

PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SECCIONAIS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO: UM MODELO PROPOSTO

Maria do Socorro Mendes Gomes
Rosylane Nascimento das Mercês Rocha



CAMINHOS PARA POLÍTICAS DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO A PARTIR DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Maviane Vieira Machado Ribeiro



CAMINHOS PARA POLÍTICAS DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO A PARTIR DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Maviane Vieira Machado Ribeiro

RESUMO

OBJETIVOS: o presente estudo teve como objetivos analisar a produção científica de artigos que envolvam a pesquisa epidemiológica associada à saúde ocupacional/saúde do trabalhador e estabelecer possíveis relações entre dados epidemiológicos e ações de vigilância, promoção à saúde, prevenção de agravos. **MÉTODOS:** constitui-se de uma pesquisa bibliográfica de artigos, no período de 2001-2010, com os termos epidemil\$, saúde do trabalhador, saúde ocupacional. **RESULTADOS:** a maioria dos estudos envolvia instituições privadas (50%), em periódicos relacionados à saúde pública/coletiva (67%). O principal contexto de trabalho pesquisado foi o da saúde (31%). Dentre os focos das recomendações apresentadas no campo da segurança e saúde do trabalho compareceram: contexto de trabalho (43%), necessidade de políticas de saúde (16%), mais pesquisas para aprofundamento do tema (13%), trabalhador como variável de ajuste (11%), não apresentaram recomendações (9%) e necessidade de vigilância em saúde (8%). Do total de publicações analisadas, 58% apresentaram um único foco de intervenção. **CONCLUSÕES:** necessidade de gestão estratégica da informação em saúde do servidor; importância de dados epidemiológicos para a construção de políticas de segurança e saúde no trabalho; necessidade de construção de indicadores de avaliação das ações implementadas; e necessidade de mudança de um paradigma assistencialista para um paradigma preventivo para estabelecimento de uma melhor e mais duradoura qualidade de vida no trabalho para os servidores públicos e redução dos custos do absenteísmo-doença.

Palavras-chave: políticas públicas, saúde do servidor público, epidemiologia, gestão pública.



INTRODUÇÃO

Em um mundo consumido por informações tem sido cada vez mais comum o acesso a uma extensa quantidade de dados, dos mais variados assuntos e, infelizmente, executa-se pouco ou quase nada com eles. Em algumas áreas, porém, encontram-se dados escassos e igualmente mal utilizados. No contexto da saúde coletiva, por exemplo, segundo o modelo lógico da intervenção, o diagnóstico epidemiológico é ferramenta importante, mas se observa que não tem sido utilizado como embasamento para a execução de práticas de educação coletivas, refletindo a escassez de ações preventivas coletivas (Chaves *et al*, 2009). Se por um lado o campo da saúde do trabalhador¹ é vasto em informação, o da saúde do servidor ainda sofre de inexpressão. Pesquisas epidemiológicas tratando de absenteísmo-doença de servidores públicos são escassas (Carneiro, 2006; Cunha, 2007) e os estudos publicados dizem respeito, sobretudo, aos trabalhadores da área da saúde (Cunha, 2007).

“Em geral, a perícia médica, por obrigação legal, é a única atividade realizada, ou seja, a ‘ação no controle’ da ausência ao trabalho. As questões relacionadas à saúde, via de regra, não fazem parte da pauta dos projetos de capacitação gerencial da administração pública, que geralmente opta por organizar serviços médicos que funcionem de forma isolada das políticas de recursos humanos, contribuindo para a construção de concepções e dinâmicas idiossincrásicas” (Carneiro, 2006, p. 24).

Justificando essa situação, Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997) relatam que a atuação do Estado nesse campo sustentou-se por muito tempo em concepções dominantes sobre a causalidade do adoecimento, ou seja, uma concepção unicausal das doenças. No entanto, cada vez mais se caminha para uma compreensão multicausal, considerando um conjunto de fatores de risco associado aos agravos.

Todavia, é campo com potencial expressivo de crescimento. Portanto, torna-se cada vez mais imprescindível uma gestão estratégica das informações visando ao encontro de ações que respondam às necessidades advindas dos mais variados contextos de trabalho. Tornando-se, inclusive, uma ferramenta de tomada de decisões alinhada à gestão de pessoas. Afinal, a definição de prioridades para as

¹ A expressão saúde do trabalhador será utilizada aqui como termo geral – como gênero – que engloba diversas categorias de trabalhadores, compreendendo os servidores públicos incluídos como espécies do conjunto maior.



políticas públicas, o planejamento e a implementação de ações no contexto de saúde do trabalhador, mostram-se prejudicadas em função da escassez e inconsistência de informações sobre a situação de saúde dos trabalhadores (Ministério do Trabalho, 2004).

Sabe-se que, nas últimas décadas, as pesquisas em epidemiologia vêm aumentando consideravelmente não apenas em quantidade, mas também na diversidade de temáticas abordadas (Barreto, 2006). Primordialmente, considerada o estudo da saúde/doença em populações (Ministério da Saúde, 2005; Pereira, 2006), a epidemiologia tem salientado o tema “saúde, trabalho e ambiente” como o sexto tema mais recorrente em artigos epidemiológicos Qualis I. Fato este que demonstra a tendência crescente de pesquisas na área (Turci *et al*, 2010). Portanto, a perspectiva da epidemiologia parte do referencial da saúde pública/saúde coletiva², de forma que os estudos envolvendo o contexto do trabalho, de modo algum perdem o sentido coletivo da construção do processo de saúde/doença. Além disso, do ponto de vista das políticas públicas, os estudos epidemiológicos têm contribuído para “o planejamento, gestão e avaliação de ações e programas de saúde pública, através da proposição de medidas para o controle e/ou minimização de agravos” (p. 1968).

Para tanto, faz-se necessária a implementação de uma vigilância epidemiológica no contexto do trabalho de modo a promover ações na busca de conhecimento, detecção ou prevenção de fatores relacionados à saúde individual ou coletiva para fins de prevenção ou controle de doenças e agravos. Caberia à atividade de vigilância epidemiológica, portanto, as seguintes funções: coleta e consolidação de dados, investigação epidemiológica, interpretação de dados e análise de informação, recomendação e adoção de medidas de controle, avaliação do sistema de vigilância epidemiológica e retroalimentação e divulgação de informações (Ministério da Saúde, 2005). Dentro deste contexto, reforça-se a vigilância em saúde do trabalhador como área de atuação da saúde pública (Alves, 2003) e, de acordo com esta compreensão, a vigilância em saúde deve ser compreendida como um modelo assistencial alternativo, em uma perspectiva intersetorial – ou seja – baseada nos problemas reais de uma determinada localidade (Ministério da Saúde, 2005).

² “Enquanto movimento ideológico comprometido com a transformação social, apresenta possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e integralidade” (Paim & Almeida Filho, 1998).



“Comparativamente, o serviço público investe mais no “controle individual” do absenteísmo que nas áreas coletivas de saúde, que aparecem como experiências isoladas, produzindo pouco impacto e padecendo da descontinuidade administrativa, que caracteriza boa parte das políticas públicas” (Carneiro, 2006, p. 26). Entende-se, pois, que o conhecimento epidemiológico presta-se fundamentalmente à promoção de saúde, compreendendo o processo saúde/doença em seus múltiplos determinantes. Raciocínio que amplia o espectro da saúde para além do individual, exigindo uma postura interdisciplinar e intersetorial para atuação em seus diversos elementos constitutivos (Alves, 2003). Este laço do espaço do trabalho com a promoção da saúde é estabelecida de forma clara também pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2000) onde o trabalho é visto como espaço prioritário para promoção de saúde no séc. XXI. Salientam que políticas desta ordem devem priorizar aumento do controle sobre a saúde e melhorá-la, favorecendo produtividade/competitividade das empresas e desenvolvimento econômico e social dos países.

De acordo com Carneiro (2006, p. 33),

“A promoção à saúde do trabalhador constitui-se de ações que visam a sensibilizar os trabalhadores para a adoção de práticas saudáveis, individuais e coletivas no ambiente de trabalho. Inclui a busca ativa de doenças, a adoção de medidas preventivas e a capacitação para que trabalhadores possam atuar na melhoria da sua qualidade de vida e na do trabalho. A promoção à saúde compreende organizar informações, promover a formação e criar mecanismos de comunicação, pensando na intervenção. (...) requer sair do foco da doença para o da saúde, significa construir ações que interfiram no ambiente e na organização de trabalho. Importante ressaltar que promoção à saúde não é um conjunto de receitas que devem ser observadas pelo trabalhador. Ela exige envolvimento e responsabilização de diversos atores: a administração, o gestor local, o corpo técnico, os trabalhadores e seus representantes”.

