

UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

Promoção e vigilância em saúde: guia para as ações no setor público federal

Ada Ávila Assunção (org.)

1ª Edição
2012

**PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM
SAÚDE: GUIA PARA AS AÇÕES NO
SETOR PÚBLICO FEDERAL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS)

**PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM
SAÚDE: GUIA PARA AS AÇÕES NO
SETOR PÚBLICO FEDERAL**

Ada Ávila Assunção (org.)

Belo Horizonte, março de 2012

1ª Edição

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Prof^ª. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Recursos Humanos

Prof. Roberto do Nascimento Rodrigues

FACULDADE DE MEDICINA UFMG

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina
Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Coordenação Geral

Ada Ávila Assunção (UFMG)

BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
BU - DITTI – Setor de Tratamento da Informação
TEL. 3409-4618

Ficha Nº 05/2012

Ficha catalográfica

P965	Promoção e vigilância em saúde : guia para as ações no setor público federal / Ada Ávila Assunção (organizadora). – 1. ed. -- Belo Horizonte : [s.n.], 2012. 96 f. : il.
	ISBN 978-85-60914-08-1
	1. Promoção da saúde. 2. Serviço público. 3. Servidores públicos. I. Assunção, Ada Ávila.
	CDD:658.38 CDU:613.6.02-057.34

Elaborada pelo DITTI – Setor de Tratamento da Informação
Biblioteca Universitária da UFMG

Coordenação Editorial
Ada Ávila Assunção

Supervisão Editorial
Janaina de Souza Silva

Projeto Gráfico
Sâmara de Souza Mendonça

ISBN 978-85-60914-08-1

Sumário

A Promoção da Saúde nos Serviços Públicos Federais	08
Readaptação no Âmbito das U-Siass	29
Organização do Processo de Trabalho nos Serviços das U-Siass	59
Roteiro para Buscas de Literatura Científica na Internet	80

Apresentação

Neste Caderno apresenta-se um conjunto de produções que problematizam o atual mundo do trabalho, em particular as questões de promoção à saúde e vigilância aos ambientes e processos no serviço público. Destacam-se ao longo das páginas seguintes o conceito de capacidade laboral e o papel da informação a partir de uma série de pesquisas; indicam-se ações e projetos, além de caminhos a serem trilhados a fim de dar continuidade ao desenvolvimento dos sistemas.

A leitura dos textos aqui reunidos possibilitará ao profissional entender melhor o substrato teórico que baseia a construção dos conceitos, princípios e diretrizes norteadores do atual processo de institucionalização da Política de Atenção à Saúde e Segurança (Pass) no trabalho público federal, integrando todos os órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil do Executivo.

Aos poucos, é possível perceber porque e a quem serve os esforços despendidos na estruturação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (Siass) e do seu Comitê Gestor na busca de uma base legal atualizada com garantia de recursos orçamentários específicos.

Cabe ao Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor, da Secretaria de Gestão Pública, do Ministério do Planejamento (Desap/Segep/MP) a responsabilidade pela coordenação da Política, tendo como suporte um Sistema Nacional de Informações em Saúde e Segurança e uma Rede Nacional de Unidades.

Ressalta-se o papel dos gestores e servidores, em especial dos técnicos dos serviços de saúde e segurança e dos pensadores das universidades brasileiras, como protagonistas desse processo de construção coletiva.

A formação de técnicos e gestores é uma iniciativa que conta com diversos parceiros, dentre os quais destacamos a equipe da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Por fim, agradecemos a todos aqueles que aceitaram o desafio de fazer diferente, em especial aos professores-alunos e aos alunos-professores que entendem o papel da formação no desenvolvimento das pessoas.

Sérgio Carneiro

Diretor do Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (Desap) da Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento

Introdução

Este caderno é fruto das oficinas que foram realizadas em Belo Horizonte, Brasília e Recife em 2010 e 2011. O desafio foi proposto à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) pelo Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (Desap) da Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento.

Foi possível conhecer os antecedentes organizativos e as ações dos servidores públicos federais em seus núcleos, oficinas, encontros etc articulados em um movimento que expressou fôlego para transformar os marcos regulatórios quanto à proteção da saúde do trabalhador para o serviço público. Tais negociações sociais e as remodelagens institucionais resultaram na publicação da Portaria Normativa n. 03 de 7 de maio de 2010, que instituiu a Norma Operacional de Saúde do Servidor (Noss).

Construímos os textos que este caderno reúne junto aos profissionais do Subsistema Integrado de Saúde do Servidor Público Federal (Siass) inscritos nas referidas oficinas que a UFMG organizou em cooperação com o Desap. Para fazê-lo, coube aos autores dos capítulos rever e atualizar as ferramentas de abordagem teórico-metodológicas na área da saúde do trabalhador.

No primeiro capítulo, apresentamos as bases das políticas de promoção e vigilância da saúde dos trabalhadores, enfatizando as arenas de trabalho no setor público. O segundo capítulo se destina a apresentar questões e desafios que se colocam para as novas equipes cuja missão é construir um modelo de atenção em readaptação. O objeto do terceiro capítulo é o trabalho nas unidades Siass

e a maneira como ele se organiza tendo em vista o modelo Siass em implantação. Salientamos que o capítulo quarto organiza os materiais produzidos em face das demandas dos participantes das oficinas por autonomia na busca de literatura científica e institucional.

Sabemos que o problema da eficácia administrativa é questão central no atual estágio de desenvolvimento social e que a presença do Estado é imprescindível. Nessa dinâmica, trabalho e saúde do servidor público se tornam desafios cruciais pelas razões que serão aqui apresentadas. Justifica-se assim o processo formativo e a produção de materiais a fim apoiar o trabalho e proteger a saúde dos servidores públicos federais.

Aguardaremos as críticas de sua leitura atenta.

Profa Ada Ávila Assunção
adavila@medicina.ufmg.br

A Promoção da Saúde nos Serviços Públicos Federais

Ada Ávila Assunção

1.1 Por que saúde do trabalhador nos serviços públicos federais?

O trabalho dos servidores públicos faz parte do cotidiano dos cidadãos e tem importância na economia das sociedades atuais, apesar da tendência de redução do papel do Estado e das recentes privatizações concedidas pelos governos. Atualmente, assiste-se a uma efetiva mudança no significado e na interpretação de serviço público relacionada, sobretudo, ao papel exercido pela administração e às expectativas dos cidadãos no âmbito do desenvolvimento socioeconômico.

A reinvenção ou a reforma do Estado nasce da constatação de que, no capitalismo global, a presença do Estado é imprescindível (Carvalho, 2009). A relação entre o público e a administração é influenciada pelos novos objetivos. A responsabilidade política para o funcionamento adequado da ação pública é alvo de debates, plataformas eleitorais, movimentos sociais, entre outros (Rodríguez & García-Inés, 2008).

O serviço público possui três características: apresenta-se como um serviço prestado ao cliente e ao cidadão, objetiva o interesse geral e se apoia em um regime jurídico especial. O cliente seria o 'consumidor' das empresas privadas;

portanto aceita-se a lógica do mercado que estabelece a circulação de mercadorias, onde predominam as leis da livre escolha e da relação demanda/oferta. Cidadão diz respeito ao indivíduo detentor de direitos e beneficiário dos serviços públicos governamentais, particularmente no campo das políticas sociais (Cecílio, 2000). Usuário é um termo que pode ser cunhado de ambas as acepções (cliente e cidadão).

A remodelação da estrutura de poder e as novas formas de organização e gestão, tanto no setor privado quanto no público, têm origem na crise enfrentada pelo capitalismo mundial no final da década de 1970. Tal crise foi derivada do esgotamento do modelo de acumulação taylorista/fordista, da administração keynesiana e do Estado de bem-estar social. Para Carvalho (2009), as diferentes formas de enfrentá-la resultaram em um novo estágio do capitalismo mundial, cujas características são a mundialização ou transnacionalização do capital, a crescente força do capital financeiro na economia, a reorganização produtiva de bases flexíveis e as novas formas de gestão tanto no setor público quanto no privado.

No atual estágio de desenvolvimento social, a presença do Estado é imprescindível, e o problema da eficácia administrativa torna-se questão central. Nessa

dinâmica, trabalho e saúde do servidor público se tornam desafios cruciais pelas razões que serão apresentadas a seguir.

1.2 Desigualdades sociais em saúde e o trabalho no setor público

É fato comprovado que os indivíduos morrem mais jovens ou têm pior saúde de acordo com as suas condições de vida e de trabalho, ou a depender do seu patrimônio cultural e material (Magalhães, 2007). As esclarecimentos sobre as persistentes diferenças na distribuição populacional da morbidade e da mortalidade, confirmadas para doenças crônicas e causas de morte, explicam o foco nas desigualdades em saúde, as quais comumente seguem um gradiente de desvantagem para os grupos mais vulneráveis socialmente (Marmot, 2005).

Vulnerabilidades sociais dizem respeito às situações de emprego temporário ou à ausência de vínculo, fraca ou nenhuma proteção social, baixo nível de renda, baixa escolaridade, jornadas extensas, exposição às elevadas cargas físicas e psicossociais das tarefas, trabalho perigoso etc (Siegrist & Marmot, 2004).

Entre os efeitos de tais vulnerabilidades, figura o estresse que é um fator de risco para uma série de problemas de saúde (Kivimaki *et al.*, 2002). Prevalências mais altas de tabagismo foram observadas nos homens inseridos no trabalho sem proteção social (Giatti & Barreto, 2011). Observou-se menos frequência de vacinação completa contra a hepatite B entre os trabalhadores com formas de contratação mais precárias (terceirizados, estagiários e outros), confirmando as relações entre vulnerabilidade no emprego e níveis de proteção à saúde dos trabalhadores (Garcia & Facchini, 2008).

O declínio do consumo [de tabaco] não ocorre de maneira uniforme entre os diferentes grupos sociais. Os estudos sugerem gradiente inverso entre indicadores de posição socioeconômica e prevalência de tabagismo. Ser fumante é crescentemente associado a diferentes marcadores de privação, como escolaridade, renda e ocupação dos indivíduos, condições materiais do domicílio e fatores contextuais relativos à vizinhança

(Giatti & Barreto, 2011).

Os servidores públicos estão duplamente envolvidos na problemática das desigualdades em saúde: como cidadãos, estão mais ou menos vulneráveis, a depender de sua inserção ocupacional e da situação socioeconômica que o emprego lhes confere (Smith, Leggat & Araki, 2007); como trabalhadores, as condições que encontram para trabalhar coincidem com a qualidade dos serviços prestados às populações (OMS, 2008; D'Avila *et al.*, 2010; Tarnow-Mordi *et al.*, 2000).

Estudos recentes indicam aumento da proporção de servidores públicos insatisfeitos, independentemente do setor onde trabalham (Kaur *et al.*, 2009; Wada, 2009). Há convergência na fala dos trabalhadores quando são indagados a propósito da insatisfação relatada. São citadas diminuição da autonomia profissional, aumento da pressão tanto da hierarquia quanto dos usuários, longo tempo destinado às tarefas burocráticas, enfraquecimento do reconhecimento da profissão, condições inadequadas de trabalho e baixos salários (Wallace, Lemaire & Ghali, 2009). O estudo de tais fatores é capaz de fornecer informações relevantes para o desenvolvimento de programas para a melhoria da qualidade dos sistemas e também da promoção da saúde dos trabalhadores no setor público.

Nos serviços públicos federais, os produtos oferecidos são serviços (pesquisa, controle de benefícios previdenciários, segurança pública etc) ou bens de consumo (refeições, medicamentos, moradias).

A ideia do serviço veicula a necessária implicação do servidor em sua área de atuação porque produzir um serviço é obter “mudança na situação” (Gadrey, 2001) de uma pessoa ou de um bem. Isso quer dizer que é necessário um trabalho e competências definidas para a produção de serviço, que visa precisamente a realizar uma mudança, uma transformação na situação que o cliente, cidadão ou usuário apresenta.

Para o usuário, o serviço é considerado de alta qualidade quando obtém aquilo que espera do profissional. O contato interpessoal é bastante valorizado, pois o acolhimento demonstrado no tom de voz, no olhar, nas informalidades que expressam a real preocupação do servidor que atende e tenta dar uma resposta ou um caminho para resolver o problema é fundamental para a satisfação do usuário.

Para o servidor, outros objetivos são criados para além daqueles formalizados pela hierarquia e o seu alcance dependerá do apoio da gestão e das contribuições interpessoais. As habilidades de comunicação e de empatia, demonstração de poder e responsabilidade para efetuar a fiscalização das condições sanitárias na fabricação ou distribuição de alimentos, para prevenir ou interromper eventos violentos, para gerar e monitorar políticas de saúde em consonância com as premissas do direito do cidadão etc, coincidem com a qualidade dos serviços percebida pelos usuários. Por essa razão, a gestão da administração pública no contexto da Reforma do Estado adota mecanismos que privilegiam os modos operatórios dos servidores visando à satisfação do cliente e do cidadão. No entanto, vários nós restam a serem desfeitos.

Anteriormente à Reforma do Estado, o funcionário dos serviços previdenciários em seu guichê permanecia menos exposto, dada a distância institucionalizada entre as funções da administração e

o cidadão. Hoje, os servidores lidam mais diretamente com a incompreensão, as dificuldades do usuário e as mudanças das suas necessidades e desejos. Paradoxalmente, o novo modelo da gestão pública é o modelo gerencial que apesar de enfatizar a qualidade dos serviços não consegue diminuir a distância dos mecanismos de gestão em relação aos eventos e ao ambiente no qual os servidores operam.

O novo modelo pretende organizações mais flexíveis, administração descentralizada, autônoma e participativa e redefinição das relações entre esferas públicas e privadas. Apesar da descentralização das atividades, o controle sobre o trabalho ganha novas dimensões e passa a ser mais direto. Contudo, pelo menos em teoria, as variações e as vicissitudes do ambiente não são encaradas pelos gerentes como determinantes das exigências das tarefas que os servidores buscam desenvolver. Sendo desconhecidas da gestão, as exigências das tarefas e as respostas que os servidores construíram em situação real de prestação dos serviços continuam a não influenciar as regras do trabalho tampouco definem os mecanismos de avaliação. O trabalho no serviço público continua invisível aos olhos da gestão.

Servidores tristes acabam adoecendo, especialmente quando as pressões e o conteúdo do trabalho se tornam insuportáveis (Stanton & Caanwent, 2003). A prevalência de sintomas somáticos está associada à duração da jornada semanal (Baldwin, Dodd & Wrate, 1997). Dentre as doenças que mais afastaram os servidores municipais em Porto Alegre, preponderaram (39,59%) os transtornos mentais e comportamentais (Santos & Mattos, 2010). Em Belo Horizonte, evidenciou-se associação positiva entre absenteísmo-doença e condições inadequadas de trabalho e insatisfação quanto à capacidade para o trabalho (ver o caso do absenteísmo). A ocorrência de morbi-

dades como lesões por esforços repetitivos/doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT) e, lombalgia, depressão-ansiedade, e transtornos mentais comuns, aumentou a prevalência de absenteísmo-doença (Assunção, 2010).

As licenças médicas, as dificuldades de readaptação, a complexidade em fixar pessoal nos setores críticos podem ter relação com o modelo gerencial, com a ausência de recursos haja vista a restrição de despesas (ver o caso dos professores), limitações do tempo para planejar e preparar o trabalho, frequência aumentada de interrupções e fraco poder de decisão. As condições de trabalho citadas, apesar de relacionadas aos processos mórbidos (Demerouti *et al.*, 2000), não foram encaradas de frente pela gestão dos antigos serviços que assistiam a saúde dos servidores. Justifica-se assim uma política que busque reverter a situação descrita, apoiando o trabalho e protegendo a saúde dos servidores públicos federais.

1.3 Promoção e vigilância em saúde: contexto e premissas

Promoção à Saúde do Servidor é o conjunto de ações dirigidas à saúde do servidor, por meio da ampliação do conhecimento da relação saúde-doença e trabalho. Objetiva o desenvolvimento de práticas de gestão, de atitudes e de comportamentos que contribuam para a proteção da saúde no âmbito individual e coletivo (Brasil, 2010a, seção 1, artigo 4 §VIII)

As sociedades em geral e suas instituições em particular enfrentam o desafio de conseguir um desenvolvimento harmônico, integral e estável, que permita elevar o nível de bem-estar dos cidadãos. Melhorar a capacidade para o trabalho é uma via para responder ao desafio, e a saúde é um recurso primordial, sendo uma importante dimensão da qualidade de vida.

A percepção e a expectativa de bem-estar associadas a uma disponibilidade sempre maior de produtos e serviços impulsionaram projetos e criaram, na economia de mercado, novas necessidades que são traduzidas nas propagandas que convidam ao consumo. Tal modelo se propagou como único, provocando esgotamento da capacidade de recuperação dos ecossistemas diante do consumo em larga escala e sem reposição de matérias-primas para a fabricação de novos produtos. Mas, ao contrário do que se esperava, não se cumpriu a promessa propalada pelos defensores da economia de mercado de acesso universal aos bens e serviços, haja vista as desigualdades sociais em diversos âmbitos da organização humana (Dowbor, 2007; Matias & Pinheiro, 2008).

A Norma Operacional de Saúde do Servidor (Noss) explicita a intenção em alcançar a equidade e a responsabilidade sobre os efeitos nocivos provocados pelas situações não controladas, entre elas as situações de trabalho dos servidores federais em diferentes áreas e regiões do Brasil, as quais coincidem com as circunstâncias que conferem ou não a qualidade almejada pelo cidadão.

A promoção da saúde consiste em proporcionar às populações os meios necessários para melhorar a saúde e para exercer um maior controle sobre ela. Trata-se de uma visão integral da saúde e de sua relação com os determinantes sociais, entre eles, o trabalho.

A promoção da saúde no local de trabalho faz parte do esforço combinado, apesar de tenso, entre governo, trabalhadores e sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Isto pode ser alcançado por meio de iniciativas articuladas com os seguintes objetivos: melhorar a organização do trabalho; incentivar a participação dos trabalhadores em atividades saudáveis;

possibilitar escolhas saudáveis, e promover o desenvolvimento pessoal (OMS, 2010). Tais objetivos caracterizam o conceito de 'Promoção da Saúde nos Locais de Trabalho' (PSLT).

As ações da promoção da saúde objetivam adequar os fatores ou condições de trabalho à construção da saúde dos sujeitos. A Carta de Ottawa (1986) expõe cinco ações estratégicas em promoção da saúde: o estabelecimento de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes saudáveis; o empoderamento e a ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades pessoais; a reorientação dos serviços de saúde.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.
(Carta de Ottawa, 1986)

A promoção da saúde vai além da assistência, por isso deve figurar na agenda política de todos os setores e níveis governamentais. Defende-se a participação da população/grupo de trabalhadores como essencial para sustentar as ações de promoção da saúde.

As barreiras para o desenvolvimento da saúde dos trabalhadores da saúde foram estudadas (Reinhardt & Fischer, 2009), e podem ser plenamente utilizadas em outros setores que prestam serviços públicos, sendo elas as seguintes

- Debilidades na base teórica dos programas de intervenção;

- Ausências de integração programas de promoção da saúde e gestão do serviço como um todo;
- Falhas na avaliação da eficácia das intervenções;
- Restrição das ações de vigilância a doenças e agravos específicos;
- Falta de compromisso da gestão com as intervenções;
- Falhas na comunicação;
- Falta de participação e controle dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho;
- Excessos na estratégia concentrada exclusivamente na mudança comportamental dos trabalhadores.

De todas essas barreiras que a proposta enfrenta, a mais importante é a falta de integração entre os programas dirigidos à saúde do trabalhador e as inaptações dos objetivos e das atividades de gestão ao cotidiano dos servidores principalmente no tocante à avaliação que eles desenvolvem em cada caso particular e à maneira como eles reorientam a sua ação a fim de alcançar os objetivos propostos. Se tais programas estiverem separados e distinguíveis da gestão dos serviços que os servidores federais operam, os resultados serão inferiores aos possíveis, pois tem-se como pressuposto que o reconhecimento que a gestão confere às adaptações e ajustes que os servidores operam é em si um recurso de trabalho. O empreendimento organizacional influencia a qualidade dos serviços prestados (Mead & Bower, 2001; Epstein *et al.*, 2005; Drach-Zahavy, 2010).

Uma intervenção desenvolvida com particularidades e especificidades pode não ser transferível para outros cenários, mas os princípios utilizados para gerar ideias a respeito do desenho da intervenção podem assumir caráter universal e transferido a outras localidades, daí a importância da evolução do

Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (Siass) em sua direção sistêmica. Leia-se o caso da mudança de leiaute que propiciou a construção de habilidades da Unidade do Siste-

ma Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (U-Siass) no trato dos arranjos físicos dos locais de trabalho (ver leiaute panorâmico).

Os objetivos da promoção da saúde nos locais de trabalho são:

- Melhorar a organização do trabalho;
- Discutir e elaborar vias para a garantia de condições de trabalho adequadas e suficientes tendo em vista a atividade desenvolvida pelos sujeitos em seus locais de trabalho;
- Incentivar a participação dos trabalhadores em atividades saudáveis;
- Possibilitar escolhas saudáveis;
- Promover o desenvolvimento pessoal.

A estratégia da promoção da saúde no local de trabalho apresenta vantagens reconhecidas nos seguintes aspectos:

- É uma abordagem integral porque em sua prática são considerados os fatos e as vivências que dizem respeito ao trabalho;
- Assume a saúde enquanto um fenômeno social de relevância pública, portanto, um direito do cidadão;
- Aborda o trabalho enquanto atividade central na construção das identidades dos sujeitos;
- É uma prática em cuja base está um conceito positivo de saúde que acentua os recursos sociais e pessoais;
- Ao invés de reforçar a culpa que nasce de abordagens reducionistas calcadas no conceito de estilo de vida, evoca a responsabilidade das organizações e das instituições na construção de escolhas saudáveis e conscientes porque privilegia a ação coletiva quando o tema é a prevenção das doenças e o bem-estar dos indivíduos;
- É uma estratégia privilegiada porque o local de trabalho facilita o acesso dos profissionais da promoção à população adulta quando se trata de disseminar informação e de influenciar comportamentos (Lewis, 1988; Sánchez & Silva, 2010).

1.4 Tensões entre os paradigmas que orientam os serviços que atendem aos servidores públicos

Ainda é recente a prática da promoção da saúde nos locais de trabalho do setor público. Possivelmente, há influências geradas pelo paradigma da saúde ocupacional, originalmente destinado ao setor industrial. A prática tradicional da saúde ocupacional é desenvolvida nos marcos da legislação em saúde e segurança do

trabalho, alijada da saúde pública e pouco familiarizada aos enfoques multiprofissional e participativo que orientam a prática da promoção da saúde.

As ações implantadas nos serviços de saúde ocupacional não adotaram abordagens sistêmicas que enfatizassem diferentes níveis e âmbitos caracterizadores do local de trabalho em suas relações com o processo saúde-doença. Ao contrário, foram calcadas na acepção um risco (que pode ser um comportamento) e um efeito adverso.

Tome-se o exemplo do absentéismo (ver o caso absentéismo-doença), tradicionalmente encarado como um comportamento mesquinho e oportunista daquele que se ausenta ao trabalho. As preocupações dos gestores são motivadas pelos gastos financeiros e pela diminuição da produtividade, razões comumente evocadas nas instituições. Sem dúvida, é um sério problema. No entanto, a experiência de focar exclusivamente o comportamento dos indivíduos que faltam ao trabalho sem considerar as múltiplas faces do problema indica várias debilidades das concepções que orientam tais práticas de gestão (Dugdill & Springett, 2007).

Ora, o absentéismo-doença pode ser encarado como um indicador relevante para a saúde pública porque, entre outros fatores, o risco de aposentadoria precoce e de mortalidade é elevado entre homens e mulheres com mais de 15 dias de licença médica por ano. Sabe-se também que o absentéismo-doença de longa duração está associado a uma autopercepção negativa de saúde e que os indivíduos nessa posição têm mais chance de adoecer por doenças evitáveis (Rosen et al., 2000; Eriksson et al., 2008).

O grande número de aposentadorias precoce devido a problemas de saúde é outro desafio para a gestão da atenção à saúde do servidor porque provoca um fardo econômico significativo para a sociedade e pode ter outros efeitos sociais importantes. Esta carga pode ser substancialmente reduzida através da PSLT destinada a compreender e a transformar as condições de trabalho. Maiores reduções poderiam ser alcançadas por meio da modificação das práticas de trabalho, a fim de manter ativos os servidores que apesar de suas doenças crônicas ainda são capazes de trabalhar de forma eficiente.

Tais evidências provocaram o desafio de se ampliar o conceito de saúde ocupa-

cional, até então restrito à prevenção de doenças ocupacionais e lesões, para um conceito amplo o suficiente para abarcar a proteção generalizada e a promoção da saúde e das habilidades de cada trabalhador (WHO/ECEH, 1999).

A PSLT traz uma crítica aos serviços tradicionais de medicina do trabalho ou de saúde e segurança ocupacional, cujas ações se restringiram ao diagnóstico clínico ou a um assunto específico de desvio ou de estilo de vida. Por exemplo, durante as campanhas contra o tabagismo, os sujeitos são convocados para assistirem a palestras (por vezes, de caráter punitivo) ao invés de serem chamados para participar de sessões que lhes permitam expressarem sua compreensão e autopercepção do hábito tabagista. As palestras isoladamente costumam ter curta duração, não desenvolverem nenhum ou raros mecanismos de avaliação, e não terem a preocupação de verificar a sustentabilidade da mudança ou transformações dos estilos de vida focados.

A mudança do paradigma da assistência médica foi motivada pelo reconhecimento do papel central da formação de funcionários para o desenvolvimento de competências e autonomia.

A PSLT é a expressão de uma política de saúde abrangente que busca garantir o estabelecimento de uma infraestrutura que permita aos servidores compartilhar interesses e saberes (trabalho e saúde).

1.5 Agir nos locais de trabalho visando à proteção da saúde dos servidores

Participação dos Servidores – assegurar o direito de participação dos servidores, em todas as etapas do processo de atenção à saúde, é estratégia de valorização do seu saber sobre o trabalho.

(Brasil, 2010a, seção 2, artigo 5 §4)

Instruir-se sobre a maneira de proteger a própria saúde e assim manter seu emprego, suas habilidades de trabalho e sua independência financeira é um dos objetivos da PSLT. A participação é uma estratégia que busca viabilizar a oportunidade de o trabalhador controlar o projeto do seu local de trabalho e o plano de suas atividades de trabalho (Zalk, 2001). Tem-se como premissa o saber-fazer dos sujeitos que conhecem a sua missão e inventam soluções para problemas inesperados. Tal experiência os coloca em posição vantajosa quando o tema é ambiente de trabalho saudável.

O planejamento das atividades sanitárias gera empoderamento dos trabalhadores, como se vê no caso da mudança de leiaute e pode criar as condições para que eles próprios tomem as decisões relacionadas com as suas necessidades em saúde e condições de trabalho.

Contudo, as prioridades dos trabalhadores nem sempre coincidem com as prioridades que a hierarquia desenha para eles ou até mesmo com as prioridades dos profissionais da saúde que os atendem em seus serviços.

