalhador do Estado de SP*. *Rev. bras. saúde ocup.*, 36(123)
- Santana, L. L. (2006). *Propostas de intervenções à saúde dos trabalhadores apoiadas em indicadores*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.
- Santana, L. et al (2013) *Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino*. *Rev Gaucha Enferm.*, 34(1), 64-70
- Santos, J. P. dos, e Mattos, A. P. de. (2010). *Absentismo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil* [Versão eletrônica]. *Rev. bras. saúde ocup.*, 35(121), 148-156.
- Santos, R. L., Sousa, M. F. B., Brasil, D. e Dourado, M. (2011). *Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática*. Santos RL, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2011; 38 (4): 161-7
- Silva, D. e Marziale, M. (2000). *Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário*. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, 8(5), 44-51.
- Silva, D. e Marziale, M. (2003). *Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário*. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, 25(2), 191-197.
- Silva, E. B. de F. et al (2012). *Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009*. *Epidemiol. serv. Saúde*, 21(3), 505-514.
- Silva Junior, J. S. e Fischer, F. M. (2014). *Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011*. *Revista Saúde Pública*, 48(1), 186-90.
- Silva, N.; Zanelli, J. C. e Tolfo, S. (2013). *Diagnóstico e gestão da cultura nas organizações in* Borges, Livia e Mourão, Luciana (org.) Porto Alegre: Artmed.
- Souto, D. (1980). *Absenteísmo, preocupações constante das organizações*. *Temas de Saúde ocupacional*. Eletrobrás, Gridis.
- Souza, E. R., Minayo, M. C. de S., Silva, J. G. e Pires, T. de O. (2012). *Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, 28(7), 1297-1311.

Souza, V. D., Driessnack, M. e Mendes, I.A.C. (2007). *Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa*. Rev Latino-am Enfermagem, 15(3).

Souza, S. F. de et al (2012). *Depressão em trabalhadores de linhas elétricas de alta tensão*. Rev Bras Epidemiol, 15(2), 235-245.

Titoni, J. (1995). *Subjetividade e trabalho*. Porto Alegre: Ortiz.

Turato, E.R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis RJ.: Editora Vozes.

Ulhôa, M. A. et al (2010). *Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão*. Rev Saude Publica; 44(6), 1130-1136

Zanelli, J. C. et al (Org.). (2010). *Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed.

Zanelli, J. C., Silva, N., e Tolfo, S. (2011). *Processos psicossociais nas organizações e no trabalho*. São Paulo : Casa do Psicólogo.

Zanelli, J. C., Borges-Andrade, J., e Bastos, A. (2014). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ACEITE DA EMPRESA PARTICIPANTE

(Timbre da Empresa)

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para fins devidos, que concordamos em disponibilizar informações específicas sobre os indicadores de Absenteísmo-doença, possibilitar a participação dos trabalhadores identificados e contribuir para o desenvolvimento desta Pesquisa de Tese de Doutorado, intitulada: **Intervenções Psicossociais como Proposta de Gestão do Absenteísmo-doença, das Repercussões na Saúde Mental dos Trabalhadores e Impactos nas Organizações**, sob a responsabilidade do Professor / Pesquisador Dr. **Marcus Túlio Caldas** e da Doutoranda / Pesquisadora Mestre **Laura Cândida Pedrosa Caldas** do Curso de Doutorado em Psicologia Clínica, do Laboratório de Práticas Psicológicas em Instituições, da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), pelo período de execução previsto no cronograma do Projeto.

(NOME DA EMPRESA E RESPONSÁVEL LEGAL)

(ASSINATURA E CARIMBO)

(CPF e E-MAIL DO RESPONSÁVEL LEGAL)

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **A Saúde Mental por Um Fio de Alta Tensão**. A seleção foi aleatória, por sorteio dos números de matrículas fornecido pela Empresa em razão dos indicadores de absenteísmo-doença. Sua participação contribuirá sobremaneira para a realização deste estudo, porém não é obrigatória. Você poderá desistir a qualquer momento de participar, retirando seu consentimento. Sua recusa não trará qualquer prejuízo, seja para a relação estabelecida com a pesquisadora, se houver, seja com a empresa com a qual você mantém vínculo empregatício.

O objetivo geral é descrever o modelo de diagnóstico e de intervenção psicossocial sistêmico e os resultados exitosos. E específicos: propor parâmetros de diagnóstico de riscos psicossociais do contexto de trabalho e de intervenção psicossocial sistêmica que subsidie a gestão do absenteísmo e de outros indicadores de Gestão de Pessoas; analisar as repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores e no contexto laboral; compreender os riscos psicossociais e os agravos à saúde mental do trabalhador e o nexos causal do trabalho realizado; identificar repercussões do absenteísmo por TMC nos trabalhadores adoecidos, no contexto laboral e impactos financeiros na Energix; analisar os dados estatísticos estratificados do absenteísmo por TCM, entre 2010 e 2013, correlacionando-os com o AEAT/INSS (2015); e justificar a inclusão do psicólogo no SESMT.