Conseqüentemente, a vigilância epidemiológica sobre os adoecimentos dos trabalhadores torna-se primordial na construção de tal processo. Observando que, inclusive de acordo com Teixeira *et al* (em Alves, 2003), a vigilância não deve se restringir a produção de informações de monitoramento de doenças específicas. É necessária a realização da análise da situação da saúde da população atendida, sobretudo a análise das condições de vida em território delimitado. Necessita envolver ainda o planejamento e execução de ações de resolução dos problemas de forma a intervir tanto nos riscos e danos quanto em seus determinantes, bem como nas necessidades de saúde daquelas pessoas, naquele território. É interessante perceber como o monitoramento da situação da saúde torna-se uma questão de gestão da informação da saúde dos trabalhadores (Reis & Silva, 2005).



Em saúde do trabalhador, analisar a situação da saúde – com seus riscos, danos, determinantes e necessidades – envolve necessariamente estudar o contexto de trabalho dos sujeitos envolvidos. Entendido por Ferreira e Mendes (2003) como o “contexto de produção de bens e serviços (CPBS)”, o CPBS é o espaço material, organizacional e social no qual a atividade do trabalho é desenvolvida. Este contexto é constituído de três dimensões analíticas interdependentes, a saber:

Tabela 1. Dimensões, definição e componentes do Contexto de Produção de Bens e Serviços – CBPS

Dimensão	Conceito	Elementos	Descrição
Organização do trabalho (OT)	Constitui-se pelos elementos prescritos (formal ou informal) que expressam as concepções e as práticas de gestão de pessoas e do trabalho que determinam o seu funcionamento.	Divisão do trabalho Produtividade esperada Regras formais Tempo Ritmos Controles Característica das tarefas	Hierárquica, técnica e social. Metas, qualidade, quantidade. Missão, normas, dispositivos jurídicos e procedimentos. Duração da jornada, pausas e turnos Prazos e tipos de pressão. Supervisão, fiscalização e disciplina. Natureza e conteúdo.
Condições de Trabalho (CT)	Constituem-se pelos elementos estruturais que expressam as condições de trabalho presentes no lócus de produção e caracterizam sua infraestrutura, apoio institucional e práticas administrativas.	Ambiente físico Instrumentos Equipamentos Matéria-prima Suporte organizacional Práticas de remuneração	Sinalização, espaço, ar, luz, temperatura, som. Ferramentas, máquinas, documentação. Materiais arquitetônicos, aparelhagem, mobiliário. Objetos materiais/simbólicos, informacionais. Informações, suprimentos, tecnologias. Desenvolvimento de pessoal, benefícios.
Relações Socioprofissionais (RST)	Constituem-se pelos elementos interacionais que expressam as relações socioprofissionais de trabalho, presentes no lócus de produção e caracterizam sua dimensão social.	Interações hierárquicas Interações coletivas intra e intergrupos Interações externas	Chefias imediatas e chefias superiores. Colegas da equipe de trabalho e membros de outros grupos de trabalho. Usuários, consumidores, representantes institucionais (fiscais, fornecedores).

Fonte: Ferreira e Mendes (2003, p. 41-43).

“Estudos sobre a relação saúde e trabalho na área pública brasileira têm dado a conhecer as condições de vida e de trabalho a que estão expostos os servidores públicos. Abrangendo diferentes categorias em diversos níveis da esfera pública, pesquisas têm apontado um sofrimento oriundo das condições ambientais,



mas principalmente da organização do trabalho” (Carneiro, 2006). Em suma, significa dizer que apenas produzir dados epidemiológicos sobre os afastamentos por motivo de saúde não é suficiente; faz-se necessário analisar o contexto e gerir estrategicamente essas informações. Para essa tarefa será preciso dar voz aos trabalhadores de modo que o discurso desse sujeito trabalhador – privilegiado conhecedor do contexto – seja validado como conhecedor das causas e soluções dos adoecimentos. Desta forma, há a possibilidade de construir uma concepção ideológica do trabalho e do ser humano diferente da concepção meramente assistencialista na qual o trabalhador é a única variável de ajuste, evoluindo para o paradigma preventivo, como salientam Ferreira e Mendes (2003).

De acordo com Reis e Silva (2005), alguns obstáculos são encontrados no processo de desenvolvimento de uma gestão estratégica da informação em saúde do trabalhador:

- Restrição da abrangência de ação das doenças ocupacionais;
- Orientação dos processos de trabalho de uma ótica primordialmente clínica e
- Perda da noção da importância de cada etapa da vigilância:
 - ✓ O que vigiar – dicotomia entre agravos ocupacionais e não ocupacionais;
 - ✓ Sistemas de informação – escassez de sistema promotores da abordagem epidemiológica;
 - ✓ Análise dos dados – ausência de análises sistemáticas dos dados coletivos, alimentando a dificuldade de detecção de eventos precoces;
 - ✓ Investigação – escassez de instrumentos metodológicos adequados para avaliação dos eventos de saúde/doença;
 - ✓ Divulgação – falta de uso, um dos maiores problemas do uso da informação em saúde;
 - ✓ Formação profissional deficiente – deficiência de formação profissional para tratamento dos dados em saúde do trabalhador.

Sendo assim, Reis e Silva (2005) apontam ao menos três impactos positivos da gestão estratégica da informação em saúde do trabalhador: (1) a necessidade urgente de aperfeiçoamento das informações internas de saúde dos



trabalhadores para fins de diagnóstico e prevenção que culminará no desenvolvimento de (2) programas de promoção de saúde no trabalho. Estes, por sua vez, podem ser qualificados como ação de uma instituição que se reconhece como cidadã, cumprindo com sua responsabilidade social. Por último, não menos importante, referem-se à (3) questão da responsabilidade civil e penal uma vez que se atenua a fronteira entre o estritamente ocupacional (doença causada pelo trabalho) e o relacionado ao trabalho (agravada pelo trabalho) e outros determinantes de saúde/doenças (pessoais, familiares, etc). Contudo, um olhar mais próximo para a particularidade do serviço público explicitará:

“A inexistência de sistema nacional que consolide informações sobre a saúde do trabalhador público inviabiliza conhecer o perfil epidemiológico dessa categoria, que congrega milhões de trabalhadores, fato que dificulta a elaboração de projetos de promoção humana de maior alcance. A dificuldade, entretanto, não se prende exclusivamente à falta de informações. O fato de haver um vácuo de responsabilização legal pelo não-cumprimento da legislação de saúde e segurança do trabalho favorece um contínuo postergar no cumprimento de legislações trabalhistas para os servidores estatutários” (Carneiro, 2006, p. 28).

Ainda na gestão da informação, Reis (2003, em Reis & Silva, 2005) recomenda um modelo adaptado de organização dos dados de saúde do trabalhador, constituído de oito níveis. Esse quadro demonstra que quanto antes houver prevenção, detecção, controle e intervenção, menores serão as conseqüências para a saúde do trabalhador e os custos com absenteísmo-doença:



Fonte: Reis & Silva (2005).

- 1º Nível. Contempla a organização de dados demográficos da população estudada;
- 2º Nível. Contempla a organização de dados de estilo de vida, outros determinantes de risco à saúde, dados de segurança e higiene ocupacional;
- 3º Nível. Contempla a organização de dados de exames laboratoriais e provas funcionais;
- 4º Nível. Contempla a organização de dados de morbidade sem absenteísmo, representado pelos sinais e sintomas registrados durante a avaliação clínica;
- 5º Nível. Contempla a organização de dados de morbidade causadora de incapacidade total temporária de até 15 dias, absenteísmo de curto prazo;
- 6º Nível. Contempla a organização de dados de morbidade causadora de incapacidade total temporária superior a 15 dias, absenteísmo de longo prazo;
- 7º Nível. Contempla a organização de dados de morbidade causadora de incapacidade total permanente;
- 8º Nível. Contempla a organização de dados de mortes.

Observa-se que para alcance dos últimos níveis foi preciso “queimar” seis níveis anteriores, ou seja, pode ser um reflexo de negligência diante das etapas anteriores. Visto que a previdência social tem feito uso do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) – por meio do cruzamento de informações epidemiológicas com a natureza da atividade – para caracterização de acidente ou doença do trabalho e posterior concessão de benefícios (INSS, 2008), é de relevância estabelecida o uso de indicadores relacionados à incapacidade laborativa pois vem gerando uma avalanche de aposentadorias por invalidez sem que nada no contexto de trabalho seja alterado para modificar essa realidade, por exemplo.