Assumindo que a crença dos indivíduos em sua invulnerabilidade pode influenciar a percepção deles sobre a intensidade do risco (uso de tabaco, por exemplo) e explicar a baixa adesão aos programas antitabagismo, a estratégia da PSLT privilegiaria sessões, oficinas, recursos facilitadores das comunicações interpessoais baseados no fortalecimento do depoimento dos pares que é, incontestavelmente, potente para convencer e abrir caminhos:

Mensagens antifumo voltadas para perdas em curto prazo parecem ter aumentado a conscientização dos fumantes mais pesados em relação à sua própria vulnerabilidade (Szklo & Coutinho, 2009).

Tem mais eficácia a campanha realizada pelos pares, no caso, o depoimento

dos colegas que pararam de fumar sobre os sintomas que aparecem nas primeiras semanas, como a irritabilidade associada à abstinência da nicotina. Ouvir dos pares, colegas de trabalho ou da própria hierarquia que esses sintomas desaparecem com o passar do tempo pode ser encorajador. Informar que existem estratégias, como remédios, chás, gomas de mascar, e que o sucesso delas também depende de uma boa dose de tolerância e paciência pode ser útil. Mais útil ainda é ver de seus próprios olhos a satisfação do colega que interrompeu o hábito tabagista, sua disposição e estado geral depois de algumas semanas.

Quais seriam as necessidades dos trabalhadores alvo das ações da PSLT? De fato, quem define as necessidades? Tradicionalmente, os sistemas médico-centrados consagraram pouca escuta ao indivíduo e suas representações. Se o planejamento das necessidades é a chave do processo, a avaliação das necessidades deve ser conduzida pelos usuários dos serviços e sistemas, de modo que esta avaliação (de caráter educativo) e o próprio planejamento se convertam em parte do próprio processo. Tal dinâmica engendra forças às organizações locais, conforme estabelecido na Norma Operacional de Saúde do Servidor (Noss)/2010 (Brasil, 2010a, seção 3, artigo 6 §VI).

A abordagem do local de trabalho onde o servidor está inserido pode ajudar a compreender as queixas de saúde registradas na U-Siass. O desgaste ocupacional é sentido mais intensamente por enfermeiros de hospitais do que por aqueles lotados em instituições não hospitalares. Enfermeiros de hospitais trabalham mais horas por semana, têm maior contato com paciente, têm menos oportunidades de pausa no horário estipulado e se deparam com escassez de pessoal com efeitos consideráveis sobre a carga de trabalho (Sveinsdóttir, Biering & Alfons, 2006).

A criação de comissões locais de saúde do servidor possibilitará o incremento de ações de promoção, pois essas organizações constituem espaços no qual o servidor pode reconhecer os riscos à saúde e à segurança, assim como negociar com a Administração mudanças no ambiente e na organização do trabalho (Brasil 2010b: 4)

Em várias situações dos serviços públicos, os trabalhadores envolvidos em sua missão podem se sentir fracassados e impotentes para ajudar o usuário. Somam-se a essa realidade os conflitos éticos e morais oriundos das contradições entre a missão humanitária e as regulações burocráticas que operam os serviços de caráter público. Se por um lado, é possível a gratificação, a satisfação e o envolvimento com o trabalho cujo produto é cuidar do outro em situação de desespero; por outro, estão bem descritos os sentimentos de aversão ao trabalho com forte associação ao *burnout*. Os trabalhadores dos serviços públicos se sentem tão infelizes quanto os clientes com os quais estabelecem relação direta e normalmente ficam mais esgotados com o trabalho e mais insatisfeitos quando comparados aos trabalhadores de escritório (Takeda, 2005). Veja-se o exemplo do setor penitenciário. A natureza das tarefas realizadas implica contato direto com os internos para revistar as celas e os indivíduos, realizar a vigilância interna da unidade, conduzir e disciplinar a refeição dos presos. Por terem contato direto com os internos, os agentes são vistos como um dos responsáveis pela manutenção do seu confinamento, fato que explica sua exposição frequente a diversas situações geradoras de estresse, tais como intimidações, agressões e ameaças, possibilidade de rebeliões nas quais podem perder a vida ou serem utilizados como reféns. Os agentes penitenciários experimentam durante toda sua jornada uma incerteza quanto à eficiência da segurança na unidade onde trabalham. A possibilidade de rebelião, fuga em massa, resistência armada de presos em decorrência de fa-

lhas na segurança são preocupações diárias (Fernandes *et al.*, 2002).

O controle do trabalhador sobre a concepção ou sobre o projeto do seu trabalho geralmente é baixo ou pelo menos menor do que o controle que dispõem os gestores e a hierarquia. Tal característica presente no setor público é um bloqueio para a eficácia do processo participativo. Certamente, participar não se resume à presença nas campanhas e reuniões (que são importantes também) de divulgação dos hábitos saudáveis. Participar depende das margens que os trabalhadores terão para lançar mão de sua experiência ou da experiência de seu colega tanto no que se refere aos *modus operandis* que permitiram êxito no tratamento de um dossiê, por exemplo, quanto no que se refere às estratégias para evitar situações nocivas para a saúde.

Não é incomum a efetivação de mudanças antes mesmo de sua comunicação. Ora, a qualidade do trabalho é beneficiada quando os trabalhadores contam com um clima de confiança entre si e com a gerência. Trata-se do apoio social. Nem sempre os gestores do trabalho estão realmente dispostos, com tempo ou preparados para capacitar trabalhadores a determinarem suas próprias soluções. A percepção de ausência de apoio está desfavoravelmente associada à saúde mental (Regehr & Millar, 2008). Encontraram-se conexões entre o sofrimento no trabalho e o modo de gestão técnico-burocrático (em suas características mais latentes, como a hierarquia e a burocracia) em um órgão público federal do Judiciário, cujos cargos específicos eram os de analistas judiciários e técnicos judiciários (Nunes & Lins, 2009).

1.6 Casos relacionados ao ambiente de trabalho nos serviços públicos

1.6.1. Ultrapassando os limites do corpo: efeitos sobre a saúde

Ao examinar as diferentes dimensões do trabalho docente nas escolas (desenvolvimento do conteúdo, domínio da sala de aula, apoio da gestão), os resultados obtidos das pesquisas reforçam a hipótese sobre a associação entre as características do ambiente técnico-organizacional das escolas e o adoecimento dos educadores.

Precariedade e altas demandas no trabalho, incluindo demandas emocionais, junto à falta de facilitadores e de recursos, podem explicar as situações negativas que os estudos identificaram. Exemplificando, os problemas psiquiátricos são responsáveis pela maioria dos afastamentos por licenças médicas e estão associados à sobrecarga emocional derivada das exigências de investimentos pessoais dos professores em suas relações com alunos, pais e comunidade. Diferenciais de exposição à precariedade das condições de trabalho e às múltiplas exigências que caracterizam o atual contexto do sistema escolar se relacionam aos índices de sofrimento e de degradação da saúde dos docentes, como atestam as taxas de absenteísmo justificados por licenças médicas dos professores em várias regiões do Brasil.

Retóricas dos planos dos governantes se sobrepõem à estratégia 'máximo de resultados e baixos investimentos'. Além disso, a composição social dos alunos matriculados na escola e as expectativas diversificadas de suas famílias atuam para influenciar a intensificação do trabalho

docente sem que as condições para operar tenham sido modificadas. Tal dinâmica está expressa no sofrimento docente que vem se configurando enquanto um problema de saúde pública, haja vista a proporção de professores atingidos.

O contexto do sistema escolar é atravessado por realidades complexas que se entrecruzam para gerar demandas específicas aos professores. Embora o local de sua atuação – a sala de aula – tenha se mantido, as práticas escolares ao penetrarem no espaço e no tempo, refletem novas configurações políticas, sociais, familiares e geracionais. Tais práticas escolares devem ser assumidas pelos docentes como resposta às (re) orientações das políticas educacionais e interferem ou até determinam os fazimentos laborais que ultrapassam os limites do funcionamento biológico e psicológico sem que as condições de recuperação sejam garantidas ou previstas, como atestam os dados sobre os problemas vocais que serão citados mais adiante.

Dito de outra forma, o docente encontra-se posicionado no fluxo da vida escolar que é determinado por escolhas ocorridas no plano macroestrutural, mas também pelas expectativas diversificadas das famílias dos seus alunos. Quanto aos últimos, parecem manter uma relação ambígua com a instituição escolar, por vezes transgredindo, por outras obedecendo as suas regras. Os alunos expressam interesse nos aspectos relacionais – entre os quais se destacam a turma, os colegas, os intervalos, as festividades, os jogos –, mas tomam distância quando no determinado tempo e espaço pedagógico o professor convoca e tenta organizar trabalhos escolares. Seriam necessários ajustes para diminuir a tensão enfrentada pelo docente quando se depara com a figura do aluno que assume outras feições além daquelas esperadas da criança e do adolescente. Como pensar a escola para esta geração?

A sala de aula é o local onde se dá o envolvimento face a face que reclama qualidades pedagógicas do docente, mas, sobretudo, nos tempos atuais, saberes específicos para diagnosticar os novos problemas e buscar novas soluções.

Pais e famílias expressam múltiplos significados sobre os benefícios e sobre os conflitos escolares. Desejam que seus filhos estudem em ambientes seguros, sejam aprovados e apostam nos ganhos futuros. No entanto, são constantes os atos de agressão e violências, os quais estão associados às taxas de adoecimento psíquico e vocal e aos índices de afastamento dos docentes.

Vejamos os dados sobre as agressões vivenciadas pelos docentes de Belo Horizonte. Os resultados mostram uma associação forte e com gradiente de intensidade positivo entre a alta prevalência de transtornos mentais (50,3% dos professores que participaram do estudo) e todas as variáveis relacionadas à experiência de violência na escola, à percepção negativa sobre o trabalho e às condições do ambiente físico. Características individuais não explicaram as taxas de adoecimento (Assunção & Oliveira, 2009).

Quanto mais pobre e carente o contexto no qual a escola está inserida, mais demandas chegam até ela e, consequentemente, aos docentes. O sistema espera preparo, formação e estímulo do sujeito docente para exercer o pleno domínio da sala de aula e para responder às exigências que chegam à escola no grau de diversidade que apresentam e na urgência que reclamam, mas oferecem poucos recursos. Os docentes se encontram muitas vezes diante de situações para as quais não se sentem preparados, seja pela sua formação profissional ou mesmo por sua experiência progressa.

Escassos recursos explicam ao menos em parte a precariedade das condições

que os docentes encontram para operar. Efetivos mal dimensionados estão na raiz do excesso de horas de trabalho e da aglomeração de alunos por turma (em média 27 alunos). Atividades exigidas sem carga horária especificada absorvem o tempo do docente quando ele está fora da escola. Alunos que repulsam as atividades de ensino, o espaço e o tempo letivo se veem confinados em uma sala de aula sem dispositivos pedagógicos. Diante dessa situação, vimos o professor lançar mão do único recurso que lhe resta: o seu aparelho fonador.

Tais realidades estão associadas à prevalência do diagnóstico de disfonia na rede pública de ensino em Belo Horizonte: em 2009, encontraram-se 31,6% no grupo que respondeu ao inquérito. Exames fonoaudiológicos identificaram lesões orgânicas em docentes sob tratamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Esses dados confirmam o desgaste vocal e enfraquecem a hipótese sobre o caráter exclusivamente subjetivo da disfonia ocupacional. A insuficiência dos recursos técnicos e a existência de equipamentos em precário estado de conservação foram associados à disfonia relatada.

Outros pesquisadores encontram resultados preocupantes. A queixa de rouquidão nos últimos seis meses foi referida por 59,2% da amostra de professoras em Vitória da Conquista, na Bahia. Em Belo Horizonte, apenas dois terços das professoras confirmaram fadiga vocal nos últimos 15 dias. Os resultados esclarecem que uso constante da voz e a necessidade de sobrepor o ruído com maior esforço vocal estão na origem do problema (Araújo & Carvalho, 2009).

A invisibilidade do trabalho está na base da negação pelos gestores das taxas inaceitáveis de absenteísmo-doença. De um lado, a tentativa de ocultação (pu-

nir os servidores com registro de absenteísmo) de uma realidade que pode ser transformada para o bem-comum (as doenças do trabalho são evitáveis). Eis aí o paradoxo dos decretos municipais e estaduais que premiam professores que não registraram licenças médicas, faltas ou afastamento. Outros decretos introjetam o tempo ocupado pelas licenças médicas no cálculo da aposentaria.

A dignidade da profissão também é posta em causa em situações que confirmam a falta de autoridade dos professores junto aos alunos e suas famílias. Registramos em uma de nossas pesquisas o aluno enfrentar a professora dizendo: “Lá na Alemanha o carro anda na velocidade da luz, mas para derrubar a professora basta uma bicicleta”.

O apoio social e fraco e a perda do reconhecimento social estão na base dos sentimentos de frustração e de desânimo com estreitas associações aos quadros depressivos registrados (Noronha, Assunção & Oliveira, 2008). À pergunta ‘o que é ser professor?’, obtivemos as seguintes respostas:

“– É chegar em casa cansada e não ter vontade de fazer nada... se sentir deprimida e frustrada... ficar de baixo astral por não conseguir fazer aquilo que gostaria de fazer”.

“– É ficar irritada por não conseguir fazer o aluno prestar atenção”.

“– É ter que ficar separando briga”.

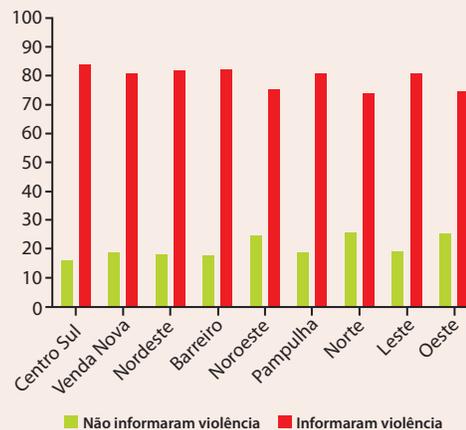
“– É ter que estar sempre atenta, não poder relaxar”.

“– É não ter seu trabalho reconhecido”.

Em 2005, 2.557 professores (79,9%) informaram ter vivenciado pelo menos um episódio de agressão ou ameaça envolvendo aluno, familiares, agentes da escola. O Gráfico 1 ilustra as porcentagens de acordo com a região geográfica

das escolas em Belo Horizonte.

Gráfico 1 – Porcentagem de professores que informaram episódios de violência na escola pública em Belo Horizonte, 2005



Obs: Pesquisa que contou com o apoio do CNPq: Ensinar sob condições precárias: efeitos sobre a saúde. Ada Ávila Assunção.

Em suma, as ideias apresentadas anteriormente serviram de apoio para a política de atenção a saúde do servidor. Na Noss tem-se:

- planejar, coordenar e executar as ações de vigilância e promoção à saúde, propondo medidas de prevenção e de correção nos ambientes e processos de trabalho;
- sistematizar e analisar os dados gerados nas ações de vigilância e promoção à saúde, notificando os agravos relacionados ao trabalho no sistema Siape-Saúde;
- emitir laudos e relatórios dos ambientes e processos de trabalho, bem como produzir documentos circunstanciados sobre os agravos à saúde do servidor com vistas ao estabelecimento de nexos dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
- elaborar o perfil epidemiológico da saúde dos servidores, a partir de fontes de informação existentes com o objetivo de subsidiar as ações de atenção à saúde do servidor; e
- propor ações voltadas à promoção da saúde e à humanização do trabalho, em especial a melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e de doenças relacionadas ao trabalho. (Brasil, 2010a, seção 3, artigo 6 §V)

1.6.2. Vigilância dos ambientes de trabalho: o caso do novo leiaute do setor de compras

O setor de compras de uma universidade encontrava-se em face de mudanças em suas instalações. Estava sendo desenvolvido um projeto de leiaute panorâmico em todas as unidades do prédio onde funcionava a unidade administrativa.

Os agentes desconheciam qualquer proposta ou decisão sobre o assunto: objetivos da mudança e sua finalidade. As primeiras entrevistas revelaram divergências quanto ao projeto de leiaute panorâmico que estava sendo avaliado.

Os idealizadores do leiaute panorâmico argumentam que a nova disposição das divisórias facilitaria os contatos pessoais, pois os funcionários estariam mais próximos uns dos outros. Os funcionários demonstravam insatisfação quanto ao conforto térmico e luminoso e, sobretudo, mencionavam insistentemente a falta de privacidade e até mesmo a probabilidade de invasão dos clientes que vinham apresentar solicitações ou acompanhar pedidos de compra diariamente.

O ponto de vista dos funcionários evocava outros elementos além daqueles descritos anteriormente. Em primeiro lugar, temiam a exposição à aglomeração de pessoas e levantavam a hipótese de comprometimento da necessária concentração para o exercício de suas atividades. Para eles, em tal situação o ruído ambiente seria insuportável, pois além das conversas das pessoas trabalhando em uma mesma sala, estariam expostos ao ruído das companhias dos telefones. Este temor se justificaria em se tratando de tarefas com fortes exigências de concentração, atenção e, às vezes, necessidade de privacidade.

1. A definição do arranjo físico está articulada às necessidades dos trabalhadores para responderem às demandas das tarefas e deve favorecer a atividade.

2. A atividade em diversos setores exige concentração e certa privacidade no tratamento das demandas.

O setor de compras está localizado na unidade administrativa em um prédio de quatro andares. No interior das salas escuta-se o barulho de carros, ônibus e caminhões que passam na rua ao lado do prédio. Além disso, o barulho intenso da música, também na rua, a conversa dos trabalhadores ao telefone, ou mesmo falando entre si, são fatores que contribuem para o aumento do ruído. Estas dificuldades aumentam o esforço mental necessário para o desenvolvimento das tarefas e a ansiedade na incerteza da compreensão e do acerto das informações.

“– Não sou a favor da sala cheia, você se distrai e costuma errar o serviço. E até você encontrar o erro gasta um tempo muito grande”

“– O barulho atrapalha quando preciso me concentrar, todo o tempo há algum tipo de dispersão”.

Em alguns setores, falta um local apropriado para os trabalhadores receberem o cliente externo, com os equipamentos necessários (computador e impressora) para pesquisar respostas que o cliente necessita com mais agilidade.

“– Tenho medo de faltar privacidade para fazermos o serviço”.

As atividades do setor de compras, em geral, exigem alto grau de concentração. As tarefas de conferência, emissão e análise de documentos e de faturas, elaboração de relatórios financeiros e cadastrais são exemplos de tarefas desenvolvidas sob alta exigência cognitiva, em particular devido à informatização, associada às

pressões advindas de exigências pessoais e temporais. Identificou-se sobrecarga cognitiva, ritmo de trabalho acelerado e carga mental elevada.

As atividades rotineiras, uma vez realizadas de acordo com normas preestabelecidas, também requerem concentração e atenção. Essa é uma característica marcante que revela um aspecto importante do conteúdo da atividade, indicando ausência de variabilidade no processo de trabalho e contribuindo para sobrecarga monótona com posturas forçadas, e alto grau de concentração.

Adotou-se a premissa da valorização do servidor. Nessa direção, a reestruturação dos ambientes de trabalho teria que envolver os trabalhadores usuários das novas instalações, mobiliário e equipamentos. Anteriormente, foi negada aos trabalhadores a participação tanto na elaboração dos objetivos do projeto quanto da manifestação das necessidades do trabalho que deveriam orientar os projetos

arquitetônicos. O clima estava tenso.

A equipe Siass manifestou a preocupação em reverter a situação, favorecendo a confrontação dos pontos de vista. Sabia que a organização espacial pode ser desencadeadora de relações tensas. Sugeriu-se primeiramente que o projeto do novo leiaute fosse submetido ao conjunto dos servidores a fim de facilitar o conhecimento da proposta e a manifestação de entraves e facilitadores originados no desenvolvimento das tarefas para o uso das futuras instalações.

A equipe se dirigiu ao setor e promoveu uma reunião entre os técnicos da Divisão de Arquitetura e Obras e os futuros usuários das instalações projetadas. Diferentes pontos de vista se confrontaram. A estratégia da U-Siass e o desenvolvimento dos seus argumentos denotavam a ciência quanto às vantagens de mudanças baseadas em estudos prévios e em análise global da situação real, em geral, mais duradouras e eficazes.

Quadro 1 – Vantagens e Desvantagens do leiaute panorâmico segundo diferentes interlocutores

	Vantagens	Desvantagens
Hierarquia	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita contato interpessoal. • Decisão tomada. 	
Servidores		<ul style="list-style-type: none"> • Invasão de privacidade na realização das tarefas. • Aumento de ruído. • Dificuldade para concentração.
Equipe Siass	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita contato interpessoal. • Permite melhorar visualmente o espaço físico. • Facilita as trocas necessárias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Invasão de privacidade durante o atendimento ao usuário. • Poluição sonora. • Dificuldade de concentração. • Sensação de estar sendo vigiado. • Perturbação do desenvolvimento das tarefas.

A equipe (Divisão de Arquitetura e Obras) adequou o projeto, ajustando a localização das divisórias de maneira a garantir privacidade no momento de atendimento do cliente (usuário do qua-

dro da universidade). Foi implantado material absorvedor de som nas próprias divisórias para evitar a indesejada propagação do som ambiente.

1.6.3. O caso do absenteísmo-doença

A ausência ao trabalho motivada por episódio de doença assume relevância na esfera do emprego público devido ao volume de licenças médicas e de dias não trabalhados no setor. Adicionalmente, registram-se mais frequências entre trabalhadores em ocupações que lidam com atendimento ao público, particularmente entre aqueles que prestam cuidados a doentes.

Resultados do estudo em uma instituição municipal pública no Brasil indicam associação positiva entre absenteísmo-doença e condições inadequadas de trabalho (Assunção, 2010). Quanto às condições de trabalho, elas podem contribuir para a doença, mas podem também influenciar a percepção da capacidade de trabalho (Eriksen, Bruusgaard & Knardahl, 2003), explicando, ao menos em parte, os resultados encontrados.

A carga da doença e a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) são elevadas mundialmente com prejuízos para os indivíduos e sociedade (Stansfeld, Fuhrer & Head, 2011). Em vários países, incluindo o Brasil, os TMC e as doenças musculoesqueléticas crônicas estão entre os principais fatores relacionados ao absenteísmo, principalmente os casos de depressão, ansiedade e distúrbios relacionados ao estresse, LER, lombalgia. Ou seja, os indivíduos francamente doentes são aqueles que se ausentam mais do trabalho e os tipos das doenças parecem indicar relação com condições inadequadas de trabalho.

O absenteísmo por LER e lombalgia pode ser atribuído aos sintomas de dor, mas também às dificuldades em enfrentar as demandas físicas do trabalho, as quais possivelmente contribuíram para agravar ou desencadear tais morbidades.

Não seria imprudente afirmar que repetidos episódios de absenteísmo-doença

constituam estratégias de enfrentamento aos episódios de dor, comuns nos casos de confirmação de diagnóstico de lombalgia e de LER/DORT.

Está identificada uma forte e consistente associação negativa entre a satisfação com as condições psicossociais de trabalho e o absenteísmo. A decisão de faltar ou não ao trabalho por um motivo de doença ou a decisão em comunicar um adoecimento é uma ação tomada num determinado quadro cultural e social, cujas características não são facilmente apreendidas. É necessário estabelecer cenários para a expressão dos problemas.

O processo de adoecer, faltar ao trabalho, melhorar e retornar ao trabalho pode indicar falta de equilíbrio entre o trabalhador e o ambiente de trabalho. Dito de outra forma, os problemas de saúde podem surgir como resultado de uma discrepância entre a carga de trabalho (exigências e necessidades) e a capacidade do trabalhador (aptidões e competências). Os trabalhadores sofrem influências organizacionais que interferem na motivação para não faltar e na pressão para comparecer, que se referem à oportunidade e à necessidade do absenteísmo (Roelen *et al.*, 2010).

Por fim, sabe-se que a duração do afastamento por doença até o retorno ao trabalho é relacionada diretamente ao tempo requerido para a recuperação (Roelen *et al.*, 2010). Contudo, é também certo tratar-se de um processo dinâmico que envolve não somente o restabelecimento da saúde físico-mental, mas inclui a adaptação ao trabalho e capacidade de resposta às demandas de desempenho.

Apesar de tais evidências, principalmente no setor público, o fenômeno tem sido considerado um problema socioeconômico e político mais do que um problema de saúde pública (Bowers, 2001).

O absenteísmo é um fenômeno mundial influenciado por fatores sociodemográficos, comportamentais, ocupacionais etc (Duijts *et al.*, 2007). Quanto às morbidades, são mais frequentes os afastamentos por doenças do aparelho respiratório, doenças do sistema musculoesquelético e transtornos mentais (Reis *et al.*, 2003).

Capítulo 1

A Promoção da Saúde nos Serviços Públicos Federais

1.7 Instrumento de Avaliação e Monitoramento

Iara Barreto Bassi

A tentativa de construção de um sistema de promoção da saúde dos trabalhadores dos serviços públicos federais convoca a elaboração de indicadores para alimentar as ações e permitir a avaliação dos seus resultados. São as informações geradas pelos indicadores que consolidam o controle e o planejamento dos processos organizacionais e dão respaldo para as tomadas de decisões.

Cada vez mais, a informação é fator determinante do sucesso de um projeto, pois é a partir de sua interpretação que o gestor toma decisões e formula planos que vão reger o destino da organização. Um sistema de indicadores não deve ser utilizado apenas para gerar tabelas e gráficos. Para a correta análise e interpretação dos indicadores, devem ser consideradas três vertentes: pessoa, tempo e espaço; respondendo às respectivas perguntas: quem?, quando?, onde?. Além do mais, os aspectos teóricos devem ser levados em conta.

A PSLT trata de um objeto que articula duas esferas distintas (trabalho e saúde) e por essa razão requer refinamento na abordagem. O primeiro passo é reconhecer tratar-se de um objeto multifacetado que implica diferentes níveis da organização humana.

A definição de padrões de avaliação é uma prática de escuta dos atores inseridos nos diversos planos dos sistemas de saúde, incluindo os usuários e suas associações. A importância dos indicadores, o que representam e as relações de causa e efeito necessariamente presentes devem estar claras para os usuários dos indicadores.

Dados disponíveis, quando traduzidos em informações, podem nortear as tomadas de decisões. A disponibilidade da informação é condição essencial para o reconhecimento de um determinado fenômeno possibilitando decisões baseadas em evidências e desenvolvimento de ações de saúde. Os indicadores apresentam a finalidade de quantificar os dados previamente coletados para determinado objetivo.

De acordo com a Rede Interagencial de Informações sobre a Saúde (RPSA, 2008), os indicadores constituem

medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.
(RPSA, 2008)

Instrumento de mensuração para o gerenciamento, avaliação e planejamento das ações em saúde, possibilitando mudanças efetivas nos processos e nos resultados, através do estabelecimento de metas e ações prioritárias que garantam a melhoria contínua e gradativa de uma situação ou agravo.
(OMS, 1981)

Os indicadores tornaram-se bem estabelecidos e são amplamente utilizados em muitos campos, da economia à ecologia e à saúde, e podem ser aplicados em nível global, regional, nacional, local, bem como em níveis setoriais.