A sua participação neste estudo consistirá em participar de uma entrevista individual e responder um questionário contendo questões relacionadas ao seu trabalho e sua saúde, como empregado sorteado, E se ocupar cargo de chefia ou assessoria, será convidado para participar de reuniões em grupo denominadas de grupo focal e outras intervenções psicossociais, se houver. O propósito é possibilitar sua fala e demais participantes sobre as impressões sobre o trabalho que desenvolve, sua experiência profissional e possíveis fatores do trabalho que podem impactar na saúde das pessoas. As entrevistas e as reuniões em grupo serão realizadas nas instalações da empresa.

Os riscos relacionados com a sua participação podem ser de cansaço físico e mental, de dúvidas e receios em relação aos temas que serão tratados, tanto individual quanto em grupo. Teremos o cuidado ético em não expor você ou qualquer outro participante por meio de questões íntimas ou invasivas. Porém, como foi dito, você e seus colegas poderão encerrar a discussão em grupo ou mesmo a entrevista individual a qualquer instante, caso queiram. Em caso de necessidade de acompanhamento médico ou psicológico, você será encaminhado a Clínica-escola Manoel de Freitas Limeira, da UNICAP, ou num CAPS da Prefeitura.

Deste modo, você e demais colegas participantes, contribuirão para identificar possíveis fatores do trabalho que possam gerar adoecimento nos trabalhadores. Outro benefício que visualizamos está relacionado à possibilidade de você e demais participantes refletirem sobre a saúde, seus vínculos com a empresa e para identificar oportunidades de melhorias no ambiente de trabalho e propor melhorias para a saúde e contexto de trabalho.

Todas as informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos que nenhum dado que possa identificar você ou qualquer outro participante será divulgado. Para tanto, asseguramos que nomes e matrículas ou outro dado sociodemográfico que permita qualquer forma de identificação não constará da publicação dos resultados obtidos neste estudo. No final, realizaremos um encontro com todos os participantes para um retorno das contribuições deste estudo.

Você está recebendo uma cópia deste termo onde consta os principais dados do pesquisador principal, a seguir identificado, podendo, a qualquer momento, tirar todas e quaisquer dúvidas sobre sua participação nesta pesquisa.

DADOS DOS PESQUISADORES:

Nome: Laura C. Pedrosa Caldas

Endereço: Rua Antônio de Castro, n. 175/2101 – Casa Amarela, Recife/PE.

Telefone: (81) 3241.5335 / 98844.5335 / 3229.2814

E-mail: laurac@chesf.gov.br ou psi.laurapedrosa@gmail.com

Nome: Marcus Túlio Caldas

Endereço: Universidade Católica de PE

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP que funciona na Coordenação Geral de Pesquisa, da PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PRAC, da UNICAP, localizada na Rua Almeida Cunha, 245 – Santo Amaro – Bloco G4 – 8º ANDAR – CEP 50050-480 Recife/PE –

BRASIL. Telefone: (81).2119.4376. Fax: (81)2119.4004. Endereço Eletrônico:
pesquisa_prac@unicap.br

Recife, ____ de _____ de 2012.

Participante da Pesquisa

Pesquisadora Adjunta

ANEXO C – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2. SAÚDE

- Doenças prevalentes nos ciclos vitais
- Drogadição
- Absenteísmo (inclusive F) e EMO
- Sintomatologia F
- Doenças prevalentes na família

3. CONTEXTO DE TRABALHO X SAÚDE PSÍQUICA

- Tempo de Empresa: Cargo/Função e tempo:
- Atividades
- Sentido
- Motivação
- Swot
- Doenças ocupacionais e/ou não (inclusive F)
- Contexto de Trabalho (condições, organização e relações) x impactos na saúde (inclusive F)
- Interações com diversos públicos internos e níveis hierárquicos x impactos na saúde
- Modo de gestão x impactos na saúde
- atendimentos na Empresa (ambulatório, psicólogo, médico do trabalho)
- Sugestões de melhoria na Empresa para minimizar impactos do trabalho na saúde

4. IMPACTOS DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA

- Repercussões do absenteísmo por doenças (inclusive F) na esfera pessoal, social, familiar, financeira e profissional
- Impactos do absenteísmo para a atividade, para os colegas, o Repercussões do absenteísmo por doenças (inclusive F) em razão do absenteísmo (pessoal e profissional) gestor e o setor