Especialmente no serviço público, considerando-se “que a aposentadoria por invalidez é concedida, por conta de dispositivos legais, em geral, após 24 meses de afastamento do trabalho por licença médica, a doença que a motiva é a mesma que causa os afastamentos antecedentes” (Cunha, 2007, p. 38). Em consequência, o estabelecimento de uma vigilância epidemiológica associada à promoção de



saúde, que necessariamente deve envolver a análise do contexto de trabalho, é condição primordial para a afirmação de vivências de saúde no trabalho, evitando situações de incapacidade laborativa precoce que trazem prejuízo aos sujeitos e às instituições. Como salientado anteriormente, “a identificação de fatores que possam predizer as aposentadorias por invalidez constitui um grande avanço, pois possibilita uma melhor fundamentação das políticas de promoção e proteção à saúde do trabalhador” (Sampaio *et al*, 2003, p. 62), bem como o diagnóstico epidemiológico é ferramenta importante para a implementação de programas de saúde e segurança no trabalho (Chaves *et al*, 2009).

OBJETIVOS

O presente estudo tem por objetivo analisar a produção científica de artigos que envolvam a pesquisa epidemiológica associada à saúde ocupacional ou à saúde do trabalhador em uma base brasileira de indexação de periódicos científicos – Scielo. A partir desse levantamento, pretende também analisar, classificando, as ações de intervenção sugeridas pelas pesquisas de acordo com o foco das recomendações.

METODOLOGIA

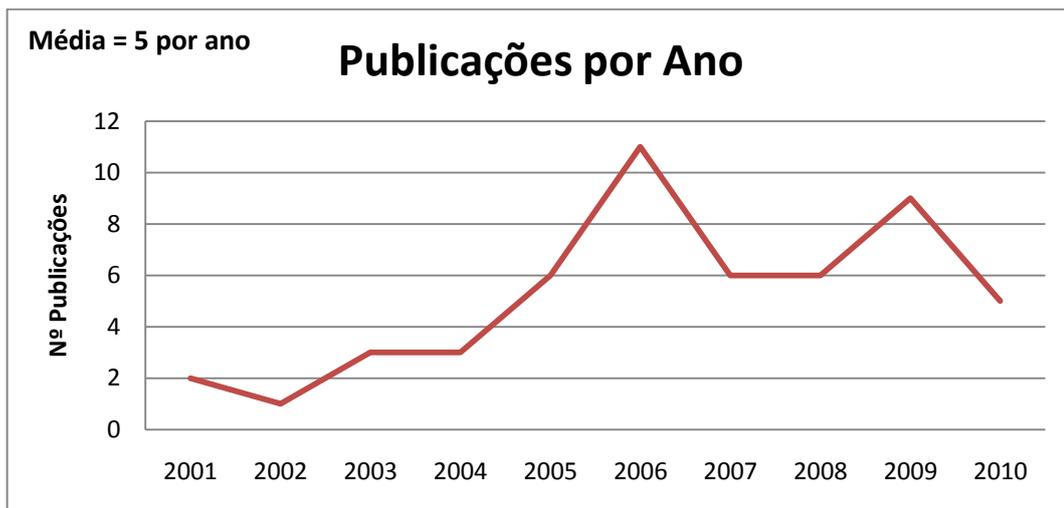
A investigação de cunho exploratório realizou-se um levantamento bibliográfico na base de dados Scielo Brasil, utilizando os descritores “epidemiol\$” AND “saúde ocupacional”, “epidemiol\$” AND “saúde do trabalhador” e “epidemiol\$” AND “servidores públicos”. Não houve restrição dos campos a serem pesquisados, isto é, a pesquisa dos descritores envolveu todos os campos possíveis da busca (palavras do título, autor, assunto, resumo, ano de publicação, registros de ensaios clínicos, tipo de artigo, afiliação-organização, afiliação-país, áreas geográficas). O termo genérico “epidemiol\$” permitiu a localização de termos como epidemiologia, epidemiológicos, epidemiológicas. O espectro temporal da pesquisa restringiu-se aos anos de 2001 a 2010. A base de dados foi definida em virtude de serem lá indexadas “as mais importantes revistas científicas brasileiras (incluindo as de saúde coletiva e epidemiologia)” (Barreto, 2006), permitindo uma aproximação maior com a realidade nacional e disponibilizando consulta *online* a artigos completos.



Os artigos foram categorizados com base na temática do periódico, ano de publicação, termo pesquisado (saúde do trabalhador ou saúde ocupacional), contexto pesquisado, natureza da instituição (privada ou pública), conclusões e foco das intervenções recomendadas pelo estudo. Em seguida, as intervenções foram analisadas e classificadas de acordo com o foco da intervenção: o contexto de trabalho ou o trabalhador. Os estudos teóricos, estatísticos e os duplicados foram excluídos da análise.

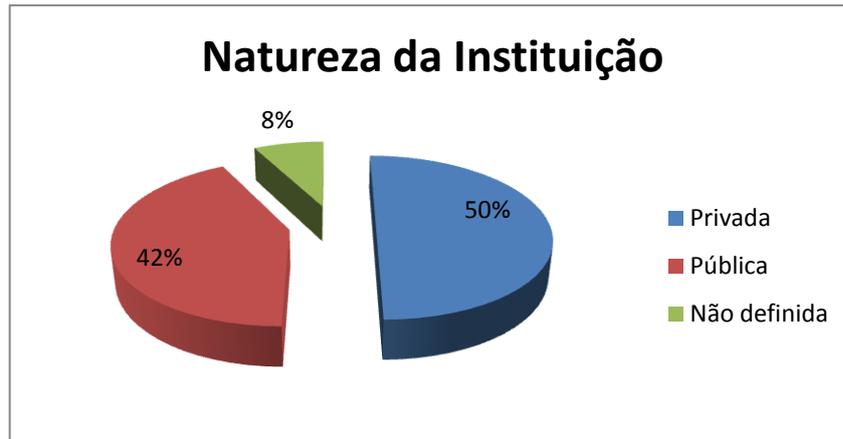
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de artigos retornados na busca (N=63), definidos os critérios de exclusão, realizou-se a análise com 83% (N=52) do todo.



Diante da distribuição das publicações ao longo dos anos pesquisados, observa-se a partir do ano de 2005 um aumento expressivo do número de publicações, com destaque para o ano de 2006 (21%), com uma média de 5 artigos por ano ao longo do período observado. O pico observado em 2006 pode ter sido impulsionado pelo marco de publicação da Portaria Interministerial Nº 800 de 3 de maio de 2005 – texto-base da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, bem como pela 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2005) e a Oficina Nacional pela Melhoria das Condições de Trabalho e Saúde do Trabalhador da Saúde (2006) que podem ter reforçado a pesquisa no contexto da saúde.

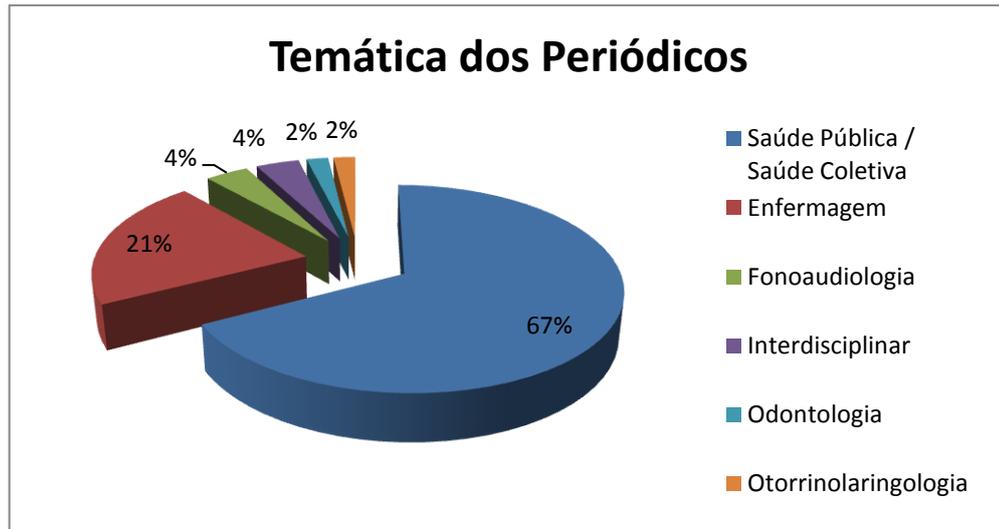




Quanto à natureza da instituição investigada, observa-se a predominância dos estudos em instituições de natureza privada. Salientando-se uma aproximação das pesquisas sobre adoecimentos dos servidores públicos. No entanto, essa representação aponta para uma triste realidade que merece atenção: “o vácuo de responsabilização legal” (Carneiro, 2006), no qual se encontram inúmeros trabalhadores públicos que não são contemplados por políticas públicas nacionais de segurança e saúde do trabalhador.