A formulação dos indicadores é uma operação básica inerente aos sistemas de informação em saúde. No processo de formulação busca-se: definir o indicador propriamente dito, os dados a coletar para a composição do indicador selecionado ou construído, e os métodos e procedimentos de sua produção.

A construção do indicador busca garantir fidelidade ao processo a ele vinculado para não causar erros de

informação. A periodicidade a ser estabelecida para a coleta de dados e atualização dos indicadores depende da compatibilização das melhorias a serem aplicadas e das possibilidades físicas e estruturais para a medição.

O planejamento das ações educativas em saúde será realizado com base nas informações epidemiológicas resultantes das avaliações dos ambientes e processos de trabalho e do acompanhamento da saúde do servidor. (Brasil, 2010a, seção 4, artigo 7 §III)

Se forem adequadamente desenvolvidos e gerados de forma regular, os indicadores de saúde são ferramentas que podem ser utilizadas para a produção de evidências com a finalidade de identificação de problemas, indicação de prioridades e monitoramento de serviços, auxiliando no desenvolvimento e no resultado de políticas para determinada população.

Levando-se em conta que o resultado de um indicador é uma fotografia de um dado momento, ao planejar a construção de determinado indicador é de fundamental importância estar atento aos aspectos que garantem a qualidade dos dados. São eles: mensurabilidade (dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades), custo efetividade (os resultados justificam os investimentos de tempo e custo), integridade ou completude (dados completos) e consistência interna (valores coerentes e não contraditórios).

Recomenda-se uma lista mínima de indicadores utilizados, mas suficiente o bastante para os propósitos da PSLT e arquitetada com base em critérios estatísticos, sendo disponíveis e de fácil compreensão para gerentes, gestores e atores do controle social do sistema de saúde. É importante preservar os critérios de qualidade, confiabilidade (medida pelo grau de dispersão e de concordância entre as medidas) e validade (capacidade de estudar o evento-alvo).

No caso específico das U-Siass, busca-se identificar a existência de dados que viabilizem a construção de um banco interserviços. A ideia é partir de dados simples e que sejam comuns às unidades, para, em seguida, dimensionar situações por eles indicadas.

Diante de um diagnóstico preliminar, será possível:

- identificar as dificuldades próprias a cada sistema local para a coleta e sistematização de informações atinentes à saúde e às condições de trabalho dos servidores;
- descrever as especificidades locais quanto à estrutura do(s) seu(s) sistemas de saúde em geral;
- descrever as especificidades locais quanto à sua estrutura de fomento, proteção e acompanhamento dos trabalhadores.

Reproduzindo a concepção e estrutura de qualquer sistema de informação em saúde, almeja-se o monitoramento contínuo das ações como estratégia para a institucionalização da prática de acompanhamento sistemático de serviços.

Está aberto um processo para se definir as dimensões do(s) indicador(es) no âmbito de cada unidade do SIASS. O (s) indicador (es) deve (m) servir ao acompanhamento e ao monitoramento contínuo das ações/intervenções no campo. Busca-se descrever as estruturas locais disponíveis no tocante ao sistema de informação sobre as condições de trabalho e saúde.

Enfim, os indicadores desencadeiam processos de melhorias incrementais e revolucionárias, quando permitem, mediante valores comparativos referenciais, demonstrar o posicionamento dos processos e, conseqüentemente, da organização em que atuam.

1.8 À Guisa de Conclusão

As tensões no processo de elaboração e desenvolvimento da política do Siasg geraram forças positivas para projetar um sistema de múltiplos níveis que integram a abordagem das estratégias do indivíduo, das organizações e das tendências.

O Siasg e todo o movimento organizado dos servidores que arquitetou o seu formato configuram uma oportunidade para transformar a desejada ruptura paradigmática no campo da saúde do trabalhador (Andrade, 2009) no qual ainda persistem abordagens fortemente amparadas no modelo fordista do posto de trabalho que inspirou a medicina do trabalho e seu componente de classe (dos proprietários dos meios de produção).

Avaliações ainda esparsas dão conta de que no setor público federal as práticas dos serviços de medicina (independentemente de sua nomeação) se caracterizaram pela falta de rigor, uma vez que as atividades isoladas ou aquelas que adotaram enfoques amplos mas pouco sofisticados não foram sustentadas pelo controle e avaliação dos resultados.

Raramente, as atividades ocupacionais fizeram parte de uma estratégia coordenada cujo enfoque integrado para análise dos problemas requereu planejamento dos programas, avaliação, implantação de procedimentos e protocolos.

O médico do trabalho não mais ficará isolado em seu consultório, ao contrário, uma equipe multidisciplinar passa a operar contando com um conjunto de profissionais.

A afinidade e os interesses comuns do grupo-alvo articulados em torno de projetos ocupacionais podem facilitar o exercício de pleitos que fomentem a participação e a manutenção das atividades

de promoção da saúde. A relativa estabilidade dos modelos (a maioria dos servidores continua na mesma organização por longos períodos) tornaria possível, por exemplo, a prática de comportamentos saudáveis (WHO/ECEH, 1999; Dugdill & Springett, 2007).

Por fim, atividades de promoção da saúde – se implementadas adequadamente – podem ser mais efetivas na redução do custo gerado pela doença e lesão do que o custo de simplesmente aperfeiçoar os serviços de tratamento.

1.9 Referências

- ANDRADE, E. T. *O Processo de implementação da política de atenção à saúde do trabalhador em instituições públicas federais: o desafio da integralidade*, 2009. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/2522>. Acesso em: 17 nov. 2011.
- ARAÚJO, T. M. de & CARVALHO, F. M. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. *Educação & Sociedade*, 30(107): 427-449, maio-ago. 2009.
- ASSUNÇÃO, A. A. *Absenteísmo-Doença em Servidores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. (Relatório de Pesquisa)
- ASSUNÇÃO, A. A. & OLIVEIRA, D. A. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. *Educação & Sociedade*, 30(107): 349-372, maio-ago. 2009.
- BALDWIN, P. J.; DODD, M. & WRATE, R. W. Young doctors' health-I How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Social Science & Medicine*, 45(1): 35-40, 1997.
- BRASIL. Secretaria de Recursos Humanos. Portaria Normativa n. 3, seção 3, artigo 6 §V; seção 1, artigo 4 §VIII, 7 maio 2010a. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor – Noss aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC. Disponível em: <www.proreh.ufu.br/sites/proreh.ufu.br/files/Portaria-Normativa-03.pdf>. Acesso 14 nov. 2011.
- BRASIL. Secretaria de Recursos Humanos. Ministério do Planejamento. Sistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor (Sias). *A Política de Atenção à Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor Público-Pass*. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos, Ministério do Planejamento, Sistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor (Sias). 2010. Disponível em: <www.funai.gov.br/ultimas/noticias/2_semestre_2010/julho/imagens/Portal.pdf>. Acesso 17 nov. 2011.
- BOWERS, T. Teacher absenteeism and ill health retirement: a review. *Cambridge Journal Education*, 31(2): 135-157, 2001.
- CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. 1ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, 17-21 nov. 1986. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011.
- CARVALHO, E. J. G. Reestruturação produtiva, reforma administrativa do Estado e gestão da educação. *Educação e Sociedade* 30(109): 1.139-1.166, 2009.
- CECÍLIO, L. C. O. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: possibilidades e limites. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(4): 973-983, 2000.
- D'AVILA, L. S. *et al.* Drug dispensing and information giving in Belo Horizonte, Brazil. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(7): 643-657, 2010.
- DEMEROUTI, E. *et al.* A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2): 454-464, 2000.
- DOWBOR, L. Inovação social e sustentabilidade. *Economia Global e Gestão*, 12(2): 9-33, 2007.
- DRACH-ZAHAVY, A. How does service worker's behavior affect their health? Service climate as a moderator in the service behavior-health relationships. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(2): 105-119, 2010.
- DUGDILL, L. & SPRINGETT, J. Evaluación de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SANTÉ (OPS). *Evaluación de la Promoción de la Salud*. Washington: OPS, 2007.
- DUIJTS, S. F. A. *et al.* A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60: 1.105-1.115, 2007.
- EPSTEIN, R. M. *et al.* Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science and Medicine*, 61: 1.516-1.528, 2005.
- ERIKSEN, W.; BRUUSGAARD, D. & KNARDAHL, S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occupational Environmental Medicine*, 60: 271-278, 2003.
- ERIKSSON, H-G. *et al.* Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. *British Medical Journal Public Health*, 8: 426, 2008.

- FERNANDES, R. C. P. *et al.* Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da região metropolitana de Salvador, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3): 807-816, 2002.
- GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In: SALERNO, M. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac, 2001.
- GARCIA, L. P. & FACCHINI, L. A. Vacinação contra a hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5): 1.130-1.140, 2008.
- GIATTI, L. & BARRETO, S. M. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da Pnad 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(6): 1.132-1.142, 2011.
- KAUR, S. *et al.* A study of job satisfaction and work environment perception among doctors in a Tertiary Hospital in Delhi. *Indian Journal of Medical Sciences*, 63(4): 139-144, 2009.
- KIVIMAKI, M. *et al.* Work stress and risk of cardiovascular morbidity: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325: 857, 2002.
- LEWIS, C. E. Disease prevention and health promotion practices of primary care physicians in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 4(supl. 4): 9-16, 1988.
- MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3): 667-673, 2007.
- MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365: 1.099-1.104, 2005.
- MATIAS, H. J. D. & PINHEIRO, J. Q. Desenvolvimento sustentável: um discurso sobre a relação entre desenvolvimento e natureza. *Psicologia & Sociedade*, 20(1): 134-143, 2008.
- MEAD, N. & BOWER, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51: 1.087-1.110, 2001.
- NORONHA, M. M. B.; ASSUNÇÃO, A. A. & OLIVEIRA, D. A. O sofrimento no trabalho docente: o caso das professoras da rede pública de Montes Claros, MG. *Trabalho, Educação & Saúde*, 6(1): 65-86, 2008.
- NUNES, A. V. L. & LINS, S. L. B. Servidores Públicos Federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. *Revista Psicologia e Organização do Trabalho*, 9(1): 51-67, 2009.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos Realizados en Logro de La Salud para Todos en el Año 2000*. Ginebra: OMS, 1981.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). El Foro Mundial pide acciones inmediatas para resolver la crisis mundial de personal sanitario. Comunicado de Prensa, 6 mar. 2008. *Kampala* - El primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr06/es/index.html>. Acesso em: 14 nov. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. /OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN, 2010.
- REGEHR, C. & MILLAR, D. Situation critical: high demand, low control, and low support in paramedic organizations. *Traumatology*, 13(1): 49-58, 2008.
- REINHARDT, E. L. & FISCHER, F. M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 25(5): 411-417, 2009.
- REIS, J. R. *et al.* Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37(5): 616-623, 2003.
- RODRÍGUEZ, P. G. & GARCÍA-INÉS, M. J. *El Desarrollo de políticas públicas locales como garantes de la satisfacción de los ciudadanos*. Madrid: Fundación Alternativas, 2008 (Caderno n. 30). Disponível em: <www.falternativas.org/en/estudios-de-progreso/documentos/documentos-de-trabajo/el-desarrollo-de-politicas-publicas-locales-como-garantes-de-la-satisfaccion-de-los-ciudadanos>. Acesso em: 14 nov. 2011.
- ROELEN, C. A. M. *et al.* Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1): 113-121, 2010.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE (RPSA). *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília: Opas, 2008.

SÁNCHEZ, A. I. M. & SILVA, E. C. De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables.. *Salud de los Trabajadores*, 18(2): 141-152, 2010.

SANTOS, J. P. & MATTOS, A. P. Absentismo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121): 148-156, 2010.

SIEGRIST, J. & MARMOT, M. Health inequalities and the psychosocial environment: two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58: 1.463-1.473, 2004.

STANTON, J. & CAANWENT, W. How many doctors are sick? *British Medical Journal*, 326: (7391): S97, 2003.

STANSFELD, S. A.; FUHRER, R. & HEAD, J. Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. *Occupational Environmental Medicine*, 68: 408-413, 2011.

SVEINSDÓTTIR, H.; BIERING, P. & ALFONS R. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43: 875-889, 2006.

SZKLO, A. S. & COUTINHO, E. S. F. Vulnerabilidade e percepção de saúde autorreferida entre fumantes leves e pesados: a relação com mensagens anti-fumo voltadas para o apelo ao medo imediato. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7): 1.534-1.542, 2009.

TAKEDA, F. The relationship of job type to burnout in social workers at social welfare offices. *Journal Occupational Health*, 47: 119-125, 2005.

TARNOW-MORDI, W. O. *et al.* Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit. *The Lancet*, 356: 185-189, 2000.

WADA, K. *et al.* Physician job satisfaction and working conditions in Japan. *Journal of Occupational Health*, 51: 261-266, 2009.

WALLACE, J. E.; LEMAIRE, J. B. & GHALI, W. A. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, 374: 1.714-1.721, 2009.

VIANELLO, L.; ASSUNÇÃO, A. A.; GAMA, A. C. C. Estratégias implementadas para enfrentar as exigências vocais da sala de aula: o caso das professoras readaptadas por disfonia. *Distúrbios da Comunicação*. 20(2): 163-70, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/ EUROPEAN CENTRE FOR ENVIRONMENT AND HEALTH (WHO/ECEH). *Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services*. Bilthoven: WHO, 1999. Disponível em: <www.who.int/occupational_health/regions/en/ocheurqualitymanagement.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2011.

ZALK, D. M. Grassroots ergonomics: initiating an ergonomics program utilizing participatory techniques. *Annals of Occupational Hygiene*, 45(4): 283-289, 2001.

Readaptação no Âmbito das U-Siass

Rosana Ferreira Sampaio

2.1 Antecedentes

A Política de Atenção à Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor Público na alínea referente à saúde explicita os eixos que sustentam a organização do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (Siass) e dentre estes aponta a perícia em saúde. O texto dá visibilidade à equipe multidisciplinar entendida como

parte integrante do processo de avaliação da capacidade laborativa, tendo a função de subsidiar as decisões periciais, avaliar o ambiente e o processo de trabalho, acompanhar os servidores afastados por motivos de saúde e dar suporte no tratamento e nas restrições de atividades, visando uma integração das ações de assistência, prevenção e promoção à saúde possibilitando um retorno mais rápido ao trabalho.

(Brasil, 2010)

A partir desta proposição, várias questões e desafios se colocam para as novas equipes que têm a missão de dar concretude ao Siass e de construir um modelo de atenção em readaptação. Entre essas questões, destacam-se:

1. Quais conceitos de incapacidade e de readaptação as equipes incorporarão?
2. Quais são os critérios técnicos de avaliação de incapacidade a serem adotados?
3. O que prevê a legislação referente ao tema?

4. Como as equipes multidisciplinares se articularão para unir esforços e competências em prol de um projeto de readaptação efetivo?

O critério central para a readaptação é o reconhecimento pericial da incapacidade laborativa. No *Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal* (Brasil, 2010)¹, incapacidade vem especificada como “impossibilidade de desempenhar as atribuições, definidas para os cargos, funções ou empregos decorrente de alterações patológicas congruentes a doenças ou acidentes” (Brasil, 2010: 2) e o conceito deve envolver em sua análise parâmetros como: grau (parcial ou total), duração (temporária ou permanente) e abrangência profissional (uniprofissional – impedimento para apenas uma atividade específica do cargo, função ou emprego; multiprofissional – o impedimento abrange diversas atividades do cargo, função ou emprego, e omniprofissional – impossibilidade de desempenhar toda e qualquer atividade laborativa que visa ao próprio sustento ou de sua família). No mesmo documento encontra-se em destaque: “A capacidade laborativa não implica ausência de doença ou lesão. Na avaliação da capacidade deve ser considerada a repercussão da doença ou lesão no despenho das atividades laborais” (Brasil, 2010: 2)

Concepções mais contemporâneas de incapacidade, pautadas em conhecimen-

Capítulo 2

Readaptação
no Âmbito das
U-SIASS

31

¹Disponível em:
<www.siapenet.gov.br>.

to técnico e científico, têm mostrado que a funcionalidade e a incapacidade humanas resultam de uma interação dinâmica entre um indivíduo com uma condição de saúde (doença, trauma, lesão, ou distúrbio) e o contexto em ele que está inserido. Assim, ser incapaz ou capaz depende de uma análise referenciada nas seguintes questões: incapaz/capaz para que e em quê condições?

Toma-se como exemplo hipotético e genérico a afirmativa de que uma trabalhadora com fratura de mão está incapacitada temporariamente para ser cozinheira, mas não para ser telefonista. Esta afirmativa procede? Como seria a vida real dessa telefonista com a mão fraturada?

A trabalhadora em questão tem 31 anos de idade, apresenta dificuldades na higiene pessoal e na alimentação, tem horário rígido e definido para entrar no trabalho, pouca flexibilidade nas tarefas, faz uso do transporte coletivo nos horários de pico e têm dificuldades para se segurar de pé no veículo. Portanto, quando se afirma somente a partir do diagnóstico que uma telefonista pode trabalhar com a mão fraturada, fatores sociais e econômicos não foram considerados e muito provavelmente não foi realizada uma avaliação do trabalho real desempenhado por ela e as exigências do mesmo. Nesse sentido, as atribuições da equipe multidisciplinar do Sias descreitas anteriormente abrem possibilidades de se abordar a incapacidade em toda sua complexidade, incorporando avaliações tanto do indivíduo quanto do seu trabalho.

Readaptação funcional, segundo consta da seção VII da lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, “é a investidura do servidor, indicada por avaliação pericial, em cargos de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação funcional que tenha sofrido em sua

capacidade física e mental”. De modo geral, após o encaminhamento do trabalhador para readaptação, compete à equipe multiprofissional iniciar as ações de cunho assistencial, profissionalização (não previsto na lei n. 8.112) e intervir no local de trabalho. Para isto, são importantes a definição de uma política de readaptação e a implantação de um programa de acolhimento dos trabalhadores na tentativa de impedir que a readaptação se transforme em um encaminhamento administrativo e burocrático.

Desse modo, faz-se necessário analisar a capacidade ou não para o trabalho em diversas atividades, com base em avaliações funcionais, nas exigências do trabalho a ser desempenhado e nos riscos potenciais ligados à interação entre o trabalhador, a doença/deficiência/lesão e o seu trabalho, observando sempre os aspectos legais. É imprescindível padronizar as avaliações da capacidade laborativa entre diferentes avaliadores e lançar mão de parâmetros objetivos que subsidiem o raciocínio clínico, diminuindo e limitando a subjetividade dos procedimentos de definição da existência de incapacidade.

O primeiro passo dessa análise consiste na avaliação qualitativa e quantitativa das potencialidades e perdas funcionais relacionadas às condições de saúde, identificando o que o trabalhador consegue ou não fazer. Usualmente na clínica, avaliações do *status* funcional consistem de análises das atividades de vida diária e da locomoção. Uma forma mais abrangente de análise baseia-se na *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF), da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), que apresenta um marco teórico para avaliar e classificar a saúde e os domínios a ela relacionados descritos como função e estrutura corporal, atividade e participação social de um indivíduo ou de uma população (vide texto de apoio e *checklist*). A CIF pode

ainda auxiliar a equipe multiprofissional na seleção de diferentes instrumentos padronizados de avaliação funcional disponíveis na literatura brasileira e em consonância com o modelo biopsicossocial da OMS.

Em seguida, cabe compreender como o trabalhador realiza suas atividades e os mecanismos que ele possui para alcançar seus objetivos com o menor desgaste, considerando a carga de trabalho envolvida neste processo e ainda as habilidades necessárias para a realização efetiva da tarefa. Tal avaliação, com foco na atividade e não na função comprometida, pode se pautar, por exemplo, em fluxogramas e ferramentas da ergonomia, análises de carga física e mental, dos agentes estressores, além de outras avaliações do ambiente e do processo de trabalho. Para isto, estão disponíveis diversos instrumentos e *checklists* que devem ser selecionados tendo em vista a qualificação e as competências de cada equipe na aplicação dos mesmos e no entendimento das informações disponibilizadas por eles. O desconhecimento dos riscos existentes no ambiente, no processo e nas relações de trabalho frequentemente resulta em baixa fixação dos trabalhadores em sua função ou em novos postos de trabalho.

O que está sendo proposto é que os diferentes profissionais envolvidos no processo de readaptação analisem e (re) conheçam as potencialidades do trabalhador, seus conhecimentos e competências e as barreiras e os facilitadores para o desempenho das suas atividades de trabalho. Com estas informações, a equipe poderá avançar no sentido de adequar as exigências do trabalho à capacidade de quem o realiza. É consenso que os resultados positivos da readaptação reduzem o tempo, bem como os custos dos afastamentos, evitando a incapacidade permanente para o trabalho.

A implantação e o reconhecimento

oficial de uma política de readaptação fortalecem a equipe multiprofissional, favorecendo a sua circulação e as articulações dentro da instituição não só no momento de analisar as atividades e os postos de trabalho como também durante as negociações relativas à reinserção do trabalhador. Por fim, cabe destacar que a readaptação é um fenômeno dinâmico, que envolve várias fases, incluindo aquelas referentes à adaptação do trabalhador, por isso é importante que a equipe crie mecanismos que permitam o acompanhamento psicossocial e o monitoramento longitudinal do desempenho dos trabalhadores reinseridos em situações de trabalho.

2.2 Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde – CIF: conceitos e aplicações

A versão final da CIF foi publicada pela OMS em 2001 e traduzida para o português em 2003, com os seguintes objetivos:

- fornecer uma base científica para descrever a saúde e as condições relacionadas à saúde, seus determinantes e efeitos;
- estabelecer uma linguagem internacional comum favorecendo a comunicação entre diferentes áreas e profissionais da saúde;
- prover um sistema de códigos que permita a criação de banco de dados relativos a funcionalidade e incapacidade e a comparação destas informações entre serviços, países e ao longo do tempo.

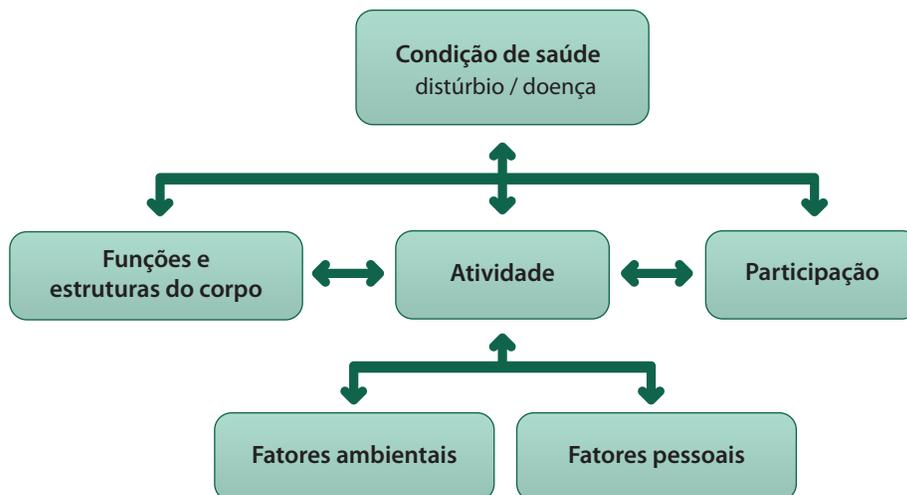
A CIF assim como a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) integram a família das classificações internacionais

desenvolvidas pela OMS e se complementam, disponibilizando sistemas de classificação que permitem descrever a doença ou a condição de saúde e o impacto ou as consequências desta na vida das pessoas. A CID, que se encontra na sua 10ª revisão, foi desenvolvida com base no modelo médico e fornece uma estrutura etiológica para se classificar diferentes condições de saúde (distúrbios, doenças ou lesões).

Por sua vez, a CIF também inclui um sistema de classificação e um modelo conceitual para descrever os processos de funcionalidade e incapacidade. O sistema de classificação pode ser usado para descrever o impacto funcional de uma condição de saúde na vida do indivíduo

e o modelo ajuda a entender e a organizar as informações provenientes de diferentes fontes de avaliação. O modelo de funcionalidade e incapacidade apresentado pela OMS adota uma abordagem biopsicossocial, refletindo a interação entre as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social) representada pelos componentes: estrutura e função corporal, atividade e participação. Nesse sentido, uma função ou incapacidade em um domínio resulta da interação entre uma condição de saúde e os fatores do contexto (fatores ambientais e pessoais). O processo de funcionalidade/incapacidade pode ser visualizado no organograma a seguir e é representado por dimensões distintas, mas inter-relacionadas (Figura 1).

Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF



Fonte: OMS, 2003.

De acordo com as definições apresentadas no livro da OMS (2003), ‘condição de saúde’ é um termo genérico utilizado para doença, distúrbio, lesão ou trauma, incluindo ainda estresse, envelhecimento, gravidez, anomalia congênita ou predisposição genéticas, e tais condições de saúde são codificadas pela CID-10. Os fatores do contexto representam o histórico completo da vida e do estilo de vida

de uma pessoa e são representados por dois componentes: fatores ambientais e fatores pessoais. Os ‘fatores ambientais’ são externos ao indivíduo, englobam o ambiente físico e social nos quais as pessoas vivem e conduzem suas vidas e podem exercer influência positiva (facilitadores) ou negativa (barreiras) nos processos de funcionalidade e incapacidade. Já os ‘fatores pessoais’ são características

particulares de cada indivíduo e compreendem elementos que não fazem parte da condição de saúde, tais como sexo, idade, aptidão física, estilo de vida, dentre outros.

Assim, a interação ou a relação complexa entre as condições de saúde e os fatores contextuais pode interferir na funcionalidade. Na CIF, funcionalidade é representada por três domínios, a saber: estrutura e função do corpo, atividade e participação. As ‘funções corporais’ são funções fisiológicas incluindo as funções psicológicas, e ‘estruturas corporais’ são partes anatômicas do corpo, como órgãos, membros e seus componentes. Um processo de incapacidade desencadeado pelas repercussões negativas de uma condição de saúde

nas estruturas e/ou funções corporais, tais como uma alteração importante ou uma perda, resultam em ‘deficiências’. O domínio intermediário de funcionalidade, denominado ‘atividade’, refere-se à execução de uma ação ou tarefa pelo indivíduo. No processo de incapacidade, ‘limitações’ nas atividades são dificuldades que o indivíduo encontra para executar estas tarefas. O terceiro domínio, chamado ‘participação’, se refere ao envolvimento do indivíduo em situações de vida ou ao desempenho de papéis socialmente esperados. Dificuldades encontradas pelo indivíduo neste envolvimento são entendidas como ‘restrições’ na participação social. O Quadro 1 a seguir apresenta uma síntese dos principais conceitos da CIF.

Quadro 1 – Visão geral dos componentes da CIF

Funções do corpo	são as funções fisiológicas dos sistemas do corpo (incluindo funções psicológicas).
Estruturas do corpo	são as partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes.
Deficiências	são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio significativo ou perda.
Atividade	é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.
Limitações de atividades	são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades.
Participação	é o envolvimento em situações de vida.
Restrição de participação	são problemas que um indivíduo pode encontrar ao se envolver em situações de vida.
Fatores ambientais	compõem o ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem suas vidas.