O Estado faz as leis, mas não faz com que as cumpram dentro do próprio Estado. Para o trabalhador público essa situação configura-se como uma situação perversa e de falta de valorização do seu capital humano que termina por culminar em investimento controverso em mecanismos de controle individual – refletidos em serviços de perícia médica dilatados – obrigando muitas vezes o médico perito a avaliar o servidor como mero simulador de doenças pois é desconhecedor de sua realidade de trabalho. Ao impedir que o servidor tenha acesso a garantias que os trabalhadores de instituições particulares possuem – como Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e Programas de Controle Médico e Saúde Ocupacional – o Estado cria barreiras para a modificação de contextos de trabalho adoecedores e, paradoxalmente, sobrecarrega os serviços de perícia médica, colocando a saúde e a segurança no trabalho em um beco sem saída.



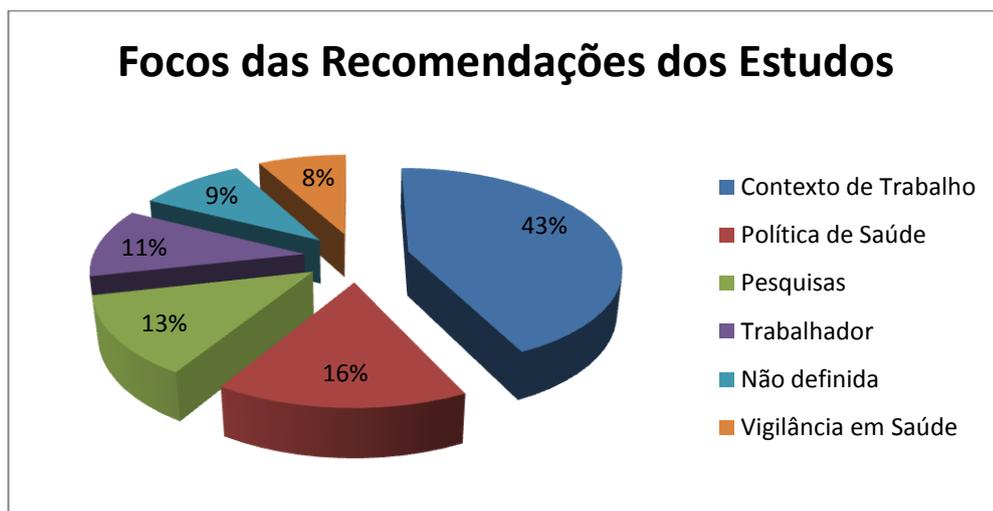


A área de conhecimento dos 67% dos periódicos foi a saúde pública/saúde coletiva, reforçando a ideia de que o contexto de epidemiologia aplicada à saúde do trabalhador consagra-se como um campo de saúde coletiva. O que significa reconhecer a necessidade de um compromisso com a transformação social do campo, promovendo um sentido coletivo da construção do processo, ou seja, a dimensão social do processo saúde/doença (Paim & Almeida Filho, 1998). Esse entendimento sinaliza a intervenção no contexto social do trabalho – reconhecido em suas três dimensões: condições de trabalho, organização do trabalho e relações sócioprofissionais (Ferreira & Mendes, 2003) – como fundamental na saúde do trabalhador. Inclusive, tendo em vista a contramão do predomínio do controle individual que ainda se vê no serviço público (Carneiro, 2006), torna-se urgente a mudança de paradigma do individual para o coletivo, correndo-se o sério risco de serem incipientes as ações que não acompanham este movimento, ofuscando uma visão macro necessária a toda política pública. Afinal, políticas públicas em segurança e saúde no trabalho envolvem promoção da saúde e não são construídas para o indivíduo, mas sim para o coletivo.





Como observa Cunha (2007), a saúde continua a ser o contexto de trabalho pesquisado predominantemente nas publicações. Em seguida aparecem os contextos industriais e educacionais. Diante da diversidade de contextos e categorias de trabalho no serviço público (Carneiro, 2006), questiona-se a ausência de estudos para uma série de situações de trabalho públicas – como assistência social e justiça – em que os servidores são sujeitos a eventos altamente estressantes, vivenciando sentimentos de impotência adoeceadores, por exemplo. No mínimo, é uma realidade que sinaliza a carência de estudos direcionados e planejados para o setor público que possam contemplar as mais variadas realidades laborais do Estado.

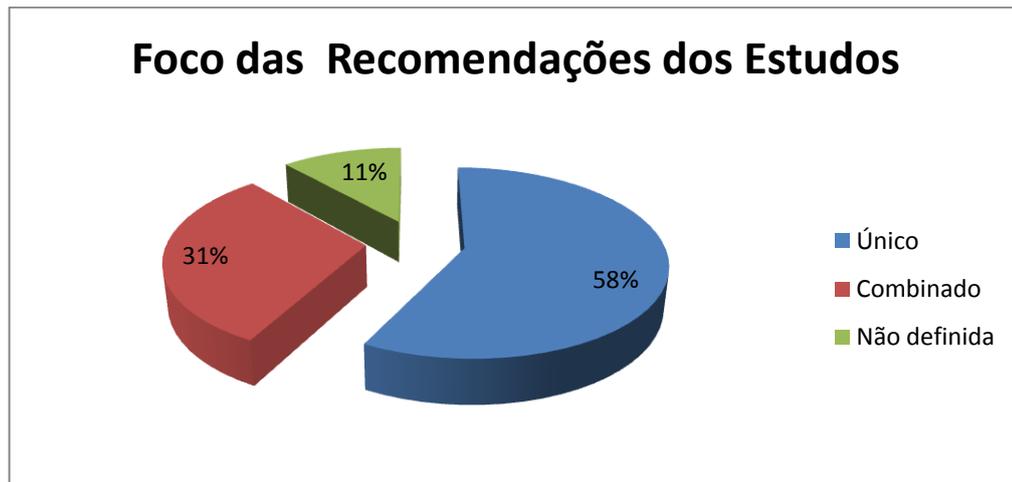


Na análise das intervenções recomendadas pelas publicações para melhoria da segurança e saúde no trabalho, as modificações no contexto de trabalhado foram as mais freqüentes. O que corrobora o entendimento teórico sobre o tema uma vez que já há algum estabelecimento de nexo entre adoecimento e contexto de trabalho, como a publicação do Ministério da Saúde com a lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (MS, 2001) e a utilização do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário pelo Ministério da Previdência Social. Sobretudo no serviço público, onde a contagem dos dias de afastamento relacionada a Classificação Internacional da Doença (CID) pode levar a aposentadoria compulsória por invalidez, reafirmando a noção de que a incapacidade para o trabalho encontra-se associada às doenças antecedentes (Cunha, 2007) e estas ao seu contexto de trabalho. A sugestão de construir políticas de saúde aparece em seguida, definindo sua importância. No entanto, deve-se atentar para o fato de que a política por si só não produz efeitos. É realmente necessário que seja aplicada, tornando-se política de Estado e não meramente política de governo – sujeita a descontinuidade – como bem apontado por Carneiro (2006).

Pesquisas para tratamento e aprofundamento do tema foram sugeridas com a terceira maior incidência o que deve ser evidentemente valorizado para obtenção de informações fidedignas sobre a saúde do servidor que poderão pautar programas de promoção da saúde, por exemplo. A quarta variável apontada diz respeito a ações que tenha o trabalhador como variável de ajuste. Entende-se que proteger e fortalecer o servidor – como educação em saúde, programas de utilização de equipamentos de segurança, etc – fazem parte do processo de construção da saúde no ambiente de trabalho. No entanto, em nenhuma hipótese deve ser utilizada como o único ou o principal foco de intervenção – sobretudo no que se refere a atividades lúdicas e relaxantes – por muitas vezes reforçar práticas assistencialistas que nada influenciam em uma mudança do trabalhador de uma posição passiva para uma posição ativa e co-responsável (Ferreira & Mendes, 2003). Infelizmente, encontrou-se uma porcentagem maior de estudos sem recomendações de intervenção comparadas à sugestão de ações de vigilância em saúde. Executar essa vigilância implicará em gestão da informação em saúde que



envolve muito mais do que produção de dados; envolverá também o monitoramento da situação da saúde do trabalhador (Reis & Silva, 2005) aplicada aos problemas reais de determinada localidade sua realidade (MS, 2005), convergindo em ações de divulgação das informações, de capacitação de pessoal (Reis & Silva, 2005) e de promoção da saúde.



Apesar de, teoricamente, já ter sido superada a concepção unicausal a respeito dos motivadores dos adoecimentos (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997), observa-se que na prática há resquícios da teoria da unicausalidade expressos nas recomendações sugeridas em 58% dos estudos analisados. Portanto, se nos aspectos teóricos reconhece-se a multideterminação envolvida no processo saúde/doença, de forma paradoxal o reconhecimento dessa pluralidade ainda escapa às práticas sugeridas para sua gestão. Ora, se são diversos os fatores determinantes do adoecimento, devem igualmente ser plurais as ações para intervenção neste processo.

CONCLUSÕES

Se se ambiciona que o contexto de trabalho seja realmente espaço privilegiado de promoção da saúde como vislumbra a OPAS, deve-se compreender que para a construção de políticas públicas em segurança e saúde do servidor faz-se necessária a transição de uma concepção unicausal para uma concepção multicausal do adoecimento do trabalhador, reconhecendo os efeitos da pluralidade



de seus determinantes inclusive na busca de ferramentas para a gestão da situação apresentada. O reconhecimento da saúde do trabalhador como campo da saúde coletiva envolve concepções sociais que devem priorizar o trabalhador como um ator legítimo, parte de um todo, que age em seu meio e sofre em si ações desse mesmo meio. Implica em ceder o espaço do controle individual para ações coletivas nas quais o servidor possa ser visto como parceiro valioso nessa construção.

Demonstrou-se que a gestão da informação da saúde do trabalhador, como ferramenta de tomada de decisão alinhada à gestão de pessoas, não pode ser negligenciada quando se deseja o desenvolvimento de ambientes de trabalho e de pessoas saudáveis com base na realidade de cada contexto. Lembrando que gerir estrategicamente essas informações enseja implicações reais em aspectos envolvidos nas condições de trabalho, na organização do trabalho e nas relações socioprofissionais de forma a privilegiar o contexto de trabalho como variável de ajuste primária.

Desta feita, o Governo do Distrito Federal tem se movimentado no processo de construção de uma política pública em segurança e saúde no trabalho fundamentada em (1) gestão estratégica da informação da saúde do servidor e (2) abertura de um espaço de legitimação do discurso do trabalhador, além de:

(3) Programas preventivos de segurança no trabalho e promoção à saúde baseadas nas informações epidemiológicas: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), programas de saúde mental, saúde cardiovascular, saúde da mulher e saúde do homem, campanhas de vacinação, conscientização músculo-postural e eventos em datas comemorativas relacionadas à saúde;

(4) Vigilância em saúde, demarcando, controlando e intervindo em: CIDs de notificação compulsória, CIDs de doenças relacionadas ao trabalho, perfil epidemiológico dos servidores aposentados por invalidez, perfil epidemiológico de servidores que trabalham em atividades e locais insalubres e perigosos;



(5) Intervenções no contexto de trabalho – em conjunto com a Gestão de Pessoas – envolvendo acompanhamento, análise e intervenção: nas condições de trabalho dos servidores, na organização do trabalho e nas relações socioprofissionais; e

(6) Construção de indicadores que possibilitem avaliar a efetividade e a eficácia real das ações recomendadas, como o índice de absenteísmo-doença.

Tendo em vista os limites metodológicos desta pesquisa, os resultados devem ser considerados com precaução para maiores generalizações, pois o estudo teve uma abrangência meramente exploratória com o objetivo de ilustrar a situação apresentada com uma pequena amostra de publicações. Ressalta-se a necessidade de uma pesquisa ampliada com outros termos (ex. absenteísmo-doença) e também em outras bases de indexação de dados, recomendando-se o uso de metodologia semelhante à utilizada por Turci *et al* (2010) para estudo aprofundado.

Por fim, ressalta-se que não se pretendeu com este estudo encerrar respostas definitivas para a problemática ou mesmo limitar as ações que podem ser desenvolvidas para administrar a situação da saúde dos servidores públicos. A intenção foi problematizar as discussões sobre o assunto, encorajando que mais gestores ampliem suas concepções sobre o servidor, sua segurança e saúde no trabalho. Em suma, reconhece-se que a mudança de um paradigma assistencialista para um paradigma preventivo gera uma melhor e mais duradoura qualidade de vida no trabalho e redução dos custos com absenteísmo-doença para o Estado.



REFERÊNCIAS

Alves, R. B. (2003). Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1): 319-322, jan-fev.

Barreto, M. L. (2006). Crescimento e tendência da produção científica em epidemiologia no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(N Esp): 79-85.

Chaves, S. C. L., Santana, V. S., Leão, I. C. M., Santana, J. N., Almeida Lacerda, L. M. A. (2009) Determinantes da implantação de um programa de segurança e saúde no trabalho. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 25(3): 204–12.

Cunha, J. C. C. B. (2007). Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina, 1995 a 2005. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Ferreira, M. C. & Mendes, A. M. (2003) Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira. Brasília, DF: Ler, Pensar, Agir.

Ministério da Previdência Social (2008). Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Previdenciário, e dá outras providências. Instrução normativa INSS/PRES Nº 31, de 10 de setembro de 2008 – DOU de 11/09/2008 – retificação.

Minayo-Gomez, C. & Thedim-Costa, S. M. F. (1997) A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (2).

Ministério da Saúde (2005). Curso básico de vigilância epidemiológica. Brasília.

Ministério do Trabalho (2004). Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília.

OPAS/OMS (2000). Relatoría Taller Estrategia de Promoción de la Salud en los lugares de trabajo de America Latina y El Caribe. San José, Costa Rica. OPS/OMS.

Paim, J.S. & Almeida Filho, N. (1998) Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32(4): 299-316.



Pereira, M.G. (2006). Saúde e Doença. In: M.G. Pereira. Epidemiologia Teórica e Prática. (p. 30-48). Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 596p.

Reis, P. & Silva, H. P. (2005). A gestão estratégica da informação de saúde do trabalhador no contexto da inteligência organizacional das empresas. Nono Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas. Bahia.

Sampaio, R. F, Silveira, A. M., Parreira, V. F., Makino, A. T., Mateo, M. M. (2003) Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. Revista da Associação Médica Brasileira, 49(1): 60-6.

Silvana Rubano Barretto Turci, S. R. B., Guilam, M. C. R., Câmara, M. C. C. (2010). Epidemiologia e Saúde Coletiva: tendências da produção epidemiológica brasileira quanto ao volume, indexação e áreas de investigação - 2001 a 2006. Ciência & Saúde Coletiva, 15(4): 1967-1976.

AUTORIA

Maviane Vieira Machado Ribeiro – Secretária de Estado de Administração Pública.
Endereço eletrônico: maviane.vieira@seplan.df.gov.br



PERSPECTIVA DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO EM UM ÓRGÃO PÚBLICO DO GDF: OS DILEMAS DOS GESTORES

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha



PERSPECTIVA DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO EM UM ÓRGÃO PÚBLICO DO GDF: OS DILEMAS DOS GESTORES

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha

RESUMO

O objetivo deste artigo é identificar os dilemas experimentados pelos gestores frente à possível implantação de um Programa de Qualidade de Vida no Trabalho – PQVT em um órgão público do Governo do Distrito Federal. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que se inscreve metodologicamente na abordagem da ergonomia da atividade aplicada à qualidade de vida no trabalho. Participaram da pesquisa 21 gestores. O instrumento utilizado foi um questionário composto de três perguntas abertas. Os dados coletados foram tratados por meio da análise de conteúdo categorial. Os resultados evidenciaram os principais desafios, dúvidas e expectativas dos gestores. Realizou-se um comparativo com resultados obtidos em estudo anterior semelhante em órgão público Federal.



INTRODUÇÃO

Tal estudo reveste-se de importância face ao objetivo maior do principal gestor do órgão pesquisado: “Trabalhar com programas que diminuam a insatisfação do servidor”. As organizações inserem-se em um momento histórico de transformações no campo econômico, social, político, cultural e tecnológico (HOBBSAWM, 1996, CASTEL, 1998; LEITE, 2003), inserindo na agenda programática dos gestores novas exigências (FERREIRA, 2007). Para Silva e DeMarch (1997), dos muitos desafios que se apresentam para o mundo empresarial na atualidade, dois são fundamentais: O 1º está relacionado à necessidade de uma força de trabalho saudável, motivada e preparada para a extrema competição atualmente existente. O 2º desafio é a capacidade, na visão deles, de a empresa responder à demanda de seus funcionários em relação a uma melhor qualidade de vida. O bem-estar dos trabalhadores e a produtividade como sinônimo de efetividade organizacional. Diante deste contexto identifica-se os desafios no processo de reestruturação produtiva (BAUMGARTEN,2006), no redesenho do funcionamento das organizações e na implementação dos novos modelos de gestão.

Gestão da QVT é a capacidade de administrar o conjunto das ações, incluindo diagnóstico, implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais no ambiente de trabalho alinhada e construída na cultura organizacional, com prioridade absoluta para o bem-estar das pessoas da organização (FRANÇA,2009). O enfoque de QVT que sustenta este estudo é de natureza preventiva (FERREIRA,2006) e, portanto, contrário à concepção de QVT Assistencialista, onde o “indivíduo é a variável de ajuste” e “atividades compensatórias do tipo anti-estresse” (FERREIRA,2006), o atual ofurô corporativo. Esta abordagem impõe ao trabalhador a responsabilidade por sua QVT, cria atividades de QVT de natureza compensatória do desgaste que os trabalhadores vivenciam e ênfase na produtividade globalizada, tornando-se então produtivismo (FERREIRA,2009).