Fonte: adaptado de OMS, 2003.

A estrutura conceitual da CIF pressupõe interações dinâmicas entre seus elementos e/ou domínios; então, seguin-

do esta linha de raciocínio, duas pessoas com a mesma condição de saúde podem ter níveis ou *status* funcionais diferentes

devido aos fatores do contexto que compreendem as características pessoais e o ambiente. Esta estrutura conceitual pode ser usada na prática clínica para nortear as intervenções e as decisões da equipe de saúde responsável pelo trabalhador em reabilitação funcional² ou em processo de readaptação. A partir de avaliações dos diferentes domínios propostos na Figura 1, do raciocínio clínico e da exploração das prováveis interações entre os achados é possível compreender as potencialidades e as limitações apresentadas pelo trabalhador e tomar decisões sobre como intervir.

Quanto à definição das avaliações a serem usadas pelos profissionais que compõem a equipe, vários autores têm analisado os instrumentos já disponíveis na prática clínica sob a ótica do modelo biopsicossocial, correlacionando os seus itens com os diferentes domínios, indicando a sua adequação ou não à proposta teórica da CIF. Assim, ao decidir pelo uso de instrumentos, testes, avaliações específicas dos diferentes domínios da

CIF, os profissionais devem buscar evidências na literatura sobre a qualidade psicométrica dos mesmos, a viabilidade de aplicação com a população-alvo e a adequação teórica aos pressupostos do modelo biopsicossocial.

Outra ferramenta também direcionada a facilitar o processo de avaliação da funcionalidade humana é a definição pela OMS de agrupamentos de códigos (*core sets*) por condição de saúde. Dito de outro modo, os *core sets* são os principais itens dos domínios da CIF que devem ser avaliados ou considerados de maior relevância para diferentes condições de saúde (por exemplo, acidente vascular encefálico, obesidade, depressão, dor crônica, diabetes, doença pulmonar obstrutiva, doenças crônicas do coração, dentre outras). Uma avaliação simplificada da funcionalidade/incapacidade de um paciente com osteoartrite (OA) deve conter os itens listados a seguir (Quadro 2), avaliados da forma que os profissionais considerarem mais adequada à sua realidade de trabalho:

Quadro 2 – *Core set* mínimo para pacientes com osteoartrite

Função Corporal	b280 (sensação de dor); b710 (funções de mobilidade articular) e b730 (funções musculares).
Estruturas Corporais	s750 (estrutura da extremidade inferior); s730 (estrutura da extremidade superior), s770 (estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento).
Atividade e participação	d450 (caminhar); d540 (vestir); d445 (uso da mão e do braço).
Fatores ambientais	e115 (produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária); e310 (família imediata); e580 (serviços, sistemas e políticas de saúde); e150 (produtos e tecnologia usada em projetos, arquitetura e construção de uso público)

Avaliações de funcionalidade, de modo geral, devem se pautar na história; exames clínicos e observações; testes; questionários padronizados de autopercepção dos pacientes; medidas de inde-

pendência, ocupação ou limitação de participação social e demais medidas clínicas de função. Nesse sentido, o *checklist* (formulário clínico), que é uma versão resumida da CIF (ver Anexo 1), disponi-

² “Processo de duração limitada com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com incapacidade adquirida alcance os níveis físicos e mentais funcionais que possibilitem seu retorno ao trabalho. Todo servidor que apresente redução de sua capacidade funcional terá direito a beneficiar-se de reabilitação necessária à recuperação da sua capacidade” (Brasil, 2010: 5).

Capítulo 2

Readaptação no Âmbito das U-SIASS

biliza as principais categorias e seus respectivos qualificadores e pode auxiliar as equipes multiprofissionais a implantar a CIF nos Siass. Os qualificadores dão significado aos códigos da CIF e permitem definir a magnitude do nível de saúde (por exemplo, gravidade do problema que a pessoa apresenta). Pode-se observar pelo *checklist* (Anexo 1) que a CIF utiliza um sistema alfa numérico no qual as letras ‘b’ (do inglês *body*), ‘s’ (do inglês *structure*), ‘d’ (de domínio) e ‘e’ (do inglês *environment*) são usadas para nomear as funções do corpo, estruturas do corpo, atividade e participação e os fatores ambientais. As letras são seguidas por um código numérico que inicia com o número do capítulo (01 dígito), seguida pelo segundo nível (02 dígitos) e o terceiro e quarto nível (01 dígito). Quanto mais códigos, maior o nível de detalhamento da informação, seguindo a mesma lógica da CID-10. Segundo a OMS, na prática um conjunto de 3 a 18 códigos pode ser suficiente para descrever um caso com uma precisão de nível dois (02 dígitos). As descrições dos domínios de saúde e dos relacionados à saúde referem-se a sua aplicação em um dado momento, entretanto a utilização de múltiplos pontos no tempo permite descrever a trajetória funcional de um indivíduo longitudinalmente.

2.3 Capacidade para o trabalho: conceito e mensurações

No contexto atual dos Siass, o constructo capacidade para o trabalho (CT) bem como o seu indicador (ICT) podem contribuir para uniformizar e subsidiar o conjunto de avaliações realizadas pelas equipes multiprofissionais na promoção da saúde, assistência e reabilitação; produzir informações individuais e coletivas para a ação; e ainda possibilitar o moni-

toramento longitudinal dos servidores (Kadja *et al.*, 2005). Assim, tanto o conceito quanto o indicador podem auxiliar os profissionais de saúde ocupacional a detectar precocemente possíveis alterações que os servidores possam apresentar em sua funcionalidade no ambiente de trabalho, prevenindo desse modo o risco de incapacidade.

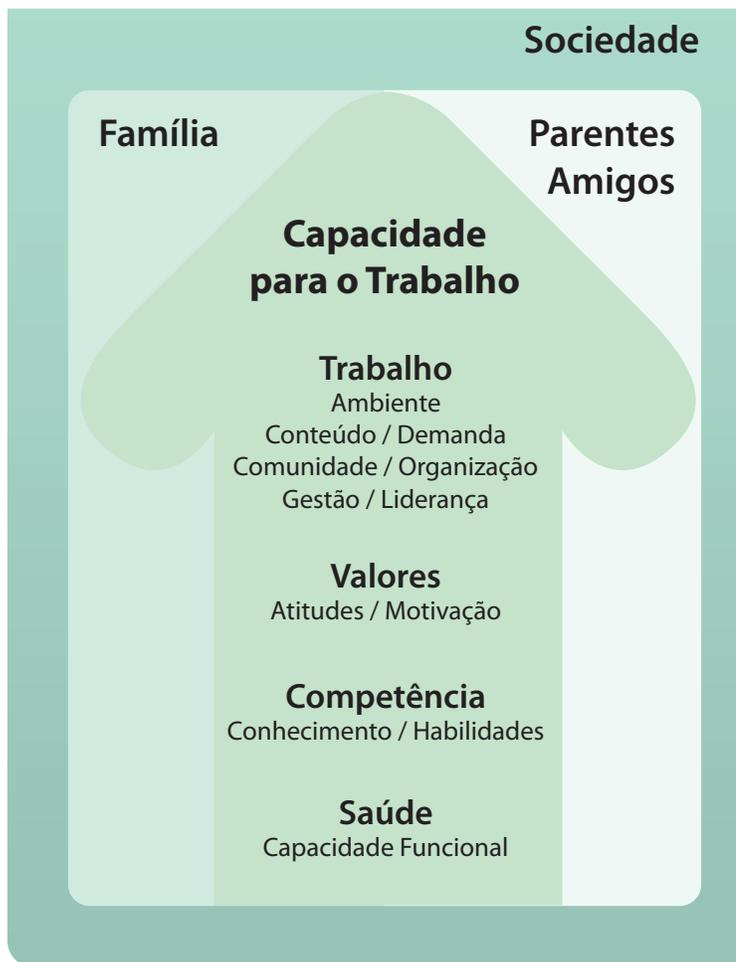
A discussão em torno desta temática iniciou-se na Finlândia nos anos 80, motivada por questões relativas ao tempo que os trabalhadores poderiam trabalhar e em que medida ‘ser capaz’ de trabalhar depende das demandas e do contexto de trabalho. Estudos iniciais desenvolvidos com empregados municipais finlandeses, com mais de 45 anos de idade, mostraram que a CT diminuiu significativamente em 30% dos participantes, manteve-se inalterada em 60% e melhorou em 10% em um período de 11 anos para ambos os sexos, bem como para as exigências físicas, mentais e mistas (físicas e mentais) do trabalho. Os resultados apontaram que gestão, ergonomia e estilo de vida explicaram tanto o declínio quanto a melhora da capacidade para o trabalho durante o envelhecimento. Estas evidências serviram para a implantação de programas de promoção da capacidade para o trabalho na Finlândia e vêm sendo cada vez mais difundidas mundialmente.

O conceito de capacidade para o trabalho evoluiu e ampliou o seu escopo na última década e é visto como um equilíbrio entre os recursos pessoais e o ambiente de trabalho. Capacidade para o trabalho, pode assim ser definida “quão bem está ou estará um(a) trabalhador(a), presentemente e em um futuro próximo, e quão capaz ele(a) pode executar seu trabalho em função das exigências de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais” (Martinez; Latorre & Fischer, 2010: 1.554).

Ao se buscar compreender como os aspectos relacionados à saúde, trabalho e CT interagem entre si, tomou-se como base o modelo multidimensional representado na Figura 2. A imagem holística da CT consiste nos recursos do indivíduo e fatores relacionados ao trabalho, e ainda de elementos tanto do ambiente interno quanto externo ao trabalho. Os três primeiros níveis formam os recursos do indivíduo, que compreendem a saúde e capacidade funcional, competência ou experiência profissional e valores e atitudes, respectivamente. O quarto nível é representado pelo trabalho com todas as suas dimensões: ambiente, conteúdo, demandas, organização e relações entre os trabalhadores. No entorno da CT estão

as organizações que dão suporte ao trabalho (ex.: saúde e segurança ocupacional), além da família e pessoas próximas (ex.: parentes, amigos). A área mais externa é constituída pela sociedade, a qual forma o ambiente macro da CT com seus serviços e políticas públicas. O desgaste que os trabalhadores vivenciam depende de estressores decorrentes do ambiente, ferramentas, cargas física e mental do trabalho, e ainda de características e recursos do próprio trabalhador. Estas interações podem desencadear respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, com possibilidade de impactar negativamente a capacidade para o trabalho e de levar ao adoecimento do indivíduo.

Figura 2 – Modelo multidimensional da capacidade para o trabalho



Fonte: adaptado de Gold *et al.*, 2008.

Para alcançar um equilíbrio, trabalho e recursos pessoais precisam ser continuamente combinados, e este equilíbrio não é uma constante. Os recursos pessoais podem se alterar, por exemplo, com a idade, o estilo de vida, a ocorrência de uma doença ou lesão e se estes recursos não estiverem proporcionalmente adap-

tados às exigências físicas e mentais do trabalho, a CT irá se deteriorar. Desse modo, a capacidade para o trabalho, pode variar em função de diversos fatores (Figura 3) e o trabalhador pode apresentar ao longo da sua vida laboral desde capacidade plena até incapacidade para o trabalho.

Figura 3 – Modelo teórico do estresse-desgaste



Fonte: adaptado de Ilmarinen *et al.*, 1991.

Baixa capacidade para o trabalho é um forte preditor de aposentadoria precoce, afastamento do trabalho por períodos prolongados e incapacidade permanente. Em contrapartida, estudos recentes têm demonstrado que capacidade para o trabalho excelente ou boa antes da aposentadoria está relacionada com melhor índice de capacidade para o trabalho físico, saúde e qualidade de vida após cinco anos de aposentadoria comparada com aqueles que apresentaram uma CT baixa. Estes resultados são importantes, pois indicam que a qualidade de vida de uma pessoa após a sua aposentadoria provavelmente depende da qualidade da sua vida ativa no período produtivo. Em síntese, os investimentos para um

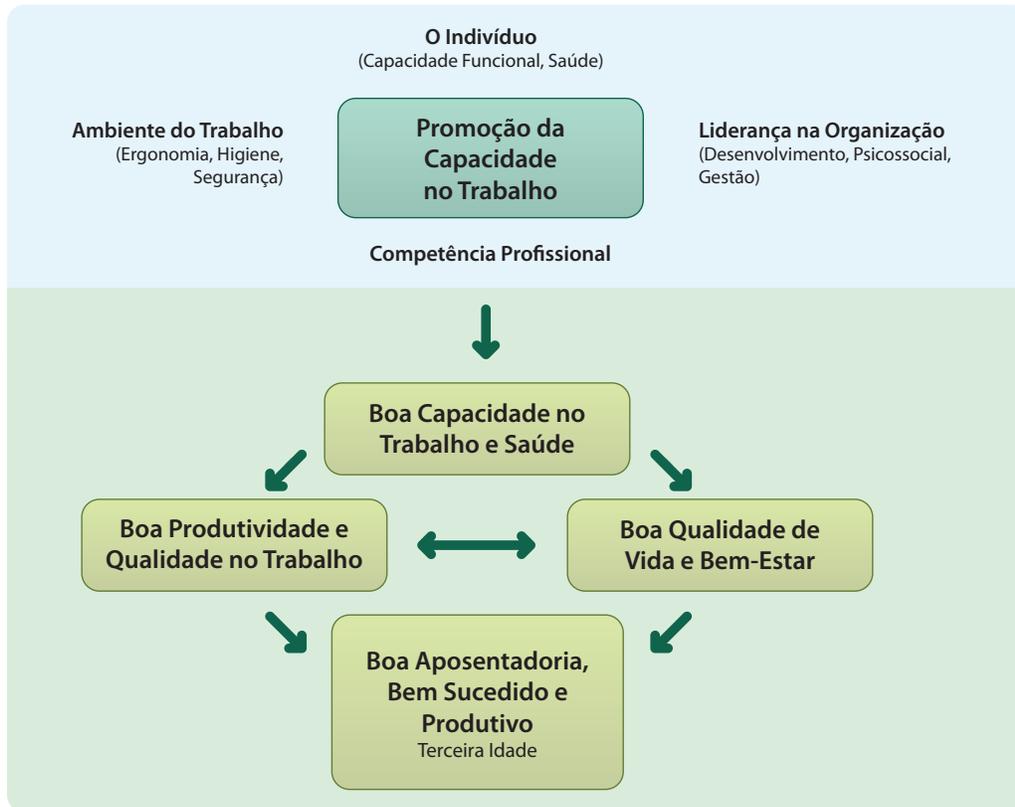
envelhecimento saudável prevenindo os efeitos nocivos e potencializando os aspectos positivos da vida de trabalho devem ser feitos enquanto a pessoa ainda está ativa.

A partir dos inúmeros estudos realizados foi proposto um modelo de intervenção com foco na manutenção da CT alicerçado em quatro pilares ou linhas de ação: melhoria das condições de trabalho (1); melhoria no ambiente e nas condições psicossociais do trabalho (2); promoção da saúde e dos recursos individuais (3) e desenvolvimento de competência profissional (4). A validade deste modelo foi testada, e os resultados mostraram associações significativas e positivas entre

as quatro áreas de intervenção e a CT e ainda entre capacidade para o trabalho e qualidade/produtividade no trabalho. Há evidências também de que a capacidade para o trabalho está associada

ao bem-estar mental, à menor exaustão emocional dos trabalhadores e a um elevado desempenho e capacidade competitiva das empresas.

Figura 4 – Consequências de uma boa capacidade para o trabalho



Fonte: adaptado de Ilmarinen, 2001.

Quanto às medidas de capacidade para o trabalho, três indicadores têm sido mais usados e a forte correlação entre eles sugere uma adequada validade de constructo. Cabe destacar que capacidade para o trabalho só pode ser medida em um tempo determinado e em um contexto específico. Outro ponto importante é que qualquer medida de capacidade para o trabalho deve considerar critérios objetivos definidos por profissionais (por exemplo, exames clínicos, testes) e estimativas subjetivas pautadas na avaliação do próprio trabalhador. O que se faz é

solicitar ao trabalhador que avalie a maneira como realiza o seu trabalho atualmente comparada com a sua capacidade em períodos anteriores ou comparada com as pessoas da mesma idade e que exercem atividade semelhante à dele. Estimativas subjetivas têm sido consideradas preditores importantes de CT no futuro e também de incapacidade.

Os indicadores mais usados são:

- ESTIMATIVA DA CT: o trabalhador é solicitado a avaliar a sua CT a partir de três opções, a saber: completamente

capacitado para o trabalho; parcialmente incapacitado para o trabalho e completamente incapacitado para o trabalho. Para as análises de resultados de grupos de trabalhadores, geralmente a escala é usada na forma dicotômica: “completamente capacitado para o trabalho” e no outro extremo, “capacidade limitada para o trabalho”, um índice agregado a partir da resposta dos que relataram estar parcial ou completamente incapacitados para o trabalho.

- **SCORE DE CT:** com base numa escala de zero a dez, que representa a capacidade atual de trabalho, onde zero representa incapacidade completa para o trabalho e dez indica a melhor capacidade para o trabalho. Nesta avaliação, o trabalhador é solicitado a comparar a sua CT atual com a melhor capacidade para o trabalho que ele apresentou ao longo da sua vida.
- **ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT):** engloba a autoavaliação do trabalhador sobre sua saúde e capacidade para o trabalho, tendo caráter preditivo (ver Anexo 2).

Esse instrumento pode ser utilizado por serviços de saúde ocupacional e permite o diagnóstico precoce de perda de capacidade para o trabalho, informação importante que deve ser utilizada em programas de prevenção, manutenção e de promoção à saúde, auxiliando, na preservação da saúde e da funcionalidade do trabalhador. O ICT é composto de sete itens, cada um contendo uma ou mais questões, totalizando 60 questões: capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida (item 1); capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho (item 2); número de doenças atuais diagnosticadas por médico (item 3); perda estimada para o trabalho por causa de doenças (item 4); falta ao trabalho por doenças no último ano (item 5); prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos (item 6) e recursos mentais (item 7). O instrumento fornece uma pontuação final que varia entre 7 e 49, sendo que a CT e a necessidade de se implementar medidas são classificadas de acordo com o Quadro 3 a seguir:

Pontos	Capacidade para o Trabalho	Objetivos das Medidas
7-27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28-36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37-43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho
44-49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

Fonte: Kadja et al., 2005.

A manutenção e a promoção da capacidade para o trabalho requerem uma parceria e um compartilhamento de responsabilidades entre empregados e empregadores. Nesse sentido, incluir a promoção da capacidade para o traba-

lho poderia ser um dos objetivos da promoção da saúde dos servidores públicos federais. Para finalizar, a promoção da capacidade para o trabalho pressupõe focar a vida no trabalho e nas relações entre este e o trabalhador e o indivíduo.

2.4 Referências

BRASIL. Secretaria de Recursos Humanos. Ministério do Planejamento. Sistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor (Siass). *A Política de Atenção à Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor Público-Pass*. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos, Ministério do Planejamento, Sistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor (Siass). 2010. Disponível em: <www.funai.gov.br/ultimas/noticias/2_semestre_2010/julho/imagens/Portal.pdf>. Acesso 17 nov. 2011.

BRASIL. Lei n. 8.112, 11 dez. 1990. *Diário Oficial da União*, 18 mar. 1998. Brasília.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.

GOLD, R. *et al.* *Dimensions of Work-Ability: results of the Health 2000 Survey*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health -FIOH, 2008.

ILMARINEN, J. Aging and work. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 58: 546-551, 2001.

ILMARINEN, J. *et al.* Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 17(1): 7-11, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Edusp, 2003.

KADJA, T. *et al.* *Índice de Capacidade para o Trabalho*. Trad. Frida Maria Fischer. São Carlos: EdUFSCAR, 2005.

MARTINEZ M. C.; LATORRE, M. R. D. O. & FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 1): 1.553-1.561, 2010.

2.5 Leitura Complementar

FARIAS, N. & BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2): 187-193, 2003.

ILMARINEN, J. Work ability: a comprehensive concept for occupational health research and prevention. Trad. Mariana Angélica Peixoto de Souza. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 35(1): editorial, 2009.

JUNIOR, D. F. P. & TZZANO, D. Método prático de avaliação de incapacidade laboral. *ANMP em foco*: 18: 33-38, maio-jun. 2011.

SAMPAIO, R. F. *et al.* Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 9(3): 1-7, 2003.

SAMPAIO, R. F. *et al.* Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. *Fisioterapia e Pesquisa*, 12(2): 28-34, 2006.

SAMPAIO, R. F. & LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3): 475-483, 2009.

SIMONELLI, A. P. *et al.* Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121): 64-73, 2010.

2.6 Anexos

2.6.1. Anexo I

CHECKLIST DA CIF

Versão 2.1a, Formulário Clínico

para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Esta é uma **checklist** das categorias principais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde. A **checklist** da CIF é uma ferramenta prática para extrair e registrar informação sobre a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo. Esta informação pode ser resumida para registros de casos (por exemplo, na prática clínica ou em serviço social). A lista pode ser usada com a CIF ou com a versão reduzida da CIF.

H 1. Ao completar esta **checklist**, use toda a informação disponível. Por favor, assinale o que será utilizado:
[1] registros escritos [2] respondente primário [3] outros informantes [4] observação direta

Se a informação médica e sobre o diagnóstico não estiver disponível, sugere-se completar o apêndice 1: Resumo das Informações de Saúde (p 9-10) que pode ser completado pelo respondente.

H 2. Data ___/___/___ **H 3. Caso ID** ___ ___ ___ **H 4. Participante N.** ___ ___ ___
Dia Mês Ano nº do caso 1ª ou 2ª Avaliação Local Participante

A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

A.1 NOME (opcional) Nome _____ SOBRENOME _____

A.2 SEXO (1) [] Feminino (2) [] Masculino

A.3 DATA DE NASCIMENTO ___/___/___ (dia/mês/ano)

A.4 ENDEREÇO (opcional)

A.5 ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL __

A.6 ESTADO MATRIMONIAL ATUAL: (Assinale somente o mais compatível)

(1) Nunca foi casado [] (4) Divorciado []
(2) Atualmente casado [] (5) Viúvo []
(3) separado [] (6) Coabitação []
(concubinato)

A.7 OCUPAÇÃO ATUAL (Selecione a única melhor opção)

(1) Emprego assalariado [] (6) Aposentado []
(2) Trabalha por conta própria (autônomo) [] (7) Desempregado (razão de saúde) []
(3) Não assalariado, voluntário/caridade [] (8) Desempregado (outra razão) []
(4) Estudante [] (9) Outro []
(5) Prendas domésticas/Dona de casa [] (por favor especifique) _____

A.8 DIAGNÓSTICO MÉDICO das Condições Principais de Saúde, se possível dê Códigos da CID.

1. Não existe nenhuma Condição Médica

2.

3.

4.

código da CID: ___ . ___ . ___ . ___

código da CID: ___ . ___ . ___ . ___

código da CID: ___ . ___ . ___ . ___

5. Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos

PARTE 1a: DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO

- **Funções do Corpo** são as funções fisiológicas ou psicológicas dos sistemas corporais.
- **Deficiências** são problemas de função do corpo como um desvio ou perda significativa.

Primeiro Qualificador: Extensão das deficiências	
0 Nenhuma deficiência significa que a pessoa não tem problema	
1 Deficiência leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.	
2 Deficiência moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias	
3 Deficiência grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.	
4 Deficiência completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.	
8 Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.	
9 Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).	
Lista Resumida das Funções do Corpo	Qualificador
b1. FUNÇÕES MENTAIS	
b110 Consciência	
b114 Orientação (<i>tempo, lugar, pessoa</i>)	
b117 Funções intelectuais (<i>incl. Retardo mental, demência</i>)	
b130 Funções da energia e de impulsos	
b134 Sono	
b140 Atenção	
b144 Memória	
b152 Funções emocionais	
b156 Funções da percepção	
b164 Funções cognitivas superiores	
b167 Funções mentais da linguagem	
b2. FUNÇÕES SENSÓRIAS E DOR	
b210 Visão	
b230 Audição	
b235 Vestibular (<i>incl. Funções de equilíbrio</i>)	
b280 Dor	
b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA	
b310 Voz	
b4. FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO	
b410 Funções do Coração	
b420 Pressão sanguínea	
b430 Funções do sistema hematológico (<i>sanque</i>)	
b435 Funções do sistema imunológico (<i>alergias, hipersensibilidade</i>)	
b440 Funções do sistema respiratório (<i>respiração</i>)	
b5. FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO	
b515 Funções digestivas	
b525 Funções de defecação	
b530 Manutenção do peso	
b555 Funções das glândulas endócrinas (<i>mudanças hormonais</i>)	
b6. FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS	
b620 Funções urinárias	
b640 Funções sexuais	
b7. FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO	
b710 Mobilidade das articulações	
b730 Força muscular	
b735 Tônus muscular	
b765 Movimentos involuntários	
b8. FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS	
QUAISQUER OUTRAS FUNÇÕES DO CORPO	

Parte 1 b: DEFICIÊNCIAS DAS ESTRUTURAS DO CORPO

- **Estruturas do Corpo** são partes anatômicas do corpo tais como órgãos, membros e seus componentes.
- **Deficiências** são problemas na estrutura do corpo como desvio ou perda significativa.

Primeiro Qualificador: <i>Extensão de deficiência</i>	Segundo Qualificador: <i>Natureza da alteração</i>
<p>0 Nenhuma deficiência significa que a pessoa não tem problema</p> <p>1 Deficiência leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.</p> <p>2 Deficiência moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias</p> <p>3 Deficiência grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias.</p> <p>4 Deficiência completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.</p> <p>8 Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.</p> <p>9 Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).</p>	<p>0 Nenhuma mudança na estrutura</p> <p>1 Ausência total</p> <p>2 Ausência parcial</p> <p>3 Parte adicional</p> <p>4 Dimensões aberrantes</p> <p>5 Descontinuidade</p> <p>6 Posição desviada</p> <p>7 Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido</p> <p>8 Não especificada</p> <p>9 Não aplicável</p>

Lista Resumida das Estruturas do Corpo	Primeiro qualificador <i>Extensão da deficiência</i>	Segundo qualificador <i>Natureza da alteração</i>
s1. ESTRUTURA DO SISTEMA NERVOSO		
s110 Cérebro		
s120 Medula espinhal e nervos periféricos		
s2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS		
s3. ESTRUTURAS RELACIONADAS A VOZ E FALA		
s4. ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO		
s410 Sistema cardiovascular		
s430 Sistema respiratório		
s5. ESTRUTURAS RELACIONADAS AOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO		
s6. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO SISTEMA GENITURINÁRIO E REPRODUTIVO		
s610 Sistema urinário		
s630 Sistema reprodutivo		
s7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO		
s710 Região de cabeça e pescoço		
s720 Região de ombro		
s730 Extremidade superior (<i>braco, mão</i>)		
s740 Pelve		
s750 Extremidade inferior (<i>perna, pé</i>)		
s760 Tronco		
s8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS		
QUAISQUER OUTRAS ESTRUTURAS DO CORPO		

PARTE 2:LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES E RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO

- *Atividade* é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. *Participação* é o ato de se envolver em uma situação vital.²²
- *Limitações de atividade* são dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade. *Restrições à participação* são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações vitais.