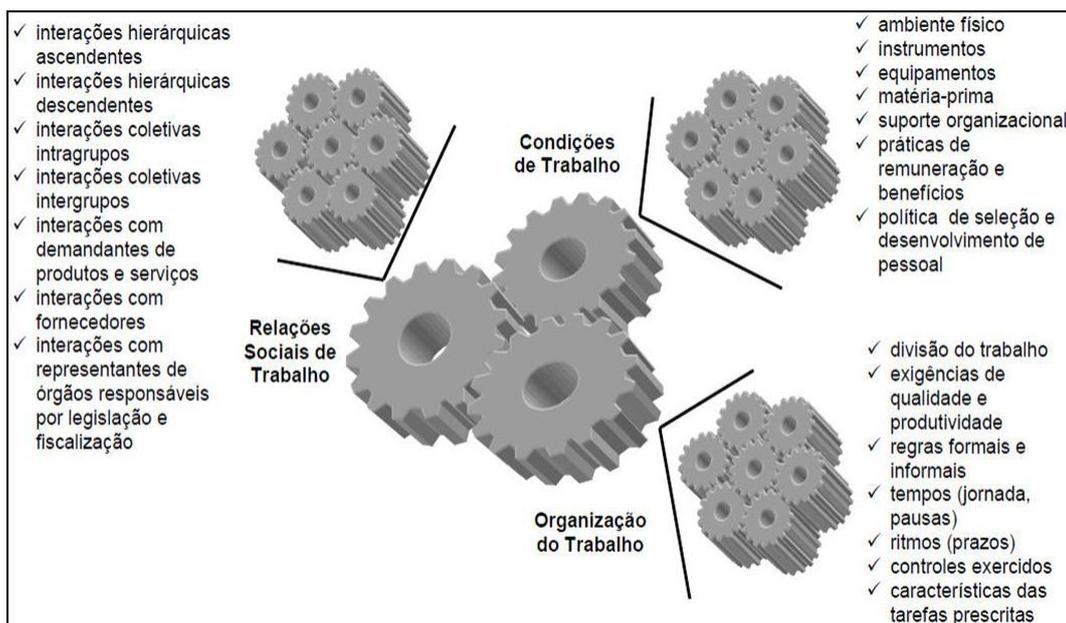
REFERENCIAL TEÓRICO

Historicamente os ensinamentos de Euclides de Alexandria (300 a.C.) sobre os princípios de geometria serviram de inspiração para a melhoria do método de trabalho dos agricultores à margem do rio Nilo, assim como a Lei das Alavancas, de Arquimedes, formulada em 287 a.C. veio diminuir o esforço físico dos trabalhadores. O trabalho de Abraham H. Maslow concebeu a hierarquia das necessidades, composta por cinco necessidades fundamentais: fisiológicas, segurança, amor, estima, e auto-realização. Douglas McGregor, autor da Teoria X, por sua vez, considerava entre outras coisas que o compromisso com os objetivos depende das recompensas à sua consecução, e que o ser humano não só aprende a aceitar as responsabilidades, como passa a procurá-las (Reis e Pereira, 1999). Frederick Herzberg em suas pesquisas identificou que os respondentes associavam a insatisfação com o trabalho ao ambiente de trabalho e a satisfação com o trabalho ao conteúdo. Identificam-se duas abordagens para QVT:

- a) uma clássica de caráter essencialmente assistencialista em que costumeiramente, oferecem-se atividades voltadas para o bem-estar físico tais como ginástica laboral, massagens, auto-massagens, cursos de dança e propostas voltadas ao equilíbrio emocional com atividades lúdicas como *thai chi chuan*, *ioga*, *lian gong*, etc.
- b) uma contra-hegemônica, que propõe uma abordagem preventiva. O viés assistencialista tende a responsabilizar o trabalhador por sua QVT e ainda, caracteriza-se pela dificuldade em angariar adesão dos trabalhadores e participação duradoura nos programas. Ferreira e Mendes (2003) afirmam que a QVT é resultante do conjunto de ações individuais e grupais levadas a efeito nas organizações, com vistas ao alcance de um contexto de produção de bens e serviços no qual as condições, a organização e as relações sócio-profissionais de trabalho contribuem para a prevalência do bem-estar de quem trabalha. De fato, as atividades compensatórias não são inválidas, mas, propriamente não alcançarão o bem-estar do trabalhador sendo apenas, paliativas.



Contrária a concepção assistencialista surgiu uma nova concepção de QVT em que a abordagem é eliminar os fatores geradores de mal-estar no trabalho nos contextos de produção de bens e serviços (FERREIRA 2006). O Contexto de Produção de Bens e Serviço é definido como o lócus organizacional, material e social onde se desenvolve a atividade de trabalho e as estratégias individual e coletiva de mediação que são utilizadas pelos trabalhadores ao interagirem com a realidade de trabalho. (Ferreira & Mendes, 2003).



As contradições do CPBS determinam o custo humano despendido pelo trabalhador, podendo este ser de caráter positivo ou negativo a depender do contexto.

Este estudo teve como fonte de inspiração o artigo "Concepção e Implantação de um Programa de Qualidade de Vida no Trabalho no Setor Público: o papel estratégico dos gestores", de autoria do Doutorando Rodrigo R. Ferreira e cols. (2009).



ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este estudo teve como campo de pesquisa um órgão do Distrito Federal, é de natureza qualitativa e se inscreve metodologicamente na abordagem da ergonomia da atividade aplicada à qualidade de vida no trabalho. Participaram da pesquisa 21 gestores. O instrumento utilizado foi um questionário composto de três perguntas abertas: **No contexto da instituição, o principal desafio gerencial para a QVT é...; A minha principal dúvida em relação à implantação do PQVT é...; A minha principal expectativa em relação à implantação do PQVT é...** . Os estudos de pesquisa qualitativa diferem entre si quanto ao método, à forma e aos objetivos (GODOY,1995) ressalta a diversidade existente entre os trabalhos qualitativos e enumera um conjunto de características essenciais capazes de identificar uma pesquisa deste tipo:

1. O ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental, há pouco controle sobre as variáveis;
2. O caráter descritivo;
3. O significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador;
4. Enfoque indutivo.

Segundo Britten (2005), esse método agrega mais validade aos resultados, vez que eles procedem do contato direto com os participantes. A pesquisa foi realizada no âmbito do órgão, cujo quadro funcional conta 723 servidores. Realizada entrevista no local de trabalho dos 21 gestores respondentes. Primeiramente fez-se uma breve explanação sobre o conceito de QVT para que houvesse um melhor entendimento acerca do que seria um PQVT.

TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos foram analisados por meio de análise de conteúdo categorial temática proposta por Bardin (1977). Motivou a escolha desse método o fato de a análise temática ser própria para aplicação em discursos diretos; assim, foram seguidas as etapas do processo de Bardin(1977):



1. Leitura flutuante e organização dos discursos;
2. Codificação dos dados;
3. Categorização por agrupamento conceitual e
4. Inferência.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A maior parte dos entrevistados era do sexo masculino (57,14%), a faixa etária predominante corresponde à dos 41 aos 45 anos (33,33%) e 48,85% tinham de 1 a 5 anos de serviço no órgão pesquisado. O órgão pesquisado pertence à área meio na estrutura organizacional do Governo do Distrito Federal e todos os gestores são de carreira efetiva.

As análises categoriais temáticas (BARDIN,1977) dos dados coletados permitiu identificar quais os dilemas dos gestores frente à possibilidade de implantação de um PQVT. Os resultados estão nos quadros 1, 2 e 3.

No quadro 01 estão os dados quanto aos principais desafios gerenciais: "envolvimento/participação de todos" (28,57%), "mudança de cultura" e "conscientização quanto à importância do PQVT" (19,04%). Este estudo não autoriza conclusões generalizadas, entretanto, demonstra que os gestores guardam entendimento sobre necessidades prementes para a implantação de um PQVT: Conscientização, mudança de cultura e participação de todos. Assim como no artigo original, este item traz o foco para a conscientização e envolvimento da alta administração. Isto vem ao encontro da concepção de que "QVT é responsabilidade institucional e tarefa de todos", não deve estar restrita aos profissionais da área do trabalho ,mas, envolvendo todos os cargos e funções.



RESULTADOS: No contexto da instituição, o principal desafio gerencial para a QVT é...

1	Envolvimento/Participação de todos	28,57% (6/21)
2	Mudança de cultura	19,04% (4/21)
3	Conscientizar quanto a importância do PQVT	19,04% (4/21)
4	Acreditação dos projetos	19,04% (4/21)
5	Vencer as dificuldades gerenciais	14,28% (3/21)
6	Condições de trabalho e estresse advindo da responsabilidade das atribuições	14,28% (3/21)
7	Identificar os anseios e expectativas dos servidores em relação à PQVT	9,52% (2/21)
8	Espaço físico adequado	4,76% (1/21)
9	Manter o interesse pelo trabalho cotidiano	4,76% (1/21)
10	Continuidade	4,76% (1/21)

O quadro 02 traz as respostas quanto às dúvidas dos gestores e diferentemente dos resultados do artigo original, os desafios são mais evocados do que as dúvidas. Isto permite inferir que as dificuldades gerenciais são um obstáculo que precisa ser vencido.

RESULTADOS: A minha principal dúvida em relação à implantação do PQVT é...

1	Como será executado o PQVT?	28,57% (6/21)
2	Quais serão os benefícios?	23,80% (5/21)
3	Se haverá continuidade?	19,04% (4/21)
4	Existe comprometimento dos dirigentes da para a implantação desse programa?	14,28% (3/21)
5	Como serão mensurados os resultados?	9,52% (2/21)
6	Qual será a abrangência do PQVT?	9,52% (2/21)
7	Será que ficará clara a relação entre as ações a serem implementadas no contexto do Programa e os resultados?	4,76% (1/21)



O quadro 03 evidencia que em 66,66% dos casos se obtenha resultados positivos com melhora da satisfação e produtividade, neste caso contrariando o artigo de referência em que houve predomínio de respostas para "melhorar a QVT de todos" sem indicar como expectativa o aumento da produtividade. Ao longo das entrevistas alguns depoimentos sobre a continuidade do programa explicitavam: "espero que com a mudança de governo, não caia tudo por terra e ainda: "esta pesquisa não vai adiantar, em 4 meses vai mudar o governo, as chefias e todos os programas".

RESULTADOS: A minha principal expectativa em relação à implantação do PQVT é...

1	Que se obtenha resultados positivos, com melhora da satisfação e produtividade	66,66%(14/21)
2	Que se tenha aceitação do Programa pelos servidores e gestores	14,28%(3/21)
3	Que haja comprometimento de todos	14,28%(3/21)
4	Que haja continuidade	14,28%(3/21)
5	Que o programa seja um instrumento motivador para o servidor e impulse o desejo de melhorar a qualidade de vida inclusive pessoal	9,52%(2/21)
6	Que seja implantado o mais rápido possível	4,76% (1/21)
7	Desencadear uma visão crítica a respeito do papel que cada servidor desempenha no cenário "ambiente de trabalho"	4,76% (1/21)

CONCLUSÃO

O momento histórico enseja mudanças e inovações; há necessidade de que haja mudança de cultura e na estrutura das organizações, um novo modelo de gestão torna-se imperioso para conquistar o bem-estar do trabalhador, a satisfação dos usuários e a efetividade organizacional.

Os resultados obtidos demonstram globalmente, os dilemas (desafios, dúvidas e expectativas) dos gestores frente à possível implantação de um PQVT dentro do órgão pesquisado:

- Sobre os **desafios gerenciais** os gestores enfatizaram a necessidade de mudar a cultura organizacional; conscientizar a todos quanto à importância do PQVT; resgatar o crédito junto aos servidores; superar as dificuldades gerenciais, as condições de trabalho e o estresse advindo da responsabilidade das atribuições, como principais objetos de consenso;



- Sobre as principais **dúvidas**, questionaram “Como será executado o PQVT?”; “Quais serão os benefícios?”; “Se haverá continuidade?” e “Se há comprometimento dos principais gestores?”;
- Sobre as **expectativas**, vislumbram resultados positivos com maior satisfação do servidor e maior produtividade; que o PQVT seja aceito pelos principais gestores; que haja envolvimento e participação de todos e que haja continuidade.
- Os gestores ainda não dominam o conceito essencial da QVT e reconhecem a dificuldade de implantar um Programa sem o prévio convencimento dos servidores e envolvimento inicial dos principais gestores.

Existem pontos de convergência na percepção dos gestores entrevistados e os resultados obtidos no artigo de referência, são eles: Conscientização quanto à importância do PQVT, mudança de cultura e participação de todos. Pontos cruciais na temática de QVT. Outro aspecto convergente de elevada importância é a melhoria da QVT dos servidores e da satisfação; continuidade e envolvimento da alta administração, ou seja, dos principais gestores.

Na esfera social, este estudo reveste-se de importância devido ao fato do órgão pesquisado ser responsável pela administração do orçamento do erário e da gestão de recursos humanos. Institucionalmente, avaliar a possibilidade de implantar um PQVT frente aos dilemas experimentados pelos gestores configura apenas um passo diante de toda análise que deverá ser realizada antes de efetivamente iniciar a implantação de um PQVT, atendendo desta forma ao objetivo do gestor principal quanto à necessidade de identificar as causas de insatisfação do servidor. Academicamente, suscita maiores reflexões acerca da concepção de QVT no âmbito do serviço público. Algumas questões cruciais são coincidentes entre o estudo ora apresentado e o artigo de referência. Metodologicamente, a técnica de análise categorial de conteúdo, proposta por Bardin (1977) mostrou coerência e aplicabilidade no presente estudo. Sugere-se o próximo passo rumo à percepção de um PQVT sob a ótica dos servidores.



REFERÊNCIAS

BARDIN, I. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70,1977.

BAUMGARTEN, M. Reestruturação produtiva e industrial. In:CATTANI, Antonio David; HOLZMANN,Lorena (Org.) Dicionário de Trabalho e Tecnologia. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. p.237-239.

BRITTEN, N. Making sense of qualitative research: a new series (editorials). Medical Education, Estados Unidos, v.39, n.1,p.5-6, Jan. 2005.

CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

FERREIRA, M. C. O sujeito forja o ambiente, o ambiente forja o sujeito: mediação indivíduo-ambiente. In: FERREIRA, Mário César; DAL ROSSO, Sadi (Org.). A regulação social do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2003.Cap.1,p.21-46.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A.M.Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores- fiscais da Previdência Social Brasileira. Brasília: Ler, Pensar e Agir,2003.

FERREIRA, R. R. Concepção e implantação de um programa de qualidade de vida no trabalho no setor público: o papel estratégico dos gestores. São Paulo: R.Adm, 2009, v.44,n.2,p.147-157.

FRANÇA, A. C. L. Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: o positivo e o negativo. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. São Paulo: R. Adm, 1995, v.35,n.2,p.57-63.

HOSBAWN, E. J. A era dos extremos: o breve século XX. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

LEITE, M. P. Trabalho e sociedade em transformação: mudanças produtivas e atores sociais. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

SILVA, M. A. D.; DE MARCHI, R. Saúde e Qualidade de vida no trabalho. São Paulo; Best Seller, 1997.



AUTORIA

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha – Secretaria de Estado de Administração Pública.

Endereço eletrônico: rosylanerocha@yahoo.com.br



DEPRESSÃO: É POSSÍVEL INTERVIR NA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO?

Kalina Lígia Ramos Rodrigues
Synara Tadeu de Oliveira Ferreira



DEPRESSÃO: É POSSÍVEL INTERVIR NA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO?

Kalina Lígia Ramos Rodrigues
Synara Tadeu de Oliveira Ferreira

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2001), por ser reconhecida como um problema prioritário de saúde pública e considerada uma das principais causas de incapacidade para o trabalho, a depressão requer um tratamento contínuo e em longo prazo. Pesquisa internacional sobre depressão revelou que 64% das pessoas deprimidas relataram ausência no trabalho apresentando uma média de 19 dias perdidos por ano, e 80% disseram ter a produtividade reduzida (Federação Mundial para Saúde Mental, 2005). A análise do banco de dados da Gerência de Saúde Mental e Preventiva vinculada à Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho¹ da Secretaria de Estado de Administração Pública² do Governo do Distrito Federal corroborou que, no biênio 2009-2010, a depressão foi o transtorno que mais demandou atendimentos, perfazendo um total de 38,97% da clientela atendida. Por esse motivo, fazem-se necessárias maiores intervenções sobre o problema. Objetivando responder a esse contexto, em termos de prevenção e promoção em saúde, a Gerência de Saúde Mental e Preventiva vem propondo uma série de ações relacionadas à depressão, visando a minimizar o sofrimento psíquico dos servidores, diminuir o índice de absenteísmo/doença e melhorar a produtividade no ambiente de trabalho, sinalizando que intervenções nesse contexto são possíveis. Concluiu-se que, além das ações de prevenção e promoção já desenvolvidas pela Gerência, observa-se a necessidade de outras intervenções que reduzam a vulnerabilidade aos riscos à saúde e promovam a qualidade de vida dos servidores no trabalho.