O *qualificador de Desempenho* descreve o que um indivíduo faz em seu ambiente habitual. Como o ambiente habitual incorpora um contexto social, o desempenho como registrado por este qualificador também pode ser entendido como “envolvimento em uma situação vital” ou “a experiência vivida” das pessoas no contexto real em que elas vivem. Esse contexto inclui os fatores ambientais - todos os aspectos do mundo físico, social e de atitude que podem ser codificados utilizando-se os Fatores Ambientais.

O *qualificador de Capacidade* descreve a habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação. Esse qualificador indica o nível máximo provável de funcionamento que a pessoa pode atingir em um domínio específico em um dado momento. A Capacidade é medida em um ambiente uniforme ou padrão, refletindo assim a habilidade ambientalmente ajustada do indivíduo. O ambiente padronizado pode ser: o atual ambiente geralmente usado para avaliação da capacidade em teste; ou (b) onde isto não é possível, um hipotético ambiente um impacto uniforme.

Nota: Use o Apêndice 2 se necessário para extrair informação sobre *Atividades* e *Participação* do indivíduo.

Primeiro Qualificador: Desempenho <i>Extensão da Restrição à Participação</i>	Segundo Qualificador: Capacidade (sem assistência) <i>Extensão da limitação de Atividade</i>
<p>0 Nenhuma dificuldade significa que a pessoa não tem problema</p> <p>1 Dificuldade leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.</p> <p>2 Dificuldade moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias</p> <p>3 Dificuldade grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias.</p> <p>4 Dificuldade completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.</p> <p>8 Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade.</p> <p>9 Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).</p>	

Lista Resumida dos domínios de A&P	Qualificador de Desempenho	Qualificador de Capacidade
d1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO		
d110 Observar/assistir		
d115 Ouvir		
d140 Aprender a ler		
d145 Aprender a escrever		
d150 Aprender a calcular (<i>aritmética</i>)		
d175 Resolver problemas		
d2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS		
d210 Realizar uma única tarefa		
d220 Realizar tarefas múltiplas		
d3. COMUNICAÇÃO		
d310 Comunicação – recepção de mensagens verbais		
d315 Comunicação – recepção de mensagens não verbais		
d330 Fala		
d335 Produção de mensagens não verbais		
d350 Conversação		
d4. MOBILIDADE		
d430 Levantar e carregar objetos		
d440 Uso fino das mãos (<i>pegar, segurar</i>)		
d450 Andar		
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento		
d470 Utilização de transporte (<i>carros,ônibus, trem, avião, etc.</i>)		
d475 Dirigir (<i>bicicleta, motos, dirigir um carro, etc.</i>)		
d5. CUIDADO PESSOAL		
d510 Lavar-se (<i>banhar-se,secar-se, lavar as mãos, etc</i>)		
d520 Cuidado das partes do corpo(<i>escovar os dentes, barbear-se,etc.</i>)		
d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção		
d540 Vestir-se		
d550 Comer		
d560 Beber		
d570 Cuidar da própria saúde		
d6. VIDA DOMÉSTICA		
d620 Aquisição de bens e serviços (<i>fazer compras, etc.</i>)		
d630 Preparação de refeições (<i>cozinhar, etc.</i>)		
d640 Tarefas domésticas (<i>limpar a casa, lavar louça, roupas, passar a ferro, etc.</i>)		
d660 Ajudar os outros		
d7. RELACÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS		
d710 Interações interpessoais básicas		
d720 Interações interpessoais complexas		
d730 Relações com estranhos		
d740 Relações formais		
d750 Relações sociais informais		
d760 Relações familiares		
d770 Relações íntimas		
d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA		
d810 Educação informal		
d820 Educação escolar		
d830 Educação superior		
d850 Trabalho remunerado		
d860 Transações econômicas básicas		
d870 Auto-suficiência econômica		
d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA		
d910 Vida comunitária		
d920 Recreação e lazer		
d930 Religião e espiritualidade		
d940 Direitos humanos		
d950 Vida política e cidadania		
QUALQUER OUTRA ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO		

PARTE 3: FATORES AMBIENTAIS

- *Fatores ambientais* constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.

Qualificador no ambiente:	0 NENHUMA barreira	0 NENHUM facilitador
Barreiras ou facilitadores	1 Barreira LEVE	+1 Facilitador LEVE
	2 Barreira MODERADA	+2 Facilitador MODERADO
	3 Barreira GRAVE	+3 Facilitador CONSIDERÁVEL
	4 Barreira COMPLETA	+4 Facilitador COMPLETO

Lista Reduzida do Ambiente	Qualificador barreiras ou facilitadores
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal (<i>comida, remédios</i>)	
e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	
e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	
e125 Produtos e tecnologia para comunicação	
e150 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	
e155 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios de uso privado	
e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO	
e225 Clima	
e240 Luz	
e250 Som	
e3. APOIO E RELACIONAMENTOS	
e310 Família imediata	
e320 Amigos	
e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	
e330 Pessoas em posição de autoridade	
e340 Cuidadores e assistentes pessoais	
e355 Profissionais da saúde	
e360 Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde	
e4. ATITUDES	
e410 Atitudes individuais de membros da família imediata	
e420 Atitudes individuais dos amigos	
e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	
e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	
e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde	
e460 Atitudes sociais	
e465 Normas, práticas e ideologias sociais	
e5. SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	
e525 Serviços, sistemas e políticas de habitação	
e535 Serviços, sistemas e políticas de comunicação	
e540 Serviços, sistemas e políticas de transporte	
e550 Serviços, sistemas e políticas legais	
e570 Serviços, sistemas e políticas da previdência social	
e575 Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral	
e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	
e585 Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	
e590 Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego	
QUAISQUER OUTROS FATORES AMBIENTAIS	

PARTE 4: OUTRAS INFORMAÇÕES CONTEXTUAIS

4.1 *Fazer um esboço do indivíduo ou qualquer outra informação pertinente.*

4.2 *Incluir quaisquer **Fatores Pessoais** que tenham impacto sobre a funcionalidade (por exemplo, estilo de vida, hábitos, nível social, educação, eventos de vida, raça/etnia, orientação sexual e recursos do indivíduo).*

Apêndice 1:

RESUMO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Relato próprio

Relato Clínico (feito pelo médico)

X.1 Altura: ___/___/___ cm (ou polegadas)

X.2 Peso: ___/___/___ Kg (ou libras)

X.3 Mão dominante (anterior à condição de saúde): Esquerda Direita

Ambidestro

X.4 Como você avalia sua saúde física no último mês?

Muito boa Boa Moderada Ruim Muito ruim

X.5 Como você avalia sua saúde mental e emocional no último mês?

Muito boa Boa Moderada Ruim Muito ruim

X.6 Atualmente você tem alguma doença(s) ou distúrbio(s)?

NÃO SIM Se SIM, por favor especifique: _____

X.7 Você já teve qualquer lesão significativa que tenha tido impacto sobre seu nível de funcionalidade?

NÃO SIM

Se SIM, por favor especifique: _____

X.8 Foi hospitalizado no último ano?

NÃO SIM

Se SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?

1. _____; _____. _____. Quantos Dias ____

2. _____; _____. _____. Quantos Dias ____

3. _____; _____. _____. Quantos Dias ____

X.9 Você está tomando algum medicamento (seja prescrito ou por conta própria)?

NÃO SIM

Se SIM, por favor especifique os medicamentos principais

1. _____

2. _____

3. _____

X.10 Você fuma?

NÃO

SIM

X.11 Você consome álcool ou drogas?

NÃO

SIM

Se SIM, por favor especifique quantidade média diária

Tabaco: _____

Álcool: _____

Drogas: _____

X.12 Você usa algum recurso assistivo como óculos, aparelho auditivo, cadeira de rodas, etc.?

NÃO

SIM

Se SIM, por favor especifique

X.13 Você tem alguma pessoa que o ajuda com seu cuidado pessoal, para fazer compras ou outras atividades diárias?

NÃO

SIM

Se SIM, por favor, especifique a(s) pessoa(s) e ajuda que ela(s) oferece(m)

X.14 Você está recebendo qualquer tipo de tratamento para sua saúde?

NÃO

SIM

Se SIM, por favor, especifique:

X.15 Informação adicional significativa sobre sua saúde passada e presente:

X.16 NO ÚLTIMO MÊS, você reduziu suas atividades habituais ou de trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga)

NÃO

SIM Se sim, quantos dias? _____

X.17 NO ÚLTIMO MÊS, você esteve totalmente impossibilitado de realizar suas atividades habituais ou trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga)

NÃO

SIM Se sim, quantos dias? _____

Apêndice 2:**PERGUNTAS GERAIS PARA PARTICIPAÇÃO & ATIVIDADES**

As perguntas seguintes são propostas como um guia para ajudar o examinador a entrevistar o respondente sobre problemas em funções e atividades de vida, em termos da distinção entre capacidade e desempenho. Leve em conta toda informação pessoal conhecida sobre o respondente e faça perguntas adicionais se houver necessidade. Se necessário, as questões deverão ser reformuladas como perguntas em aberto, para extrair maior informação.

Dentro de cada domínio existem dois tipos de investigação:

*A primeira investigação tenta fazer com que o respondente mantenha o foco sobre a sua **capacidade** de realizar uma tarefa ou ação, e em particular o foco sobre as limitações na capacidade que são **inerentes ou intrínsecas à própria pessoa**. Essas limitações são manifestações diretas do estado de saúde do indivíduo, sem a assistência. Entende-se por **assistência** a ajuda de uma outra pessoa, ou a assistência proporcionada por um veículo ou ferramenta adaptados ou especialmente desenhados/planejados, ou qualquer forma de modificação ambiental em uma sala, casa, local de trabalho e assim por diante. O nível de capacidade deve ser julgado em relação àquela normalidade esperada da pessoa, ou à capacidade da pessoa anterior à sua condição de saúde adquirida.*

*A segunda investigação tem o foco sobre o **desempenho real** do indivíduo para uma tarefa ou ação no lugar ou ambiente real, e dá a informação sobre os efeitos de barreiras ou facilitadores ambientais. É importante enfatizar que você está interessado somente na extensão da dificuldade que o indivíduo tem para fazer coisas, **assumindo que ele quer fazê-las**. É irrelevante não fazer algo, se a pessoa escolhe não fazê-lo.*

I. Mobilidade

(Capacidade)

- (1) No seu estado de saúde atual, quanta dificuldade você tem para caminhar longas distâncias (tais como um quilômetro ou mais) sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, com as mesmas características gerais suas, somente sem a sua condição de saúde?

(Ou: "...com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou tido o acidente?")

(Desempenho)

- (1) No seu ambiente atual, quantos problemas você realmente tem para caminhar longas distâncias (tais como um quilômetro ou mais)?
- (2) O seu ambiente atual piorou ou melhorou o problema para caminhar?
- (3) A sua capacidade para caminhar longas distâncias sem assistência é maior ou menor do que a que você realmente consegue no seu ambiente atual?

II. Cuidado Pessoal

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para se lavar, sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, com as mesmas características gerais suas, somente sem a sua condição de saúde?

(Ou: "...com a que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua própria casa, quantos problemas você realmente tem para se lavar?
- (2) O modo como sua casa está organizada ou as ferramentas especialmente adaptadas que você usa pioram ou melhoram este problema?
- (3) A sua capacidade de se lavar sem assistência é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

III. Vida Doméstica

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para limpar o chão do lugar onde você vive, sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, com as mesmas características gerais suas, somente sem a sua condição de saúde?

(Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua própria casa, quantos problemas você realmente tem para limpar o chão?
- (2) O modo como sua casa está organizada ou as ferramentas especialmente adaptadas que você usa pioram ou melhoram este problema?
- (3) A sua capacidade de limpar o chão sem assistência é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

IV. Interações Interpessoais

(Capacidade)

- (1) No seu estado de saúde atual, quanta dificuldade você tem para fazer novos amigos, sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, igual a você somente sem a sua condição de saúde?

(Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua situação atual, quantos problemas você tem realmente para fazer amigos?
- (2) Algo (ou alguém) no seu ambiente torna pior ou melhor este problema para fazer amigos?
- (3) A sua capacidade para fazer amigos sem assistência é maior ou menor do que a que você realmente apresenta no seu ambiente atual?

V. Áreas Principais da Vida

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para fazer todo o trabalho necessário para o seu emprego, sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, igual a você somente sem a sua condição de saúde?

(Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) No seu ambiente atual, quantos problemas você tem realmente para fazer todo o trabalho necessário para o seu emprego?
- (2) O modo com está organizado o seu ambiente de trabalho ou que você usa as ferramentas especialmente adaptadas pioram ou melhoram o problema de preencher os requisitos do seu emprego?
- (3) A sua capacidade de fazer o seu trabalho, sem assistência, é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

VI. Vida Comunitária, Social e Cívica

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para participar de eventos locais, festivais ou reuniões da comunidade, sem assistência?
- (2) Como você compara a sua dificuldade com alguém, igual a você somente sem a sua condição de saúde?

(Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua comunidade, quantos problemas você realmente tem em participar de eventos locais, festivais ou reuniões da comunidade?
- (2) O modo como sua comunidade está organizada ou as ferramentas, veículos ou outros especialmente adaptados que você usa, pioram ou melhoram este problema?
- (3) A sua capacidade de participar em eventos da comunidade, sem assistência, é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

Capítulo 2

Readaptação
no Âmbito das
U-SIASS

55

Apêndice 3:

GUIA PARA O USO DA CHECKLIST DA CIF VERSÃO 2.1 A

1. Esta é uma checklist das categorias maiores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde. A checklist da CIF é um instrumento prático para obter e registrar informação sobre a funcionalidade e a deficiência de um indivíduo. Esta informação pode ser resumida para registros de casos (por exemplo, na prática clínica ou serviço social).
 2. Esta versão (2.1 a) é para ser usada por profissional clínico, de saúde ou de serviço social.
 3. A checklist deve ser usada com a versão completa ou resumida da CIF. Os recenseadores (“raters”) deverão familiarizar-se com a CIF através de um breve programa educacional ou currículo de auto-ensino (“self-taught”).
 4. Todas as informações colhidas a partir de registros escritos, respondente primário, outros informantes e observação direta podem ser usadas para preencher a checklist. Por favor, registre todas as fontes de informação usadas na primeira página.
 5. As partes 1 até a 3 devem ser preenchidas escrevendo o código qualificador para cada termo de função, estrutura, atividade e participação que mostre algum problema para o caso que está sendo avaliado. Os códigos apropriados para os qualificadores são dados nas páginas correspondentes.
 6. Comentários podem ser feitos a respeito de qualquer informação que possa servir como um qualificador adicional ou que se pense ser significativa para o caso que está sendo avaliado.
 7. A parte 4 (Ambiente) tem códigos qualificadores negativos (barreiras) e positivos (facilitadores). Para todos os códigos positivos de qualificador, por favor, use um sinal positivo (+) antes do código.
 8. As categorias dadas na checklist foram selecionadas da CIF e não são exaustivas. Se você precisar usar uma categoria que você não encontrou alistada aqui, use o espaço ao final de cada dimensão para registrar estas categorias.
-

2.6.2. Anexo II

INSTITUTO DE SAÚDE OCUPACIONAL Índice de Capacidade para o Trabalho QUESTIONÁRIO

Data: ___/___/___

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Este questionário foi elaborado pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, Helsinque; traduzido e adaptado por pesquisadores das seguintes instituições: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Departamento de Saúde Ambiental e Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento; Universidade Federal de São Carlos; Departamento de Enfermagem; Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública; Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.

DADOS GERAIS

Sexo

Feminino 1

Masculino..... 2

Idade: _____

Estado Conjugal Atual

Solteiro (a) 1

Casado (a) 2

Vive com companheiro (a) 3

Separado (a) 4

Divorciado (a) 5

Viúvo (a) 6

Escolaridade (assinalar o nível mais elevado)

Primário completo (terminou apenas a 4ª série) 1

Ginásio incompleto (não terminou a 8ª série) 2

Ginásio completo (terminou a 8ª série) 3

Curso técnico de primeiro grau incompleto 4

Curso técnico de primeiro grau completo 5

Colegial incompleto (não terminou o 3º colegial) 6

Colegial completo (terminou o 3º colegial) 7

Curso técnico de 2º grau incompleto 8

Curso técnico de 2º grau completo 9

Faculdade incompleta 10

Faculdade completa 11

Pós-graduação incompleta 12

Pós-graduação completa 13

Capítulo 2

Readaptação
no Âmbito das
U-SIASS

Na sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

	Em minha opinião	Diagnóstico médico		Em minha opinião	Diagnóstico médico
01 Lesão nas costas	2	1	26 Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	2	1
02 Lesão nos braços/mãos	2	1	27 Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou derrame, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	2	1
03 Lesão nas pernas/pés	2	1	28 Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido. Qual?	2	1
04 Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão?	2	1	29 Pedras ou doença da vesícula biliar	2	1
05 Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores freqüentes	2	1	30 Doença do pâncreas ou do fígado .	2	1
06 Doença da parte inferior das costas com dores freqüentes	2	1	31 Úlcera gástrica ou duodenal	2	1
07 Dor nas costas que se irradia para as pernas (ciática)	2	1	32 Gastrite ou irritação duodenal	2	1
08 Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores freqüentes	2	1	33 Colite ou irritação do cólon	2	1
09 Artrite reumatóide	2	1	34 Outra doença digestiva. Qual?	2	1
10 Outra doença músculo-esquelética. Qual?	2	1	35 Infecção das vias urinárias	2	1
11 Hipertensão arterial (pressão alta) .	2	1	36 Doença dos rins	2	1
12 Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)	2	1	37 Doença nos genitais e aparelho reprodutor (ex. problema nas trompas ou na próstata)	2	1
13 Infarto do miocárdio, trombose coronariana	2	1	38 Outra doença geniturinária. Qual?	2	1
14 Insuficiência cardíaca	2	1	39 Alergia, eczema	2	1
15 Outra doença cardiovascular. Qual?	2	1	40 Outra erupção. Qual?	2	1
16 Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda) ...	2	1	41 Outra doença da pele. Qual?	2	1
17 Bronquite crônica	2	1	42 Tumor benigno	2	1
18 Sinusite crônica	2	1	43 Tumor maligno (câncer) Onde?	2	1
19 Asma	2	1	44 Obesidade	2	1
20 Enfisema	2	1	45 Diabetes	2	1
21 Tuberculose pulmonar	2	1	46 Bócio ou outra doença da tireóide ..	2	1
22 Outra doença respiratória. Qual?	2	1	47 Outra doença endócrina ou metabólica. Qual?	2	1
23 Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)	2	1	48 Anemia	2	1
24 Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	2	1	49 Outra doença do sangue. Qual?	2	1
25 Problema ou diminuição da audição	2	1	50 Defeito de nascimento. Qual?	2	1
			51 Outro problema ou doença. Qual?	2	1

Capítulo 2

Readaptação no Âmbito das U-SIASS

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (**Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta**)

Não há impedimento / Eu não tenho doença	6
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	5
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos do trabalho	4
Freqüentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	3
Por causa da minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	2
Na minha opinião estou incapacitado para trabalhar	1

Quantos **dias inteiros** você esteve fora do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

Nenhum	5
Até 9 dias	4
De 10 a 24 dias	3
De 25 a 99 dias	2
De 100 a 365 dias	1

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de **daqui a 2 anos** fazer seu trabalho atual?

É improvável	1
Não estou muito certo	4
Bastante provável	7

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

Continuamente	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Organização do Processo de Trabalho nos Serviços das U-Siass

Maria Cecília Pereira

3.1 Organização do trabalho no serviço público e o trabalho no Siass

O trabalhador está exposto às condições de trabalho e suas atividades. Essas condições estão envolvidas em uma estrutura ‘organizacional formal e informal’. A estrutura organizacional engloba elementos físicos do trabalho, como salas, equipamentos, e também elementos mais abstratos, como a hierarquia, os procedimentos e, sobretudo, a cultura. O modelo Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor (Siass) é uma proposta para a atenção à saúde do servidor que depende de uma estrutura específica de trabalho, por exemplo, reorganização das equipes e formação de equipes multidisciplinares¹.

Além disso, o Siass está no contexto do serviço público, que também tem suas particularidades organizacionais. Para entendermos como esse sistema impacta na organização do trabalho e nas possíveis demandas dessa forma específica de organização, é importante entender como o Siass se enquadra no ‘macro’ processo do trabalho na estrutura do serviço público. Para tanto, recuperar o ‘objeto’, o ‘objetivo’ e as ‘características’

do serviço público pode ajudar a subsidiar essa discussão.

3.1.1. Objeto: o objetivo e as características do serviço público

O objeto desta discussão é o trabalho e a maneira como ele se organiza nas unidades Siass. Trata-se de uma prestação de serviço público, advinda de uma política: política de atenção à saúde, previdência e benefícios do servidor público; e, de uma norma: Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal (Noss). A política e a norma visam delimitar as ações do projeto em um modelo de trabalho com o objetivo de padronizar e aperfeiçoar os processos de trabalho, uma demanda do Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (Desap). As principais motivações (objetivos) para esse processo de reorganização do trabalho na prestação do serviço de atenção à saúde do servidor são:

- universalização do acesso e isonomia: ou seja, todos os servidores devem ser atendidos de maneira padronizada, em todos os órgãos públicos federais que se tornem uma unidade Siass;
- saúde suplementar normatizada;

Capítulo 3

Organização do Processo de Trabalho nos Serviços das U-Siass

61

¹ Grupo de pessoas com diferentes especializações e formações, com um objetivo comum e de diversos níveis hierárquicos (inclusive membros externos à organização). A equipe deve interagir em prol de um objetivo comum de trabalho, promovendo a sinergia, ou seja, fazendo com que o todo seja maior que a soma das partes.

- trabalho em equipe: organização de equipes multidisciplinares e multifuncionais para a realização de trabalhos de promoção, vigilância e suporte ao trabalho da perícia.

Tendo em vista o objeto da discussão, podemos definir o propósito da oficina que deu origem a este capítulo como sendo a capacitação e a comunicação aos servidores acerca do novo modelo de trabalho no qual atuarão, considerando a política do Siass. No item sobre ‘Organização do Processo de Trabalho nos Serviços do Siass’, a meta é compreender os processos de trabalho nas unidades do Siass e refletir sobre seus modos de gerenciamento e os impactos no trabalho dos servidores e nos usuários do serviço.

3.1.2. O serviço no Siass

Pensando no conceito geral de serviço como ação, conjunto de ações e desempenho para um resultado específico, para os quais não existem processos e atividades totalmente uniformes (ou seja, há uma variação nos critérios de qualidade) e Saúde⁴ nos quais existe a influência direta do cliente (neste caso, o usuário), pois ele participa do processo, podemos entender o modelo Siass como inserido nessas premissas uma vez que:

- tem foco em um resultado específico, que é a padronização e a melhoria da prestação de serviço de atenção à saúde do servidor;
- mesmo padronizado, é um serviço que depende das especificidades das demandas dos usuários, bem como das estruturas, competências e cultura das unidades.
- as unidades, por sua vez, têm uma característica uniforme, que é a implementação dos procedimentos macros padrão, mas, por outro lado, têm uma característica específica que é a dos microprocessos de trabalho. Por

exemplo, em uma unidade dentro de uma universidade os procedimentos de atendimento possuem uma característica diferente de uma unidade de um órgão da polícia federal.

- possui uma outra característica inerente à prestação de serviços que é o fato de o usuário participar do processo, modificando a forma como o trabalho é conduzido e organizado no momento de sua produção.

O serviço prestado no modelo Siass enfrentará os desafios da prestação de serviço em uma estrutura pública, baseada em departamentos funcionais e com carência de departamentos/profissionais de apoio aos serviços: qualidade, desenho do trabalho, despesas etc. Além dessas dificuldades, podemos ainda ressaltar:

- Baixa visão holística² de eficiência: qual resultado devo atingir? Qual é minha meta? Como meu resultado impacta no programa Siass?
- Dificuldade para definição do público-alvo: quem é meu usuário externo? Quem é meu usuário interno?
- Planejamento de equipamentos, leiautes de espaço e fluxo de trabalho precários: qual é a sequência das atividades e onde meu trabalho se localiza nessa sequência? Qual material é necessário para a realização do trabalho?
- Práticas gerenciais (qualidade, arquitetura, planejamento) ultrapassadas.

Com o objetivo de vencer essas barreiras, o serviço público vem passando por uma reestruturação e uma mudança de paradigma desde a década de 1980, sob influência da crise de 1970 e da crise fiscal dos estados (Borges-Andrade, 1994; Coutinho, 2010; Santos, 2006). As principais mudanças são: diminuição da intervenção do Estado e aperfeiçoamento da noção de eficiência.

² A palavra *hólos* veio do grego e significa inteiro. Trata-se de transformar a visão de unidades em uma totalidade. A visão holística significa sintetizar a visão das partes do trabalho ou da organização em uma imagem unida, contendo as estratégias, os fluxos de trabalho, a cultura e os resultados.

O 'novo gerenciamento público' surge como novo modelo de gestão, voltado para resultados. É evidente que não existe a tentativa de uma transposição do modelo privado para o público, estamos falando de setores com objetivos e origem de serviços diferenciados. Contudo, no que se refere à estruturação e organização do trabalho, é preciso considerar algumas características atuais no setor público:

- Planejamento e qualidade da gestão: conhecer as atividades e os fluxos de trabalho dentro de uma estrutura organizacional complexa.
- Avaliação de desempenho e noção de eficiência: introduz o conceito de eficiência e incorpora a importância do processo de avaliação de desempenho como forma de aperfeiçoar as tarefas.
- Desagregação dos serviços: divisão do trabalho a partir da formação de equipes multidisciplinares e multifuncionais.

Dessa forma, observa-se a mudança de uma administração pública burocrática para uma administração pública gerencial. Nesse contexto, várias tensões são vivenciadas pelos profissionais das unidades Siass, pois a 'política de atenção à saúde, previdência e benefícios do servidor público' está baseada em uma estrutura de trabalho reorganizada nos moldes do novo gerenciamento público, em um processo de construção coletiva

da política de saúde do servidor, gestão participativa e foco na integralidade das ações, padronização de procedimentos e racionalização de recursos.

Outros elementos importantes e estruturantes do trabalho no Siass são:

- Humanização no atendimento pericial, que permite refletir sobre os processos e modelos de atenção e gestão utilizados, com foco na qualidade técnica, ética, de vida e melhor atendimento ao servidor.
- Formação de equipes multidisciplinares com profissionais especialistas em diversas áreas (por exemplo, assistente social, médico, psicólogo). Mais do que o trabalho multiprofissional, o objetivo é a interdisciplinaridade, ou seja, fazer com que essa equipe mantenha uma relação de interdependência. Essa relação pressupõe que existirá uma inter-relação do conhecimento e uma sinergia.
- Criação de comissões locais de saúde do servidor, possibilitando o incremento de ações de promoção.
- Organização de unidades Siass, responsáveis por desenvolver ações de perícia, promoção à saúde, vigilância dos ambientes de trabalho, registro dos acidentes de trabalho, nexos das doenças profissionais, readaptação funcional e apoio assistencial para os casos de agravos instalados.

Discutindo na prática: pensando o surgimento do serviço em U-Siass em uma instituição de ensino³

A instituição de ensino, a partir de 1994, passou a refletir e a executar um novo modelo de atenção à saúde do trabalhador. Em 1997, foi montada a Unidade de Saúde Ocupacional (USO) em um hospital, como modelo para a expansão das atividades para a universidade. Em 1999, foi criada a unidade 'Saúde'⁴, com a implementação de serviços de medicina do trabalho, assistência médica, perícia médica, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem e engenharia de segurança no trabalho, abrangendo toda a comunidade da instituição, exceto terceiros. Atualmente, a unidade é constituída por dois núcleos. Sua atual estrutura está subordinada à Pró-reitoria de Recursos Humanos. Essa estrutura é decorrente de um processo de reformulação dos sistemas de atendimento à saúde dos servidores públicos. Em 2006, o Ministério do Planejamento criou o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional, objetivando a integração e a padronização dos serviços de atenção à saúde no setor público. A partir de 2008, já se pensava em um sistema integrado como projeto. Em 2009, foi implementado o modelo Siass na unidade 'saúde', sob o decreto de que todos os órgãos públicos deveriam se conveniar a uma unidade do Siass. Assim, a instituição se tornou a primeira unidade Siass na cidade na qual atua. Os processos de trabalho do 'saúde' sofreram algumas alterações (perícia on-line, organização de projetos como saúde mental), as quais continuam em discussão, ou seja, a organização do trabalho está sendo pensada para funcionar no modelo Siass. As atribuições gerais do 'saúde', conforme a atual estrutura, agregam atividades de perícia em saúde, vigilância aos ambientes e processos de trabalho, e promoção da saúde, fundamentadas na política de atenção à saúde do servidor público federal. Os processos de trabalho no 'saúde' são regidos por instruções normativas:

a. INSTRUÇÃO NORMATIVA 'saúde' N. 01/2008: que estabelece os procedimentos periciais dentro da implementação progressiva do Siass, como, por exemplo, i) a responsabilidade direta do coordenador de atividades periciais pelo planejamento,

acompanhamento e avaliação dos procedimentos de natureza pericial do 'saúde'; ii) a nomeação das juntas médicas;

b. INSTRUÇÃO NORMATIVA 'saúde' 02/2008: que estabelece os procedimentos para a concessão de licença para tratamento de saúde, como, por exemplo, i) definição dos procedimentos a serem adotados para tratamento dos pedidos de concessão de licença; ii) Afastamentos até 15 dias, consecutivos ou não, no período doze meses: clínica médica ou perícia singular, conforme disponibilidade de horários; iii) Afastamentos que somam de 16 até 120 dias de afastamento consecutivos ou não, em um período de doze meses: perícia singular; iv) Afastamentos que somam períodos superiores a 120 dias, consecutivos ou não, em um período de doze meses: junta médica oficial.

Segundo o Relatório Anual de Atividades 2009, foram realizados 12.314 atendimentos e registradas 1.221 faltas, em consultas previamente agendadas; foram atendidos 4.373 trabalhadores e alunos, sendo 2.773 servidores da instituição. Os atendimentos mais frequentes são os de 'clínica médica', 'pericial' e 'psicológico', representando 33,3%, 33% e 11% respectivamente, do total de atendimentos realizados. Em 2009, foram notificados 146 acidentes de trabalho, sendo 108 exposições a material biológico, 29 acidentes típicos e 9 acidentes de trajeto. Em 2009, foram despachados 771 processos e demais solicitações no setor de engenharia de segurança do trabalho do 'saúde'.

Para a implementação do sistema Siass, foram definidos grupos de trabalho (GTs) para 'pensar' estrategicamente o processo de trabalho de 'saúde' no modelo Siass. Pensem que vocês fazem parte desses grupos e as discussões estão em andamento: tendo em vista as características gerais da unidade apresentada anteriormente, reflitam como o Siass poderia ser implementado? Quais os processos sofreriam maiores mudanças?

³ Trata-se de um caso real, pesquisado pela autora. No entanto, serão utilizados nomes fictícios para garantir o sigilo das informações

⁴ 'Saúde' é o nome dado para a unidade em que o modelo Siass foi aplicado.

3.1.3. Síntese

O modelo Siass é uma proposta de trabalho para a atenção à saúde do servidor que depende de uma estrutura específica de trabalho. Além disso, o Siass está no contexto do serviço público, que também tem suas particularidades organizacionais. O objeto da discussão é o trabalho e a maneira como ele se organiza dentro da proposta do Siass. As principais motivações (objetivos) para esse processo de reorganização do trabalho são: universalização do acesso e isonomia; saúde suplementar normatizada; trabalho em equipe. O objetivo é compreender os processos de trabalho nas unidades do Siass. Podemos entender o modelo Siass como inserido nessas premissas uma vez que: tem foco em um resultado específico; é um serviço que, mesmo padronizado, depende das especificidades das demandas dos usuários, bem como das estruturas, competências e cultura das unidades. O 'novo gerenciamento público' surge como novo modelo de gestão, voltado para resultados. Nesse contexto, a 'política de atenção à saúde, previdência e benefícios do servidor público' está baseada em uma estrutura de trabalho reorganizada nos moldes do novo gerenciamento público. Outros elementos importantes e estruturantes do trabalho no Siass são: humanização no atendimento pericial; equipes multidisciplinares; criação de comissões locais de saúde do servidor, possibilitando o incremento de ações de promoção. Nosso foco, nos próximos capítulos, será a análise do trabalho e de sua organização dentro das unidades específicas do Siass.

3.2 Qualidade nos serviços do Siass

Em outubro de 1991, foi instituída a Fundação para o Prêmio Nacional da

Qualidade (FPNQ), entidade privada sem fins lucrativos, para administrar o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ). No setor público, existe o Programa de Qualidade do Setor Público (PQSP), baseado no PNQ com o objetivo de voltar o serviço para o cidadão e não apenas para os processos burocráticos internos. Os elementos desse programa devem ser aplicados pela administração pública e consistem em avaliar a gestão organizacional dos órgãos públicos através de critérios preestabelecidos (Sá, 2005). O programa possui um sistema de pontuação próprio: enfoque, aplicação e resultados. Esse sistema leva em consideração alguns itens de investigação importantes:

- Liderança: sistema de liderança está claro? Existe uma cultura da excelência?
- Estratégias e planos: existe um processo de formulação estratégica para as atividades e o desdobramento dessas atividades em fluxogramas de tarefas?
- Cidadãos e sociedade: como é o relacionamento com os usuários e a interação com a sociedade?
- Pessoas: existe uma visão holística do sistema de trabalho? Existe capacitação adequada? Existem mecanismos adequados de avaliação de desempenho?
- Processos: existe planejamento para ações, orçamentos, suprimentos e processos de apoio?
- Tipos de resultados: relativos aos usuários, interação com sociedade, financeiros e orçamentários, relativos aos funcionários, organizacionais.

No entanto, mesmo considerando as diretrizes do PQSP, definir padrões de qualidade e garanti-los no serviço público não é uma tarefa fácil. A dificuldade reside na impossibilidade de padronizar os processos e os resultados, característica inerente à produção de serviços.

É claro que não devemos entender a impossibilidade de garantir máxima pa-

dronização como um ponto negativo do processo de serviço, uma vez que não seria prudente desejar que todos os sujeitos envolvidos em uma em uma atividade de prestação de serviço executem tarefas de forma padronizada. Isso seria privar os resultados da qualidade inerente à criatividade e ao potencial do funcionário. Estamos indicando a necessidade de maior definição e visibilidade de objetivos e objetos de trabalho para evitar a angústia gerada em situações demasiadamente abertas.

3.2.1. Política de qualidade no Siass

No serviço do Siass, o trabalho multidisciplinar é uma qualidade importante, pois acreditamos que as atividades de promoção e de vigilância, por exemplo, serão enriquecidas com técnicas de planejamento, mapeamento dos processos de trabalho, técnicas essas que fomentam melhores resultados finais.

No entanto, no modelo Siass, o serviço deve ser de qualidade como qualquer outro serviço prestado. Para tanto, devemos entender especificamente o que tratamos como qualidade ou garantia de qualidade.

No contexto geral da prestação de serviços, fala-se mais em 'política de qualidade', considerando que os serviços não são tangíveis como os bens físicos. Portanto, garantir a qualidade nos serviços significa ter uma política de qualidade bem definida: o que é um serviço de qualidade para nós? Esse processo envolve um nível mínimo de padronização dos procedimentos operacionais, com utilização de um vocabulário comum que possibilite a comunicação e o trabalho multidisciplinar.

Além disso, os padrões estabelecidos devem estar enquadrados legalmente,

quando se trata especificamente de serviços de saúde. Nesse tipo de serviço, nosso foco de estudo, o entendimento da qualidade começa pela compreensão da necessidade de uma padronização mínima de sistemas de trabalho e de procedimentos considerados eficientes. Um exemplo disso são as séries de normas de qualidade e sua ampliação para o setor de serviço, especificamente, serviços de saúde e segurança ocupacional (ISO-9001 ou 9002 e ISO 9004-2).

No serviço do Siass, entendemos a garantia da qualidade como a eficiência no processo de prestação do serviço, envolvendo a utilização racional de todos os recursos e competências. Trata-se de atender ao usuário, proporcionando uma resposta 'rápida' para suas demandas, quando as condições concretas assim o permitirem.

Precisamos esclarecer alguns indicadores importantes, tais como:

- Utilização racional de recursos e competências: trata-se de utilizar os recursos (estrutura, capital, equipamentos, papéis etc.) de acordo com a demanda. Não é desejável que o recurso seja estocado (excesso de recursos), ou que não esteja disponível (falta de recursos). No caso das competências, estamos falando das pessoas, dos profissionais que trabalharam no Siass. Suas competências e habilidades também devem ser utilizadas, pois uma boa combinação de conhecimentos (equipes) pode maximizar o tempo e a qualidade na prestação do serviço.
- Atendimento ao usuário: trata-se de satisfazer o usuário do serviço com relação ao processo de atendimento (como ele foi recebido, atendido, encaminhado) e com relação ao serviço recebido (recebeu o serviço que desejava? No tempo desejado? Da maneira desejada?). Além disso, é preciso também pensar na prestação do

serviço para uma comunidade maior. Nesse caso, estamos falando de uma comunidade-alvo a ser beneficiada com o serviço do Siass: todos os funcionários públicos federais, conseqüentemente, seus familiares, amigos, enfim, existe uma comunidade maior a ser atingida.

- **Ampliação do atendimento:** para essa comunidade-alvo, o atendimento significa, principalmente, saber que o serviço existe e como se beneficiar dele, ou seja, como o Siass está sendo comunicado para sua comunidade-alvo? Uma compreensão mais integral de usuário também engloba, no caso do Siass, a necessidade de ampliar e de ‘replicar’ os procedimentos entre diversas instituições e unidades, uma vez que um dos objetivos do programa é possibilitar esta interface em nível de atendimento nacional.

Observamos que temos alguns indicadores que podem ser trabalhados e aprofundados no serviço do Siass (os indicadores citados no parágrafo anterior), considerando as particularidades das unidades de trabalho. Esses ‘indicadores gerais’ de qualidade do Siass precisarão estar sempre em revisão, considerando as particularidade das unidades de trabalho. Os ‘parâmetros’ serão os níveis aceitáveis desses indicadores. Também é possível pensar em indicadores para cada tarefa e os parâmetros para esses indicadores, depende do grau de profundidade em que pretendemos avaliar a qualidade do serviço ou do processo.

Independente dos indicadores ou parâmetros adotados é importante seguir uma metodologia para a análise e a garantia da qualidade em prestação de serviços (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2005). Os principais passos a serem seguidos são: a) avaliação de todo sistema de trabalho – visão holística do trabalho: entender a tarefa no todo; b) desenho e planejamento do trabalho – entender aprofundadamente a minha tarefa e planejar o fluxo das atividades para a

utilização racional dos recursos e competências; c) gerenciamento da política de qualidade – ou seja, avaliação do desempenho e da qualidade, além de atualização dos indicadores e dos parâmetros da qualidade.

Como exemplo, vamos apresentar algumas questões que podem direcionar para o entendimento ou para a construção de uma política de qualidade:

- **O que devo fazer? Quem é meu usuário interno? Quem é meu usuário externo?** Essas questões devem considerar uma possível disparidade entre o que o usuário espera do serviço e o que o funcionário acredita ser a expectativa do usuário. Implementação de conscientização para ‘escuta’;
- **Onde minha tarefa se enquadra no todo do serviço? Disparidade: o que é projetado para o serviço e o que é projetado para as tarefas.** Implementação de um planejamento estratégico;
- **Como devo executar minha tarefa?** Disparidade: padrões operacionais e prestação real do serviço. Implementação de treinamentos;
- **Porque o usuário está insatisfeito?** Disparidade: prestação de serviço e satisfação do usuário. Revisão dos procedimentos operacionais.

Além da sistematização e estruturação de uma política de qualidade, precisamos diferenciar dois objetivos da gestão da qualidade nas unidades Siass:

- **Gestão da qualidade da saúde:** o foco é o gerenciamento dos resultados para o usuário final. Nesse caso existe a corresponsabilidade do usuário;
- **Gestão da qualidade dos serviços de saúde:** o foco é o gerenciamento dos processos de prestação do serviço. Nesse caso, a responsabilidade é interna, dos departamentos específicos ou terceirizados.

“A distribuição dos tempos de serviço, o arranjo dos atendentes, as políticas de gerenciamento e o comportamento do servidor contribuem para o desempenho do serviço”

(*Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2005, p. 300*)

“Medir a qualidade dos serviços é um desafio, pois a satisfação dos clientes [usuários] é determinada por muitos fatores intangíveis. A qualidade em serviços frequentemente estende-se além do encontro imediato, porque, como no caso de cuidados com a saúde, tem um impacto sobre a qualidade de vida futura de uma pessoa”

(*Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2005, p.149*)

3.2.2. Discutindo na prática

3.2.2.1. Pensando sobre qualidade em uma unidade Siass, em uma instituição de ensino

Continuação do caso...

Foram definidos grupos de trabalho (GTs) para ‘pensar’ estrategicamente o processo de trabalho do ‘saúde’ no modelo Siass. Em um dos encontros, foi relatado o caso Problema na articulação das ações – Retrabalho no Grupo de Reinserção.

Relato: “Um servidor é encaminhado para avaliação pericial com uma patologia mental limitante. O servidor, homem, 52 anos de idade, 15 anos como servidor técnico administrativo, não se enquadra na atual função, apresentando problemas de adaptação. A perícia resolve encaminhar o caso para a avaliação do grupo de reinserção. O grupo deve avaliar se o servidor retorna ao trabalho e qual a melhor alocação. O grupo avalia a documentação do servidor e vai ao local de trabalho realizar pesquisa. Após um trabalho minucioso, o grupo emite o laudo: o servidor deve ser aposentado, pois não tem condições

de nova adaptação. O laudo é encaminhado para a perícia, que, nesse caso, não aprova o laudo, não acata a decisão do grupo de reinserção. O servidor foi realocado e continuou apresentando problemas. O grupo de reinserção foi novamente convocado a analisar o caso (...). No mesmo encontro também foi relatado outro caso em que os relatórios emitidos não são apreciados corretamente pelos responsáveis (...).

Considerando os itens de avaliação do PQSP e os relatos referentes ao trabalho na unidade Siass citada, reflita sobre os problemas da qualidade e possíveis indicadores para esses problemas: liderança; estratégias e planos; cidadãos e sociedade; pessoas; processos e tipos de resultados. Está acontecendo o trabalho multidisciplinar?

3.2.3. Síntese

Garantir a qualidade no serviço do Siass implica adotar uma política de qualidade. Essa política depende de uma definição mínima dos processos de trabalho para a utilização racional de recursos, habilidades e competências, bem como para a satisfação dos usuários do serviço, considerando um público mais amplo, como o beneficiário, seus familiares e as unidades do Siass enquanto uma

rede de prestação de serviço. Nesse caso, entender o processo de comunicação é essencial para possibilitar a ampliação e a ‘replicação’ dos procedimentos entre diversas instituições e unidades. Para a construção e gerenciamento dessa política, devemos estabelecer os indicadores e os parâmetros, avaliar todo o sistema de trabalho, desenhar e planejar o trabalho e, por fim, gerenciar a política de qualidade.

3.3 Organização e planejamento nos serviços do Siass

Para termos um entendimento holístico de como funciona o trabalho no subsistema Siass, precisamos, antes de qualquer coisa, entender como funciona a estrutura burocrática na qual esse sistema atua. Estamos falando de entender as formas organizacionais mais comuns no serviço público, as quais podem ser classificadas como burocracias ‘profissional’ e ‘mecanizada’ (Mintzberg, 1995). Essas formas são configurações específicas de hierarquias, arranjos e maneiras de ge-

renciamento que uma organização ou instituição pode assumir.

No Brasil, o serviço público funciona, na maioria das vezes, em estruturas classificadas como burocracias mecanizadas, como, por exemplo, as universidades, órgãos públicos que cuidam das questões legislativas e de segurança. Em outras instituições públicas, como os correios, bancos e postos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), podemos dizer que temos um híbrido da forma burocracia profissional e mecanizada. Vamos chamar essas formas de ‘projeto organizacional’. Vejamos suas principais características (Quadro 1):

Quadro 1 – Características das burocracias profissional e mecanizada.

Burocracia Profissional	Burocracia Mecanizada
Padronização de habilidades	Padronização de processos
Núcleo Operacional Especialista	Núcleo Operacional Especializado
Doutrinação	Treinamentos
Autoridade Profissional (poder da perícia)	Autoridade Hierárquica (poder do cargo)
Autonomia para núcleo operacional	Poder na Linha Intermediária (gerentes)

3.3.1. Organização do trabalho no Siass

Diante dessas características organizacionais, podemos observar que os serviços do Siass ocorrem mediados por diferentes estruturas, dependendo de sua unidade de análise: se estamos analisando uma unidade dentro de uma universidade ou uma unidade dentro do INSS, por exemplo. Portanto, uma visão holística sobre como esses serviços devem ser organizados não pode ser independente de uma visão de como a estrutura na qual as unidades estão inseridas funciona.

É claro que a proposta é que, nas unidades, exista um arranjo tão próximo que possa ser ‘replicado’, ou seja, nas unidades deve existir uma estrutura uniforme de funcionamento, que será específica do Siass, talvez mais próxima de uma burocracia profissional do que de uma burocracia mecanizada. No entanto, o entorno, ou seja, a macroestrutura que embarca a unidade influencia na maneira como o trabalho é organizado. Estamos então afirmando que existem particularidades estruturais e até mesmo culturais em cada unidade analisada. Por isso, o planejamento das atividades e o gerenciamento do fluxo de trabalho nos serviços do Siass devem considerar essas particularidades.

Uma vez entendido que as características que serão comuns às unidades devem ser analisadas, mas que devemos também prestar atenção em suas particularidades, já está implícita uma visão holística para o processo de gerenciamento e planejamento de atividades nas unidades. Com relação ao ‘gerenciamento dos processos de trabalho’, considerando os elementos de uma política de qualidade, discutidos anteriormente, temos os seguintes focos de discussão:

3.3.1.1. Entender e planejar processos e fluxos de trabalho no Siass. Razão para a política de qualidade: definição mínima para a disseminação e criação de parâmetros de avaliação

Os fluxos de trabalho no Siass podem ser planejados a começar pela separação entre ‘pessoal de Linha de Frente’ (aqueles que atendem externamente) e ‘pessoal de retaguarda’ (aqueles que trabalham internamente). Dessa forma, é possível traçar metas e visualizar o trabalho de todos e como esses trabalhos e atividades se relacionam. A partir de mapeamento de processos e construção de fluxogramas de atividades, podemos ter uma fotografia real de como o trabalho está sendo realizado (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2005).

O próximo passo é entender a lógica de funcionamento ideal para o sistema Siass e redesenhar esses fluxos, junto, é claro, dos profissionais envolvidos. Esse processo já é um processo de discussão de possíveis erros e acertos dos serviços e pontos a serem repensados no fluxo das atividades. No Siass já existe um programa estabelecido para perícia, por exemplo. Sendo assim, os fluxos devem ser pensados considerando esse programa. Para os pilares vigilância e promoção, existe uma flexibilidade maior na construção dos fluxos e no planejamento das atividades. O que não pode deixar de ser feito é esse processo de ‘pensar o fluxo’ e visualizar a inter-relação entre as atividades. Apenas dessa forma será possível traçar planos de ação consistentes, envolvendo os profissionais de maneira a valorizar suas competências.

Alguns parâmetros e métodos são essenciais nos desenhos dos fluxos de trabalho:

- Tempo, carga e desenho do trabalho: toda organização resulta de trabalhos auxiliares: apoio logístico, engenharia, espaços para diálogo e interação. O processo social de desenho do trabalho e da organização é fase fundamental para a compreensão das formas ‘patológicas’ e de suas ‘fontes geradoras’ (Dejours, 1987; Jackson Filho, 2004). As instituições públicas geralmente não possuem estruturas formais de desenho da organização e do trabalho nem setores de apoio à produção de serviço, como qualidade, engenharia de processo, métodos de gestão compartilhada, dentre outros.

- Análise das situações de trabalho e complexidade: análise das situações reais do trabalho (análise ergonômica), levando em conta as experiências e relações subjetivas do sujeito com o trabalho (saberes de prudência). É importante levar em conta os saberes constituídos e acumulados pelos trabalhadores e fazer uma síntese entre conhecimento técnico e saber dos trabalhadores. Podemos estabelecer rapidamente os passos de uma análise ergonômica: i) análise da demanda: definição do problema; ii) análise da tarefa: análise das condições de trabalho; iii) análise das atividades: comportamentos; iv) diagnóstico.

Um exemplo da complexidade da análise da situação e do trabalho é o diagnóstico de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e a atividade pericial como responsável pelo reconhecimento formal do adoecimento no trabalho (poder decisório do perito). Ex.: adoecimento como uma predisposição do sujeito, negando qualquer relação com o trabalho: “Nós colocamos uma interrogação dizendo que a pessoa não tem uma doença profissional, ela tem sim uma doença orgânica relacionada com características pessoais e particulares, relacionados com aquela própria pessoa” (Depoimento de um funcionário de uma unidade Sias).

- Identificação de comunidades-alvo ou população demandante: classificar a demanda entre espontânea e

programada e pensar os fluxos dentro dessa lógica.

- Configuração das filas: pensar uma organização estratégica, espontânea e programada (processos em espera) para a espera dessas populações e seus efeitos sobre o usuário. Além disso, pensar em políticas para priorização de atendimentos, tanto espontâneos quanto programados

- Processo de serviço: pensar os processos de prestação do serviço que são menos dependentes dos funcionários, como os virtuais (processos internos) e aqueles mais dependentes dos funcionários. Com relação aos procedimentos internos, por exemplo, como repasses de relatórios de perícias, pensar na implementação de ferramentas ou padrões que evitem os erros históricos e as necessidades de retrabalho nesses relatórios.

3.3.1.2. Entender e planejar formação, habilidades e os processos de comunicação no Sias. Razão para a política de qualidade: eficiência de serviços e satisfação do funcionário e do usuário

A comunicação com o usuário é de extrema importância para o desenho e planejamento das atividades. Os usuários devem ser ouvidos e comunicados sobre as mudanças. No que refere à comunicação interna, uma tecnologia de informação adequada e comunicação também são importantes.

Um breve histórico da administração de pessoal no setor público, a partir da década de 1930, passa pela criação do Conselho Federal do Serviço Público Civil, subordinado ao Presidente da República, por meio do qual instituiu-se, em cada Ministério, uma comissão de eficiência. Essa etapa caracteriza-se como ‘administração de pessoal’ e engloba elementos rígidos com relação a ingresso e descrição de cargos. Depois evoluiu-se

para uma forma de gerenciamento mais estratégico dos servidores. Na gestão pública, esse tipo de gerenciamento tem sido descrito como a função de planejar, coordenar e controlar a obtenção de pessoas necessárias à organização pública (Saldanha, 2006).

Podemos discutir algumas principais mudanças inseridas desde a década de 1990. A flexibilização na gestão das pessoas é um exemplo dessas mudanças. Trata-se de uma proposta que vai de encontro a uma forma de organização de serviços públicos conservadora e inadequada, com excesso de formalismo, regras e limitações para contratações, por exemplo.

Os saberes dos funcionários, suas necessidades, o apoio dos gestores substituem procedimentos rígidos e alijados da realidade de trabalho. Sob esta ótica os serviços prestados nas U-Siass podem ser planejados nos serviços do Siass; a explicitação dessa proposta ocorre por meio da formação das equipes multidisciplinares. Diante desse quadro, pensando especificamente na coordenação das pessoas e competências nos serviços do Siass, temos que pensar as seguintes etapas de gerenciamento:

- Plano estratégico de ação: definir, com base no fluxograma das atividades e considerando uma política de qualidade, como os sujeitos serão organizados para o trabalho. Isso implica pensar as equipes multidisciplinares de maneira flexível para que possam se organizar para as ações de promoção, perícia e vigilância; mas, em paralelo, é necessário pensar formas e alocações para que as pessoas das equipes também desenvolvam suas atividades 'individuais'. Não será mais possível simplesmente 'recrutar', ou seja, lançar editais e vagas com base nas qualificações individuais para um procedimento de perícia, por exemplo.
- Ingresso: recrutar e selecionar

no setor público não é tarefa fácil, principalmente quando temos que considerar um plano estratégico de trabalho multidisciplinar. Primeiro, recrutar no serviço público depende da existência de vagas e de uma padronização de habilidades que o mercado já ofereça. Além disso, temos os requisitos legais específicos para o ingresso no serviço público, quais sejam: nacionalidade brasileira, gozo dos direitos políticos, quitação com as obrigações militares e eleitorais, nível de escolaridade exigido, idade mínima de 18 anos, além das aptidões, física e mental. Os profissionais que ingressam podem ser distribuídos em diferentes categorias, como servidores (civis, militares), delegados, admissão de celetistas, cargos comissionados e contratos temporários, os quais ainda podem ser providos no serviço público de diversas formas: nomeação, promoção, readaptação ou reversão. Tais características do emprego no setor público também influenciam a estrutura das U-Siass. A curto prazo, será necessário um debate franco sobre esta realidade.

- Formação: como esses profissionais poderão exercer suas competências nos serviços do Siass de maneira a obter o sentido que eles buscam no trabalho e favorecer o atendimento ao usuário que no caso também é um funcionário público. O melhor caminho é a comunicação e a conscientização das mudanças e dos propósitos desse novo sistema de atendimento. Primeiro, recomenda-se um mecanismo eficiente de comunicação das normas de trabalho e dos objetivos do Siass. O próximo passo, no qual este curso está incluído, é uma formação adequada do ponto de vista técnico, gerencial, interpessoal e político.
- Avaliação dos serviços prestados: os mecanismos de avaliação das pessoas no trabalho no Siass também devem ser repensados; uma vez que o foco é o trabalho multidisciplinar, a avaliação também deve ser multidisciplinar. Avaliar o trabalho das equipes,

pensar na melhor forma de definir e acompanhar os serviços, instituir espaços para diálogo e expressão das dificuldades, compartilhar procedimentos exitosos pode ser o foco para as próximas arenas de formação dos profissionais das U-Siass.

3.3.1.3. Estabelecer parâmetros para a definição dos recursos.

A utilização racional dos recursos é um item importante para a avaliação do desempenho de um programa. Essa ação envolve a totalidade dos fluxos de informações e de materiais na organização pública, desde a programação de tais itens, compras, recepção, armazenamento, conservação, controle, movimentação interna, até o controle, movimentação interna e transporte externo.

O mecanismo atual de avaliação de desempenho das pessoas é o modelo 360º ou avaliação em rede. Esse modelo é utilizado no serviço público. Nesse sistema, os profissionais são avaliados, simultaneamente, pelos seguintes atores: chefes, colegas e subordinados.

A metodologia baseia-se na coleta de informações de cada avaliador envolvido. Cada envolvido deve possuir as informações detalhadas sobre o processo de trabalho. Dessa forma, podemos concluir que esse sistema de avaliação não pode funcionar sem o conhecimento e o planejamento prévio dos fluxos de atividades. Além disso, deve-se garantir a confidencialidade, clareza, rapidez de resposta e democracia no processo de avaliação. Observam-se muitos problemas com a aplicação desse modelo. Devemos refletir em como seria a melhor maneira de aplicar essa metodologia de avaliação no quadro do Siass. O importante é considerar que os resultados devem, de fato, direcionarem para melhoria de processos e arranjos de competências, até mesmo com relação a realocações das equipes.

No que tange à avaliação do programa Siass, os indicadores devem considerar o direcionamento dos processos e resultados dentro dos parâmetros dos novos direcionamentos do setor público. Nesse sentido, os resultados e processos de trabalho no Siass devem privilegiar o alcance das metas e dos objetivos, bem como o grau de alcance dessas metas, evitando desvio de recursos. Dessa forma, torna-se necessária a implantação de sistemas efetivos de avaliação do desempenho governamental. Além disso, deve-se promover a transparência da gestão pública, por meio de informações adequadas sobre o funcionamento dos programas.

A finalidade direta da utilização racional de recursos é assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários e capazes de atender aos serviços executados por uma organização. No caso do setor público, isso também envolve a questão da transparência dos gastos públicos. Redução de gastos implica maior conhecimento dos fluxos de trabalho. As inadequações de compras que não consideram as necessidades reais dos profissionais do Siass podem gerar excessos e privações. Para o planejamento racional do uso dos recursos, devemos considerar:

- Programação de materiais, equipamentos e serviços: programar materiais, equipamentos e serviços é determinar quando e em que quantidade tais elementos deverão abastecer a organização (deve fazer parte de um planejamento estratégico, necessidade de previsão de demanda).
- Função compras: envolve todo o processo de localização de fornecedores, fontes de suprimento, consulta, escolha e aquisição de materiais por meio de licitações que envolvam quantidade, qualidade, preço, prazo de entrega, transporte, bem como o acompanhamento de processo perante o fornecedor escolhido e o recebimento do material para inspecionar e

garantir o fornecimento dentro das especificações solicitadas.

Ter em mente a necessidade de pensar, dentro do programa Siass, as ações gerenciais, discutidas anteriormente (política de qualidade; mapeamento de processos e fluxos de trabalho; planejamento de habilidades, competências e sistemas de comunicação; avaliação de desempenho e construção de indicadores) requer uma estrutura previamente pensada, ou seja, precisamos pensar em planejar estrategicamente as ações dentro do Siass, em cada unidade.

3.4 Planejamento estratégico de ações no Siass

As ações estratégicas em andamento no Siass são:

- Diagnóstico dos serviços de saúde em âmbito nacional (2007): realização de levantamentos sobre como acontecem os serviços de atendimento à saúde do servidor fora do modelo Siass. O objetivo é ter uma ideia das forças e fraquezas desse serviço.
- Sistemas de informações (Siape Saúde): construção e implementação de sistema de informação para a otimização da prestação de serviço.
- Perícia em saúde com manual de perícia oficial em saúde: padronização e normatização dos procedimentos de perícia.
- Vigilância e promoção à saúde (para exames periódicos): diretrizes para essas ações.
- Capacitação e comunicação (portal Siass); saúde suplementar: conscientização e treinamento dos profissionais envolvidos com o serviço no modelo Siass, além da comunicação para o usuário.

Considerando essas ações estratégicas, é possível traçar planos estratégicos

específicos para os processos de trabalho em cada unidade do Siass. Como podemos sistematizar um plano estratégico? Vamos responder a essa questão propondo a metodologia de planejamento desenvolvida por Carlos Matus (1996): o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Essa metodologia considera que o planejamento é eficiente, pois:

- Adota a noção de cliente, no caso do Siass, o cidadão/usuário: planeja as ações no Siass a partir das necessidades do usuário, considerando as diretrizes estratégicas e normativas do sistema, e não o contrário, e planeja a partir das necessidades do sistema.
- Adota o conceito de gestão: considera a gestão dos problemas e das rotinas incluídas em um plano. No Siass, 'o novo' deve ser encarado não como um evento isolado, mas como um item a ser incluído no planejamento das ações. Exemplo, uma forma nova de organizar equipes para pensar formas mais eficientes de relatórios não deve ser considerada um evento isolado, mas deve ser incluído em um plano para ser institucionalizado e passar a fazer parte do cotidiano de trabalho.
- Planifica quem governa e exige um cálculo situacional: essa metodologia busca também entender as ações em seu contexto e sob responsabilidades distintas. O situacional refere-se ao entendimento de um plano estratégico em um contexto específico. No caso do Siass, por exemplo, existe um plano diretor específico, além disso, ainda temos que considerar as especificidades nas unidades.
- A planificação refere-se a oportunidades e problemas e é inseparável dos profissionais: o plano sempre parte de uma demanda levantada, muitas vezes, pelos próprios executores dos serviços.
- A planificação é necessariamente política: as demandas e os problemas analisados para a construção de um plano devem fazer parte de um plano

maior, qual seja: a estratégia política.

- A planificação pode ser: ‘explicativa’: o que é, o que tende a ser? Análise da situação inicial; ‘normativa’: o que deve ser? Criação de um Programa Direcional; ‘estratégica ou tático-operacional’: em qual nível?

Vamos agora entender o ‘passo a passo’ para a construção de um PES:

a) Levantamento de um problema:

Arrolar demandas dentro das ações de promoção no modelo Sias é um exemplo de como fazer o levantamento de um problema. No momento de considerar o levantamento das demandas, não pode haver discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma aceita ou criada como referência para um determinado ator social: nosso trabalho funciona assim, mas deveria funcionar de outra maneira (sempre com foco no usuário, comunidade e longo prazo). Podemos pensar em problemas finais de discrepância (o usuário não recebe o serviço) ou problemas intermediários (o usuário não recebe um serviço de qualidade).

b) Mapeamento da situação:

O conjunto de problemas ou situações que podem estar gerando as discrepâncias finais ou intermediárias levantadas anteriormente para ações de promoção pode ser mapeado com base nos seguintes critérios.

- análise da participação dos grupos envolvidos;
- análise dos problemas situacionais;
- análise dos objetivos para a solução dos problemas;
- elaboração da matriz de planejamento por projeto.

Uma matriz de planejamento por projeto é o plano propriamente dito.. Considerando nosso exemplo, o plano, após as análises da discrepância e da situação, deve conter:

- objetivos: ‘fomentar as ações de promoção à saúde’;
- metas: ‘ampliar as ações de promoção à saúde em seis meses, criando, pelo menos, três novas propostas’;
- resultados esperados: ‘aumento do fluxo de propostas de promoção à saúde; institucionalização de grupos de discussão sobre promoção à saúde’.
- atividades e tarefas: nomeação de grupos de discussão (fluxograma de atividades e tarefas) (...);
- responsabilidades: organograma das responsabilidades dentro do projeto (plano estratégico) e dentro das ações a serem realizadas;
- prazos: cronograma de atividades;
- indicadores de avaliação: ‘participação de usuários em palestras (...)’.

3.4.1. Discutindo na prática: pensando a organização, o fluxo do trabalho e o planejamento estratégico no Siass

Continuação do caso...

Em resumo, o 'Saúde' tem como competência implantar e implementar ações de saúde do trabalhador; gerenciar e realizar os exames de saúde ocupacional; realizar levantamento de riscos ambientais; realizar as avaliações para concessão de adicionais (insalubridade, periculosidade e raios X; manter e conservar os prontuários de saúde ocupacional de todos os trabalhadores; avaliar trabalhadores para isenção do pagamento de imposto de renda por motivo de doença; realizar perícia médica; assessorar a universidade e trabalhadores em questões que envolvem saúde e trabalho.

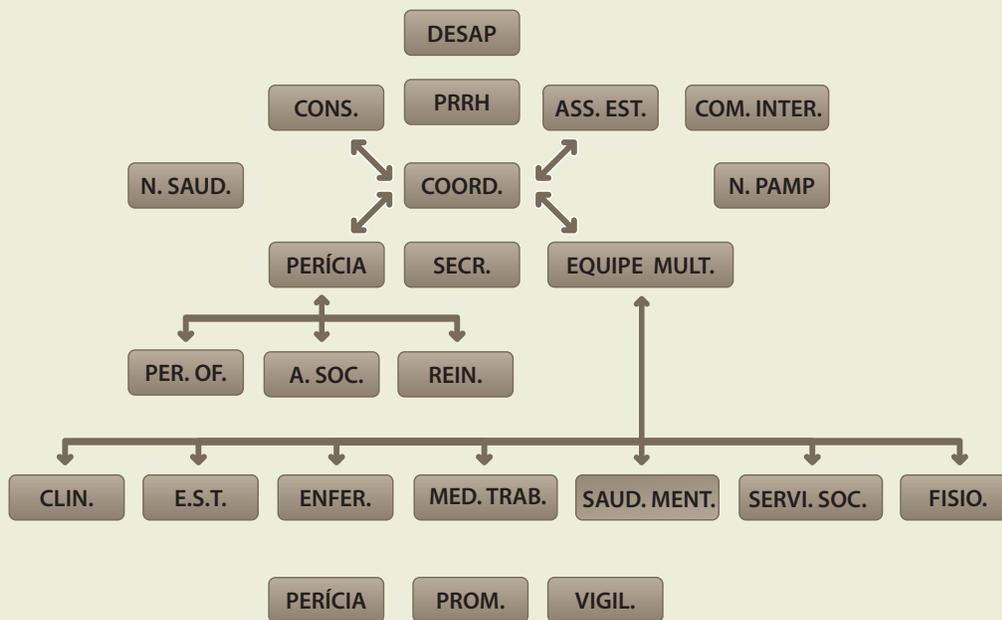
Para a viabilização dessas atividades o 'Saúde' pode demandar ou ofertar serviços de/para outros departamentos ligados à Pró-reitoria de Recursos Humanos (PRRH):

a) COMISSÃO PERMANENTE DE PESSOAL DOCENTE: formula, executa e super-

visiona a política de pessoal docente por meio de alocação de vagas; admissões; alteração do regime de trabalho docente; avaliação do desempenho para fins de progressão funcional; progressão funcional por titulação; solicitação de afastamento de docentes para aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado ou pós-doutorado; liberação de professores para programas de cooperação com outras instituições, universitárias ou não; renovação do regime de trabalho em Dedicção Exclusiva (DE);

B) DEPARTAMENTO PESSOAL: Gerencia os sistemas informativos da área de pessoal; administra e controla a inclusão, alteração e exclusão de dados cadastrais dos servidores da instituição; executa o controle sistêmico e supervisiona as operações de processamento de dados para a elaboração da folha de pagamento dos servidores da instituição; elabora atos administrativos e editais para concessão de direitos, vantagens e benefícios dos servidores da instituição; aplica e cumpre a legislação de pessoal uniformemente; mantém e conserva o arquivo de documentos funcionais dos servidores da instituição.

O organograma da unidade é o seguinte:



Considerando toda a discussão e o caso apresentado ao longo do capítulo, reflita: como o fluxo poderia ser melhorado para que os problemas relatados não sejam recorrentes? Quais grupos devem ser responsáveis pela elaboração desses fluxos? Quais são as habilidades realmente necessárias em cada nível do organograma? Existem treinamentos suficientes nos padrões e processos de trabalho? Os responsáveis conhecem o trabalho dos grupos específicos? Os grupos conhecem o trabalho dos colegas? Qual é a situação geral decorrente do problema apresentado no capítulo? Como essa situação pode demandar a melhoria dos processos de trabalho e do plano estratégico? Quais são os principais grupos envolvidos nessa situação-problema? Diante da situação-problema específica, pense nos elementos a serem melhorados, caso necessário, considerando: a missão, os objetivos, as metas, os resultados esperados, a divisão das atividades, a divisão das responsabilidades hierárquicas.

3.4.2. Resumindo

Precisamos entender o trabalho de maneira ampla e contextual, dessa forma, entender a estrutura formal ou burocrática é essencial, sendo assim, existem diferentes estruturas, formais e informais, que podem influenciar nos serviços do Siass. É claro que a proposta é facilitar a possibilidade de replicar os serviços entre as unidades. Dessa forma, planejar e mapear os processos de trabalho é uma atividade que deve levar em consideração as particularidades de cada unidade e da política do Siass.

Para o planejamento das atividades é importante: a) entender e planejar processos e fluxos de trabalho no Siass; b) entender e planejar habilidades, competências e os processos de comunicação no Siass; c) estabelecer os indicadores e os parâmetros para avaliar as pessoas e todo o sistema de trabalho.

Esse sistema depende de uma estrutura previamente pensada, ou seja, precisamos pensar em planejar estrategicamente as ações dentro do Siass, em cada unidade. O PES considera que o planejamento é eficiente, pois: i) adota a noção de cliente, no caso do Siass, o cidadão/ usuário; ii) adota o conceito de gestão; iii) planifica quem governa e exige um cálculo situacional; iv) a planificação refere-se a oportunidades e problemas e é inseparável dos profissionais; v) a planificação é necessariamente política.

O plano, após as análises da discrepância e da situação, deve conter: objetivos, metas, resultados, atividades, responsabilidades, prazos e indicadores de avaliação.

“A adequação constante do plano à conjuntura, feita com a participação coletiva e referenciada nos diversos atores envolvidos é proposta exatamente para que o realizado seja constantemente cotejado com o idealizado e este constantemente cotejado com a realidade”

(Rutkowski, 1998, p. 295)

3.5 Importância da gestão dos serviços do Siass e a questão ética

Nossas discussões sobre os processos de trabalho e as maneiras de gerenciar esses processos nos levam a uma reflexão importante: o papel central de um gerenciamento profissional e holístico nos serviços públicos em geral. Considerando o novo paradigma do serviço público, o Siass pode cumprir o papel de melhorar a eficiência no atendimento à saúde dos servidores públicos federais, e cumprir o seu papel de melhorar a utilização racional dos recursos no processo de operação do serviço.

Os conceitos discutidos nos capítulos anteriores subsidiam a criação de um plano estratégico de gestão. Os próprios funcionários, cientes da importância da gestão, podem mobilizar as competências para criar um ambiente onde essas ferramentas sejam aplicadas naturalmente, como parte do processo de prestação de serviço. Dessa forma, no Siass, esperam-se adequações ou definições do conteúdo técnico relacionado aos pilares promoção, perícia e vigilância, mas também funcionalidade na prestação de um serviço holístico de saúde que integre e desenvolva tais conceitos.

Existem muitas dificuldades no gerenciamento de um processo de prestação de serviço, especificamente serviços de saúde, no âmbito das organizações públicas. Por exemplo, as ações do Siass estão balizadas por uma legislação e política específicas; mesmo assim não podemos entender esse ambiente como um ambiente simples de poucas variações. Pelo contrário, as unidades do Siass estarão sob variadas influências ambientais, socioeconômicas, políticas e tecnológicas, que podem beneficiar ou dificultar o processo de prestação de serviços. Uma dessas influências é a própria relação do

serviço com a tecnologia da informação.

Outra particularidade da gestão da prestação de serviços no Siass é a presença de um planejamento, análise, avaliação e recursos com participação de grupos de trabalho. Nesse caso, são formados os GTs para discutir diretrizes a serem aplicadas no sistema Siass. Essas diretrizes, além de direcionar, também regulam as ações de trabalho. Como os GTs são formados por profissionais que já atuam nas unidades que funcionarão no sistema Siass, essas diretrizes tendem a ser direcionadas para problemas específicos das unidades. Por isso é importante estabelecer uma discussão o mais pulverizada possível, tentando coletar informações e demandas de variadas unidades, para que as diretrizes englobem um amplo leque de demandas reais.

A abordagem dessas demandas adota valores comunitários e as regulamentações oficiais. Com relação às regulamentações, o ponto mais crítico é a correta disseminação destas, de forma rápida e com promoção de discussões. Não é difícil ouvir que, em uma unidade Siass, ainda há profissionais que não conhecem as regulamentações com relação ao serviço que executa e com relação ao serviço do outro (colega). Esse desconhecimento das normas causa barreiras a uma correta gestão dos serviços uma vez que as ferramentas são criadas em função de processos minimamente padronizados, os quais devem obedecer às regulamentações. Com relação aos valores comunitários, trata-se de refletir sobre as particularidades da comunidade-alvo - 'os usuários, funcionários públicos federais' - sobre suas especificidades e os problemas que enfrentam. Por exemplo, caso exista um histórico de adoecimento específico dessa categoria, isso precisa ser levado em consideração ao traçar planos estratégicos e diretrizes para as ações do Siass.

Por fim, talvez a principal característica da reorganização do trabalho no atendimento à saúde no modelo Siass seja a atuação de equipes multidisciplinares. Essa é uma discussão central e precisa ser mais bem contextualizada. Já definimos e discutimos um pouco o conceito das equipes multidisciplinares, mas ainda precisamos refletir sobre o papel importante dessas equipes no modelo Siass. No modelo tradicional tínhamos vários profissionais, principalmente da área da saúde, trabalhando individualmente. Ou seja, cada profissional tinha um papel fixo, definido, como, por exemplo, fazer o diagnóstico pericial. A organização de equipes multidisciplinares não implica apenas contratação de novos profissionais ou profissionais de áreas variadas. Sobretudo, a formação de equipes multidisciplinares implica uma nova lógica de organização que transforma o trabalho no todo e não apenas da equipe que está atuando em um determinado momento em uma determinada tarefa. No caso do profissional responsável pelo diagnóstico de perícia, o trabalho do mesmo será afetado na medida em que existirá uma equipe de profissionais variados trabalhando juntos nesse processo. Significa que outros olhares sobre o processo de perícia serão inclusos e estarão explicitados também nos relatórios emitidos.

Se tomarmos o conceito de sinergia, podemos pensar que o trabalho também será executado de maneira mais rápida e eficiente, pois 'o todo' será maior do que a soma das partes. Dentro dessa nova lógica, fundamental na prestação de serviço é saber o que deve estar em um relatório e a forma de transmitir as informações. Se a comunicação e a interação intra e intequipes não ocorrer, os resultados serão tão reduzidos como se via no caso do trabalho de um profissional sozinho e isolado.

Em uma gestão, a missão da organização deve estar sempre presente, de

maneira implícita ou explícita. Construir uma missão é também construir uma ética, pensar diretrizes dentro de um propósito político com ética. A partir da missão do serviço público, podemos pensar nas questões:

- Qual é o objetivo da prestação do serviço pelo modelo Siass?
- Qual é o papel do funcionário nesse modelo?
- Qual é o papel do usuário nesse modelo?

As respostas para essas questões convocam uma dinâmica de ação coletiva, de compartilhamento e envolvimento dos sujeitos do processo de operação do serviço. Entender e traçar uma missão consistente são ações que auxiliam na eficiência do processo de gestão, pois são o ponto inicial da construção de um plano estratégico. O modelo Siass não pretende seguir um modelo político que focaliza em erros, ou seja, a preocupação não é a punição burocrática para o erro. O modelo Siass tem o foco no resultado final da ação e nas maneiras de executar essas ações de modo a atender o usuário. Esse conceito está na missão geral do serviço público.

A ética é uma questão que faz parte do universo da atuação do funcionário público e da maneira como ele entende seu trabalho perante a comunidade. O conceito de comprometimento organizacional afetivo pode ser vinculado à ideia de uma missão (que integraria objetivos e valores) da organização com a qual o indivíduo se identificaria. Essa identificação, no entanto, passa necessariamente pela existência de uma missão claramente definida e que seja conhecida pelos seus membros. Missões podem estar especificadas, mas serem percebidas de outra forma pelos indivíduos. Por isso há a necessidade do esclarecimento do desenho do trabalho e da estratégia organizacional. Outro vínculo de com-

prometimento do funcionário com seu trabalho é o entendimento que ele tem sobre seu cargo e sua função. Sabemos que existem definições na literatura que explicam o cargo, a função e o emprego públicos, vejamos (Saldanha, 2006; Flauzino & Borges-Andrade, 2008; Coutinho, 2010):

- Cargo público: lugar instituído na organização do serviço público, com denominação própria, atribuições e responsabilidades específicas, com nome certo e remuneração especificada.
- Função pública: forma especial de relacionamento com o poder público ou plexos unitários de atribuições, correspondentes a encargos de direção, chefia ou assessoramento
- Emprego público: o emprego público é o tipo de vínculo de trabalho existente entre o servidor e a administração pública.

Estamos falando de um sujeito, trabalhador, servidor, que age ou direciona suas ações considerando uma missão política e ética em seu trabalho. Esse é um sujeito que prestará um serviço específico para usuários específicos, os quais não devem ser entendidos, de maneira alguma, como um mercado, mas como uma comunidade.

3.4.1. Resumindo

Nossas discussões sobre os processos de trabalho e as maneiras de gerenciar esses processos nos levam a uma reflexão importante: o papel central de um gerenciamento profissional e holístico nos serviços públicos em geral. Os próprios funcionários, cientes da importância da gestão, podem mobilizar as competências para criar um ambiente onde essas ferramentas sejam aplicadas naturalmente, como parte do processo de prestação de serviço.

Vejamos o que trata a Seção III, dos eixos do PASS, para as atribuições e competências do Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor; para o Dirigente do órgão ou entidade; e para o Servidor:

“Art. 6º A implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal deve ser compartilhada e os atores fundamentais para a efetivação desta norma são:

I - Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor: aprovar as diretrizes para aplicação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal e demais atribuições previstas no Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009.

VII - Servidor: participar, acompanhar e indicar à CISSP e/ou à equipe de vigilância e promoção as situações de risco nos ambientes e processos de trabalho, apresentar sugestões para melhorias e atender às recomendações relacionadas à segurança individual e coletiva.”

(Brasil, 2011, p. 27)

3.6 Referências

- BRASIL. Secretaria de Recursos Humanos. Ministério do Planejamento. Sistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor (Sias). *A Política de Atenção à Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor Público-Pass*. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos, Ministério do Planejamento, Sistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor (Sias). 2010. Disponível em: www.funai.gov.br/ultimas/noticias/2_semestre_2010/julho/imagens/Portal.pdf>. Acesso 17 nov. 2011.
- BORGES-ANDRADE, J. E. Comprometimento organizacional na administração pública e em seus segmentos meio e fim. *Temas em Psicologia – Psicologia Social e Organizacional*, 1: 81-103, 1994.
- COUTINHO, A. L. C. *Servidor Público: reforma administrativa, estabilidade, empregado público, direito adquirido* [2003]. 7 reimpr. Curitiba: Juruá, 2010.
- DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1987.
- FITZSIMMONS, J. A. & FITZSIMMONS, M. J. *Administração de Serviço: operações, estratégia e tecnologia da informação*. Trad. Jorge Ritter. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- FLAUZINO, D. P. S. & BORGES-ANDRADE, J. E. Comprometimento de servidores públicos e alcance de missões organizacionais. *Revista de Administração Pública*, 42(2): 253-273, 2008.
- JACKSON FILHO, J. M. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. *Revista Produção*, 14(3): 058-066, 2004.
- MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Ipea, 1996. 2v.
- MINTZBERG, H. *Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.
- RUTKOWSKI, J. Qualidade no serviço público – um estudo de caso. *Revista Gestão & Produção* v.5, n.3, p. 284-297, dez. 1998
- SÁ, J. W. B. M. *Modelo de Avaliação de Desempenho da Gestão Organizacional Pública*, 2005. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará.
- SALDANHA, C. *Introdução à Gestão Pública*. São Paulo: Saraiva, 2006.
- SANTOS, L. A. D. *Gestão Pública no Brasil: reformas, modelos e políticas-limites e desafios*. Casa Civil da Presidência da República, nov. 2006.

Roteiro para Buscas de Literatura Científica na Internet

Iara Barreto Bassi
Lailah Vasconcelos Oliveira Vilela

4.1 Introdução

A Internet é conhecida como ‘rede das redes’, pois é um conjunto de redes de computadores interligados por todo mundo, permitindo que cada vez mais computadores se conectem a ela, de forma simples, clara e precisa.

A informação existe, mas como encontrá-la? Este é um grande problema que os usuários enfrentam ao navegarem pela rede mundial. Outro problema é que nem sempre as pessoas conseguem arquivar ou organizar os endereços, por mais fáceis que eles sejam. Cotidianamente, defrontamo-nos com as negativas nas buscas, uma vez que basta uma letra mal colocada para não se localizar uma página.

Para facilitar esta procura foram criados os *sites* de busca. Eles armazenam informações sobre os mais variados *sites* e seus conteúdos. Alguns funcionam como catálogos, nos quais o endereço solicitado está disponível se procurado através das categorias. É um funcionamento semelhante ao das Páginas Amarelas. Outros *sites* de busca adotam estratégias de maneira que

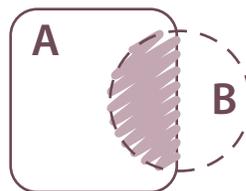
o internauta possa rastrear a palavra em quase todas as páginas da *web*.

4.2 Operadores booleanos

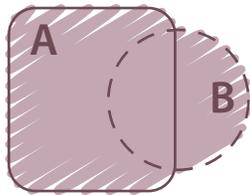
Operadores booleanos são palavras que têm o objetivo de definir para o sistema de busca como deve ser feita a combinação entre os termos ou expressões de uma pesquisa. São eles:

AND	E
OR	OU
NOT	NÃO

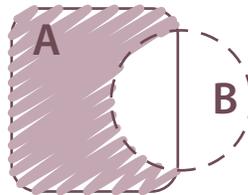
- AND/E: restringe a pesquisa, os resultados recuperados devem conter um termo e o outro.



- OR/OU: amplia a pesquisa, os resultados recuperados devem conter um termo ou outro.



- NOT/NÃO: exclui um dos termos da pesquisa, os resultados recuperados devem conter um termo sem o outro.

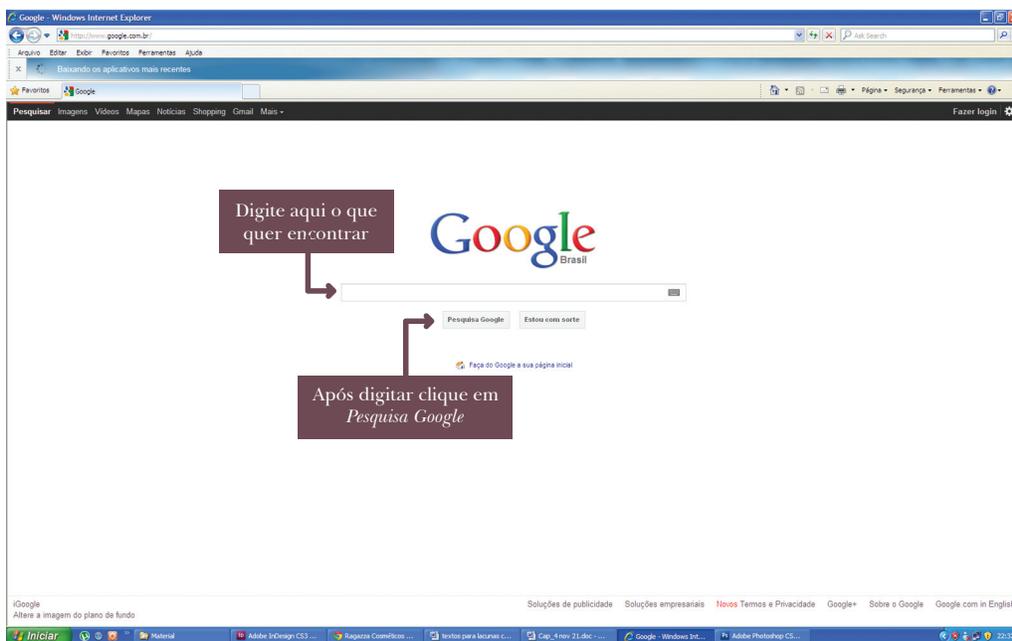


4.3 Google

4.3.1. Google web – www.google.com.br

Google é uma empresa desenvolvedora de serviços on-line, sediada na Califórnia, Estados Unidos. Seu primeiro serviço foi o Google Search, hoje o site

de busca mais usado no mundo, criado a partir do projeto de doutorado dos então estudantes Larry Page e Sergey Brin da Universidade de Stanford, em 1996.

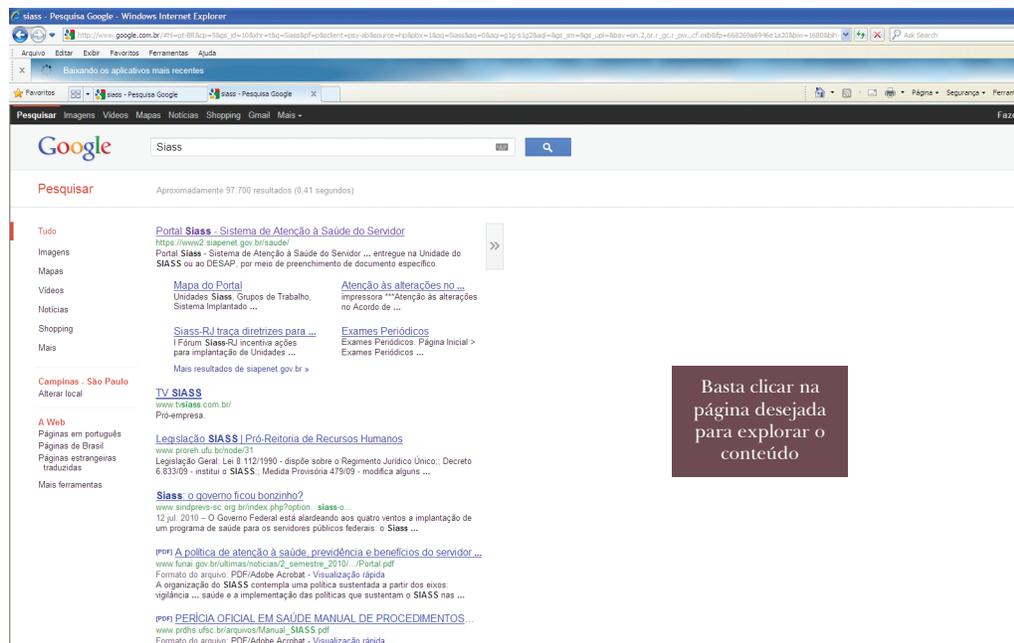


A pesquisa no Google traz uma infinidade de resultados. Por esse motivo, deve-se fazer um uso criterioso dos marcadores booleanos. Como o Google não é um sistema de buscas de literatura científica, é provável que vários resultados inúteis apareçam. Nesse caso, deve-se refinar a busca.

Uma boa forma de procurar artigos pelo Google consiste em digitar o nome de um ou mais autores (de preferência completos, entre aspas), juntamente com a expressão .pdf ou .doc.

Fazer uma pesquisa no Google é fácil. Basta digitar um ou mais termos de pesquisa (as palavras ou a frase que melhor descreve as informações que você quer encontrar) na caixa de pesquisa e pressionar a tecla Enter ou clicar no botão Pesquisa Google.

Em resposta, o Google gera uma página de resultados: uma lista de páginas da web relacionadas aos termos da pesquisa, com os resultados mais relevantes aparecendo primeiro, seguidos pelos menos relevantes.



4.3.2. Dicas

4.3.2.1. OR: uma coisa ou outra

Normalmente quando você faz uma busca no Google ele realiza uma varredura por páginas que contenha todas as palavras digitadas. Ao realizar sua busca você pode utilizar o termo OR ou OU entre dois descritores para pesquisar sites

que tenham um descritor ou o outro.

Exemplos:

enfermeira OR enfermagem
enfermeira | enfermagem

4.3.2.2. Citações entre aspas

O Google realizará a busca utilizando todas as palavras pela qual você buscou; se utilizar aspas, ele vai procurar exatamente o que está dentro delas.

Exemplos:

Promoção da saúde – o resultado da busca será mais amplo. Irá conter *sites* com o termo fixo (Promoção da saúde), mas também *sites* que contenham somente uma palavra do termo.

“Promoção da saúde” – o resultado da busca será mais restrito. Irá conter sites somente com o termo fixo (Vencedor Promoção da saúde)

4.3.2.3. NOT: Negação

Se quiser procurar por uma página e deseja que nela não contenha uma palavra específica, use o símbolo de menos ‘-’

Exemplo:

- médico acidente hospitalar – exibirá páginas que contêm acidente hospitalar, porém não exibirá nenhuma que contenha a palavra médico.

4.3.2.4. Termos similares

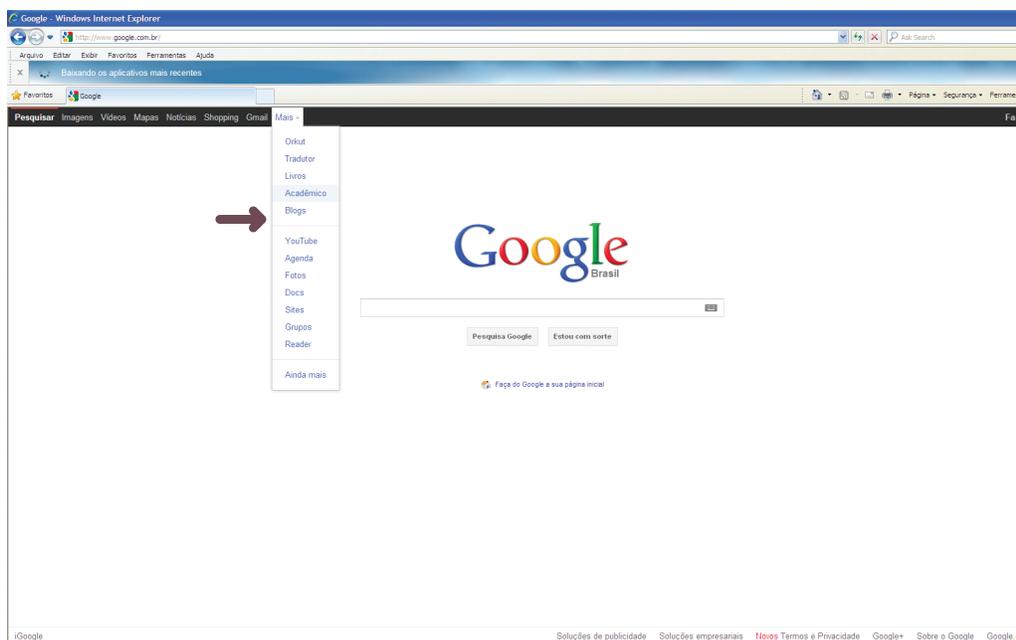
Para trazer páginas com conteúdo semelhantes utilize o símbolo ‘~’ (til).

Exemplo:

~tecnologia faculdade – exibirá páginas que contêm a palavra tecnologia e palavras que apresentem significados semelhantes.

4.3.1. Google acadêmico

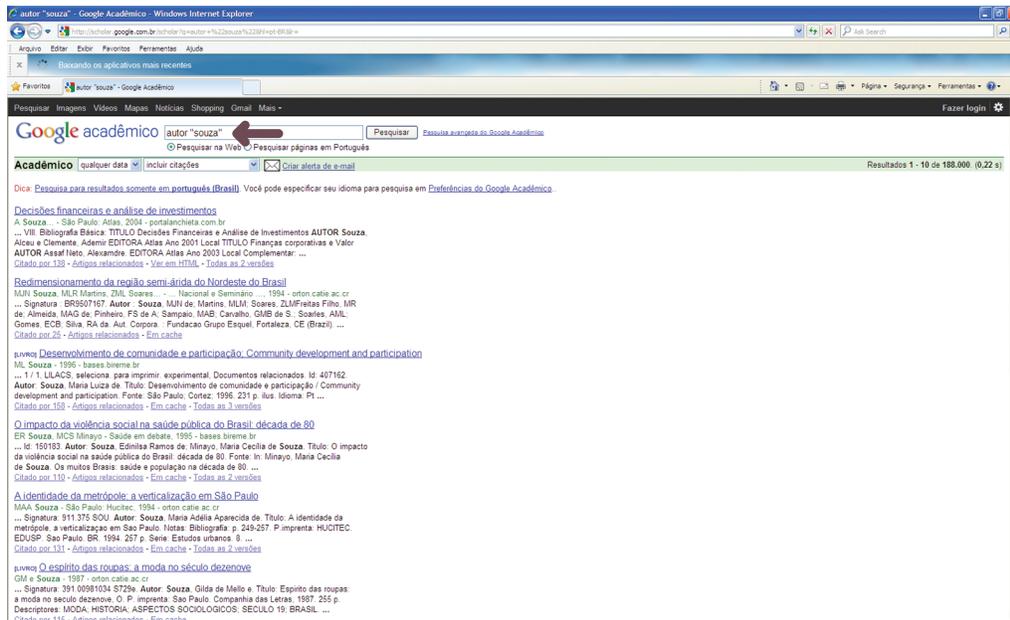
O Google acadêmico fornece uma maneira simples de pesquisar literatura acadêmica de forma abrangente. Você pode pesquisar várias disciplinas e fontes em um só lugar: artigos revisados por especialistas (*peer-reviewed*), teses, livros, resumos e artigos de editoras acadêmicas, organizações profissionais, bibliotecas de pré-publicações, universidades e outras entidades acadêmicas. O Google acadêmico ajuda a identificar as pesquisas mais relevantes do mundo acadêmico.



A pesquisa por autor é uma das maneiras mais eficazes de se encontrar um artigo específico. Se você sabe quem es-

creveu o artigo que está procurando, basta incluir o sobrenome do autor nos termos pesquisados.

Ex: “Souza” ou autor: “souza”



4.4 Scielo

4.4.1. www.scielo.br

A Scientific Electronic Library Online (SciELO) “é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros”.

O objetivo desse site é implantar uma biblioteca eletrônica que possa proporcionar um amplo acesso a coleções de periódicos como um todo, aos fascículos de cada título de periódico, assim como aos textos completos dos artigos. O acesso aos títulos dos periódicos e aos artigos pode ser feito através de índices e de formulários de busca.



Há duas formas básicas de busca nesse sistema: Busca por periódico ou por artigo. As opções encontram-se na parte superior do site (periódicos e artigos).

Em cada uma das opções, você poderá

escolher entre pesquisar por autor ou por assunto. As opções 'Pesquisa de títulos' e 'Pesquisa de artigos' possibilitam a procura por operadores booleanos já presentes na parte esquerda do *site*, de itens por autor, assunto, ano de publicação etc.

4.5 Bireme

4.5.1. www.bireme.br

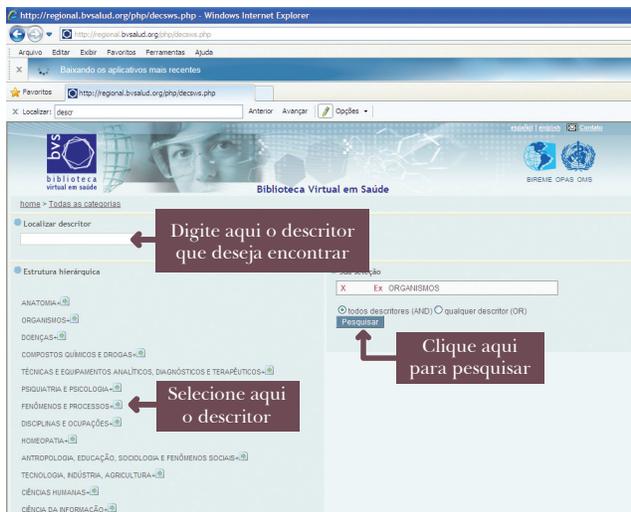
O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, mais conhecido pela sigla Bireme (de sua denominação original, Biblioteca Regional de Medicina), é uma instituição da Organização Pan-Americana da Saúde

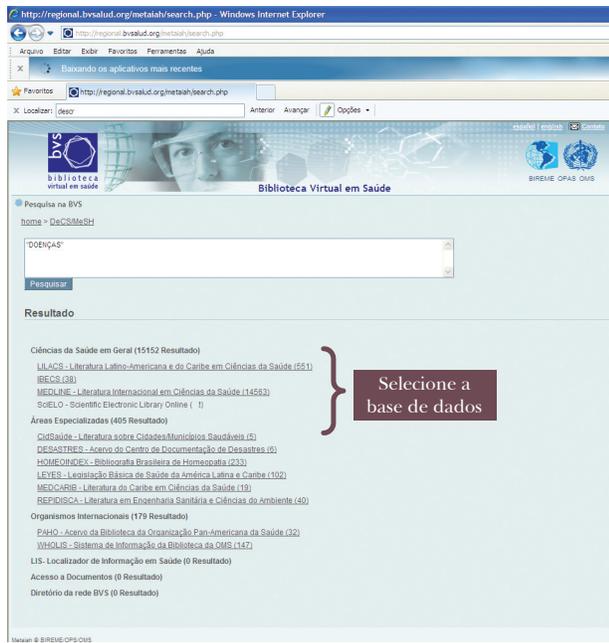
(Opas), criada em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Esse *site* abrange praticamente todas as bases de dados com publicações científicas em saúde pública no Brasil. Ele também faz buscas nas maiores bases de dados internacionais, como o sistema Medline e o Lilacs. Basta digitar a palavra ou expressão desejada. Em ‘pesquisas avançadas’, é possível escolher as bases de dados a serem pesquisadas.



A busca também pode ser realizada via descritores





Capítulo 4

Roteiro para Buscas de Literatura Científica na Internet

89



4.6 Siass

4.6.1. <https://www2.siapenet.gov.br/saude/>

O portal do Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor (Siass) tem o objetivo de integrar e divulgar ações, legislações, dicas de saúde, notícias, ar-

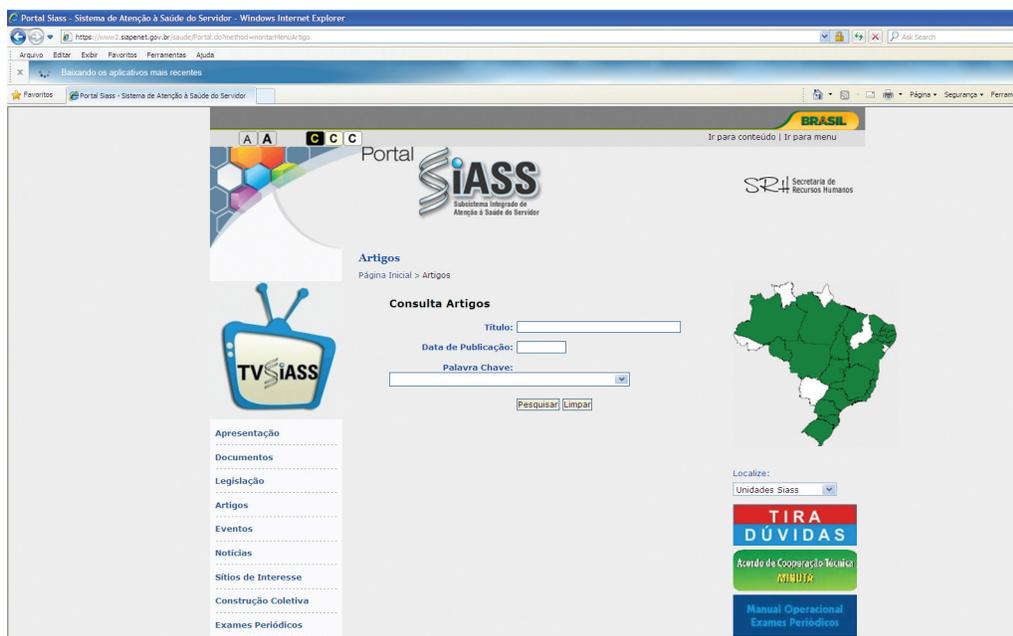
tigos, eventos e toda informação que for necessária para fortalecimento da construção coletiva que é a nova Política de Atenção à Saúde do Servidor.



Capítulo 4

Roteiro para Buscas de Literatura Científica na Internet

90



4.7 OSHA

4.7.1. www.osha.europa.eu/pt

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (sigla: OSHA) é um organismo da União Europeia que congrega conhecimentos e informações

na área da saúde e da segurança no trabalho. A sua sede localiza-se em Bilbao, na Espanha.



Clicando na pergunta 'Esta é sua primeira visita?', encontramos textos introdutórios sobre Segurança e Saúde do Trabalhador (SST); além disso, podemos encontrar no site, o papel da agência, diversas informações importantes, como se pode ver a seguir.

Clicando em 'Publicações', podemos encontrar fichas técnicas, relatórios, reviews bibliográficas, E-facts, fóruns, magazines, relatórios anuais, programas de trabalho, relatórios de avaliação e outras publicações. É possível pesquisar as publicações por tipo, por tema ou por palavra-chave.





4.8 Opas

4.8.1. www.opas.org.br/

A Opas é uma organização internacional especializada em saúde. Criada em

1902, é a mais antiga agência internacional de saúde do mundo.



Capítulo 4

Roteiro para Buscas de Literatura Científica na Internet

Há duas formas de você encontrar publicações: 1) colocando a palavra-chave e clicando em 'Buscar'; observe que ao lado você possui a opção de marcar 'Na

OPAS Brasil', 'Em toda a OPAS' e 'OPAS + OMS'; 2) clicando em 'publicações' e selecionando o assunto desejado.

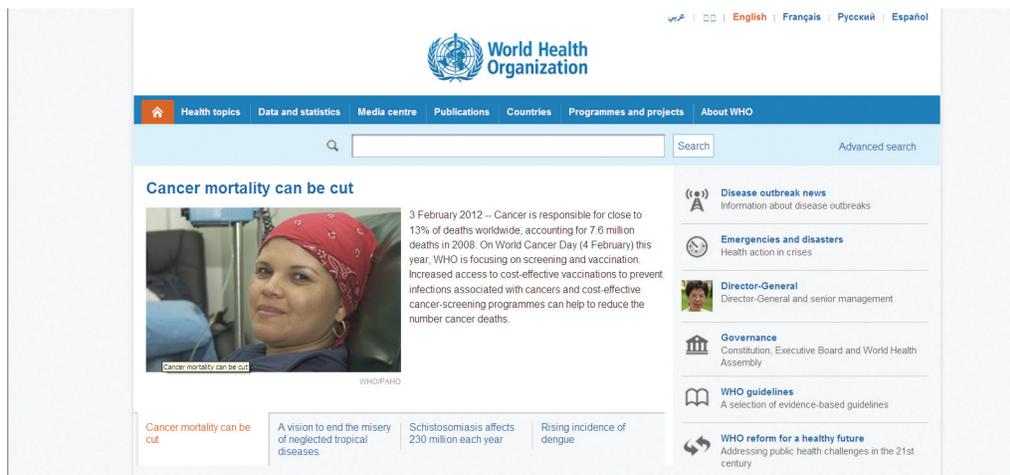


4.9 OMS

4.9.1. www.who.int/en/

A OMS é uma agência especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações

Unidas (ONU). Sua sede é em Genebra, na Suíça. A diretora geral é, desde novembro de 2006, a chinesa Margaret Chan.



Há duas formas de você encontrar publicações: 1) colocando a palavra-chave e clicando em 'Search';

2) clicando em 'publicações' e selecionando o assunto desejado.

4.10 Glossário

Arpanet

rede de computadores criada em 1969 pelo Departamento de Defesa Norte-americano, interligando instituições militares. Em meados dos anos 70, várias grandes universidades americanas aderiram à rede, que deu lugar a atual Internet.

Backbone

espinha dorsal de uma rede, geralmente uma infraestruturas de alta velocidade que interliga várias redes.

Browser

programa que permite visualizar e utilizar uma dada base de dados, distribuída ou não por vários computadores. Termo normalmente aplicado para os programas que permitem navegar no World Wide Web.

Ciberespaço

conjunto das redes de computadores interligadas e de toda a atividade aí existente. É uma espécie de planeta virtual, onde as pessoas (a sociedade da informação) se relacionam virtualmente, por meios eletrônicos. Termo inventado por William Gibson no seu romance Neuromancer.

DNS

sigla de Domain Name Server. Designa o conjunto de regras e/ou programas que constituem um servidor de nomes da Internet. Um servidor de nomes faz a tradução de um nome alfanumérico (microbyte.com) para um número IP (192.190.100.57). No DNS português, geram todos os nomes terminados em pt. Qualquer outro nome será também traduzido pelo mesmo DNS, mas a partir de informação proveniente de outro DNS (isto se essa informação não tiver sido previamente obtida).

Download

ato de transferir um arquivo de um computador remoto para o seu próprio computador, usando qualquer protocolo de comunicações.

E-mail

Electronic Mail. Correio Eletrônico.

FAQ

sigla de 'Frequently Asked Questions'. É um texto que pretende responder, dentro de uma determinada matéria, a 'Questões Colocadas Frequentemente' pelos utilizadores.

Freeware

Software distribuído em regime gratuito com alguns princípios gerais como a impossibilidade de alteração de qualquer parte para posterior distribuição, impossibilidade de venda etc.

FTP

sigla de File Transfer Protocol. Designa o principal protocolo de transferência de arquivos usado na Internet, ou então um programa que usa esse protocolo.

Hacker

indivíduo que faz todo o possível e o impossível para entrar num sistema informático alheio, quebrando sistemas de segurança, para assim poder causar danos.

Homepage

página base do www de uma instituição ou particular. A página base é uma espécie ponto de partida para a procura de informação relativa a uma pessoa ou instituição.

HTML

sigla de Hypertext Markup Language. É uma linguagem de descrição padrão de páginas de informações no www.

HTTP

sigla de Hypertext Transport Protocol. É o protocolo que define como é que dois programas/servidores devem interagir, de maneira a transferirem entre si comandos ou informação relativos ao www.

Internet

sistema mundial de redes de computadores, uma rede de redes, que pode ser utilizado por qualquer pessoa, em qualquer parte do mundo, onde haja ponto de acesso, e que oferece um amplo leque de serviços básicos, tais como correio eletrónico, acesso livre ou autorizado a informações em diversos formatos digitais, transferência de arquivos. Os protocolos básicos para o transporte dos dados são do TCP/IP.

IP

sigla de Internet Protocol. Um dos protocolos mais importantes do conjunto de protocolos da Internet. Responsável pela identificação das máquinas e redes e encaminhamento correto das mensagens entre elas.

Link

no www, uma palavra destacada indica a existência de um link, que é uma espécie de apontador para outra fonte de informação. Escolhendo esse link, obtém-se a página de

informação que ele designava que pode, por sua vez, ter também vários links.

Network

rede de computadores.

Off-line

fora da linha. Significa que nenhuma ligação por linha telefônica ou outra está no momento ativa.

Online

por oposição a off-line, *on-line* significa 'estar em linha', estar ligado em determinado momento a rede ou a um outro computador.

Password

Palavra-chave usada para identificação do utilizador, em conjunto com o login.

Protocolo

um protocolo é, para os computadores, o que uma linguagem (língua) é para os humanos. Dois computadores para poderem transferir informações entre si devem utilizar o mesmo protocolo (ou ter um terceiro que perceba os dois protocolos e faça a tradução).

Server

servidor. Um computador na Internet que oferece determinados serviços.

Site

coleção de páginas da web referentes a um assunto, instituição, empresa, pessoa. Diz-se também website. A forma portuguesa sítio é pouco usada.

Shareware

software que é distribuído livremente, desde que seja mantido o seu formato original, sem modificações, e seja dado o devido crédito ao seu autor. Normalmente, foi feito para ser testado durante um curto período de tempo (período de teste/avaliação) e, caso seja utilizado, o utilizador tem a obrigação moral de enviar o pagamento ao seu autor (na ordem de algumas – poucas – dezenas de dólares). Quando o registro é feito, é normal receber um manual impresso do programa, assim como uma versão melhorada, possibilidade de assistência técnica e informações acerca de novas versões.

TCP/IP

conjunto de protocolos da Internet, definido como se processam as comunicações entre os vários computadores.

URL

sigla de Uniform Resource Locator. Localizador de páginas na Internet.

WEB

o mesmo que www.

Website

Ver site.

World Wide Web (www)

teia global. Enorme conjunto de documentos e serviços, que faz parte da Internet, organizados em forma de páginas de hipertexto. Cada página é identificada por um URL. Também chamada de web.

Sobre as Autoras

Ada Ávila Assunção (coordenadora)

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pós-Doutorado em Saúde Pública e doutorado em Ergonomia. Médica do trabalho. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

Iara Barreto Bassi

Mestre em Saúde Pública. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFMG. Fonoaudióloga

Lailah Vasconcelos Oliveira Vilela

Auditora fiscal da Superintendência do Trabalho e Emprego de Minas Gerais. Mestre em Saúde Pública. Médica do trabalho.

Maria Cecília Pereira

Professora do Departamento de Engenharia de Produção da Escola de Engenharia da UFMG. Doutorado em Administração. Graduada em Administração.

Rosana Ferreira Sampaio

Professora do Departamento de Fisioterapia da Escola de Fisioterapia, Educação Física e Terapia Ocupacional da UFMG. Doutorado e Pós-Doutorado em Saúde Pública. Fisioterapeuta. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

ISBN 978-85-60914-08-1



9 788560 914081 >

Apoio



Ministério do
Planejamento