¹ Extinta Diretoria de Saúde Ocupacional - DSOC

² Ex Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão – SEPLAG



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 OBJETIVOS.....	12
3 METODOLOGIA.....	12
4 CONCLUSÕES.....	13
5 REFERÊNCIAS.....	17



1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2001), a depressão é considerada como um problema prioritário de saúde pública e está, mundialmente, entre as cinco doenças mais incapacitantes. A OMS divulgou, durante a primeira Cúpula Global de Saúde Mental, realizada em setembro de 2009, em Atenas, Grécia, que a depressão deve se tornar, nos próximos 20 anos, a doença mais comum do mundo.

De acordo com a Federação Mundial de Saúde Mental (2010), existe um estigma significativo associado à depressão. Programas educacionais e de alcance comunitário estão sendo desenvolvidos, em todo o mundo, para mudar a percepção de que a depressão é um sinal de fraqueza ou de preguiça e ajudar as pessoas a compreenderem melhor esta grave doença.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão (CID-10), da OMS caracteriza a depressão como um transtorno de humor. O termo transtorno é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos, clinicamente reconhecíveis, associados a sofrimento e interferência com funções pessoais.

A alteração do humor é seguida, em geral, de uma modificação do nível global de sua atividade cotidiana e apresenta outros sintomas secundários e compreensíveis no contexto destas alterações. “A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode, frequentemente, estar relacionada com situações ou fatos estressantes” (CID 10).

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, o episódio depressivo é caracterizado por:

um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se, em geral, problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia, ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. (CID F32 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima revisão).



Algumas pessoas irão apresentar um episódio de depressão ao longo de suas vidas, outras terão acessos recorrentes, enquanto outras serão cronicamente deprimidas.

Estudos revelam que a depressão pode afetar qualquer pessoa, a despeito da idade, raça, nível socioeconômico ou sexo. Suas causas são, supostamente, uma combinação de fatores genéticos, biológicos e emocionais.

Segundo MacKinnon (2008), a pessoa deprimida pensa que a sua segurança está ameaçada, que é incapaz de encarar seus problemas e que as outras pessoas não poderão ajudá-la. Todos os aspectos da vida - emocional, cognitivo, fisiológico, comportamental e social – são tipicamente afetados.

“Ter depressão é um fator de risco para uma série de outras doenças, incluindo abuso de substâncias, transtornos ansiosos, doenças cardíacas, derrame, HIV/AIDS e diabetes. Depressão é também um fator de risco significativo para suicídio” (Federação Mundial de Saúde Mental, 2010).

Estima-se que 121 milhões de pessoas sofram com o transtorno, das quais 17 milhões somente no Brasil e, segundo dados da OMS, 75% dessas pessoas nunca receberam tratamento adequado.

Segundo o Ministério da Saúde, 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (Brasil, 2008).

Para o diagnóstico correto da depressão são usados os critérios definidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV da American Psychiatric Association (APA) e os critérios da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão - CID-10, da Organização Mundial de Saúde.

O tratamento para a depressão deve ser realizado levando-se em consideração aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Fazem-se necessárias abordagens terapêuticas como a psicoterapia, com mudanças no estilo de vida do paciente e a terapia farmacológica, com o uso de antidepressivos, que produzem, “em média, uma melhora dos sintomas em torno de 60% a 70%, no prazo de um mês” (Souza, 2008).

A OMS alerta que até 2020 a depressão passará da 4ª para a 2ª posição entre as principais causas de incapacidade para o trabalho no mundo, levando-se em consideração que o ambiente laboral exerce um papel determinante na vida e na saúde, em especial na saúde mental dos trabalhadores. A depressão afetará mais



peças do que qualquer outro problema de saúde e será também a doença que mais gerará custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com tratamento para a população e às perdas de produção.

Uma pesquisa intitulada "Depressão, A Verdade Dolorosa", encomendada pela Federação Mundial para Saúde Mental, avaliou 377 adultos diagnosticados com depressão e 756 médicos (clínicos gerais e psiquiatras) do Brasil, Canadá, México, Alemanha e França. De acordo com o estudo, 64% das pessoas deprimidas relataram ausência no trabalho, uma média de 19 dias perdidos por ano, e 80% disseram ter a produtividade reduzida em torno de 26% (Federação Mundial para Saúde Mental, 2005).

De acordo com Mendes (2003), a atividade laboral pode participar como colaboradora e como desencadeadora das doenças ocupacionais, que envolvem, nas suas origens, tanto elementos psicológicos, aspectos físicos e sociais quanto o ambiente ocupacional.

Segundo a autora, quando o trabalho colabora para o adoecimento, as desordens psíquicas são reveladas por traços ou sintomas e desaparecem quando a situação que as provocou é transformada, havendo o restabelecimento da integridade física, psíquica e social do indivíduo. Existem indicadores que podem colaborar para o adoecimento e fazer do trabalho uma vivência de sofrimento. Essas vivências aparecem associadas à divisão e à padronização de tarefas com subutilização do potencial técnico e da criatividade dos servidores. Dentre elas podemos citar: sobrecarga de trabalho, assédio moral, rigidez hierárquica, com excesso de procedimentos burocráticos, ingerências políticas, centralização de informações, falta de participação nas decisões e não-reconhecimento, pouca perspectiva de crescimento profissional, incoerência entre o conteúdo da tarefa e as aspirações dos trabalhadores, desestruturação das relações psicoafetivas com os colegas, despersonalização com relação ao produto, frustrações e adormecimento intelectual (Ferreira e Mendes, 2001).

Para que haja o desencadeamento das doenças ocupacionais, é preciso que o indivíduo tenha uma estrutura psíquica que o predisponha a determinados tipos de adoecimento. O trabalho fará com que haja uma aderência da patologia individual à patologia social. Nesse contexto, a integridade do indivíduo é restabelecida através da transformação do contexto de trabalho e da elaboração da angústia relacionada a outras esferas de sua vida (Mendes, 2003).



O prejuízo nas atividades de rotina, perda de interesse, cansaço físico, dificuldades, tanto de organização e de concentração quanto de planejamento de tarefas e de tomada de decisões, forma negativa de pensamentos, comportamentos e sentimentos e dificuldade nos relacionamentos interpessoais são evidências da depressão no ambiente de trabalho.

De acordo com Dejours (1994) a psicodinâmica do trabalho busca a análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com sua realidade do trabalho.

O diagnóstico dos fatores que desencadeiam o sofrimento físico e psíquico dos servidores em seu ambiente laboral vem sendo realizado pela técnica da clínica do trabalho, que tem como foco o entendimento da organização do trabalho. “Interessa à clínica, além do acesso ao “não dito”, negado, ocultado e presente, muitas vezes, nos sintomas, conhecer a prática do trabalho, o trabalho vivo, a mobilização para o fazer, o engajamento da inteligência, do saber fazer e do sujeito com seus desejos” (Mendes e colaboradores, 2010).

No contexto do ambiente de trabalho são viáveis propostas de intervenção em termos de prevenção e promoção em saúde, as quais têm por objetivo reduzir a vulnerabilidade aos riscos à saúde e promover a qualidade de vida no ambiente laboral.

“Atualmente, a promoção de saúde é entendida como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais que são críticas para melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida das pessoas” (Moysés et al, 2004). Segundo os autores, os resultados esperados de ações de promoção de saúde indicam o processo que permite às pessoas assumirem o controle sobre os determinantes de sua saúde.

As propostas de promoção da saúde em Leavell & Clark (1976) privilegiam ações educativas e normativas voltadas para indivíduos, famílias e grupos (Buss, 2003 apud Czeresnia, 2003).

De acordo com os princípios, diretrizes e ações em saúde mental na administração pública federal:



Art. 2º Entende-se por promoção de saúde as ações que, voltadas para a melhoria das condições e relações de trabalho, favoreçam a ampliação do conhecimento, o desenvolvimento de atitudes e de comportamentos individuais e coletivos para a proteção da saúde no local de trabalho.

Parágrafo único. Inclui-se na promoção de saúde a prevenção a agravos, entendida como ação antecipada que objetiva evitar danos à saúde do servidor em decorrência de fatores comportamentais, do ambiente e/ou do processo de trabalho. (Portaria SRH nº 1.261, 05 de maio de 2010, do Ministério do Planejamento, 2010).

As ações preventivas são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. “Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos” (Czeresnia, 2003). Essas ações apresentam-se em três fases: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é a realizada no período de pré-patogênese. O conceito de promoção da saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima”. A fase da prevenção secundária envolve o diagnóstico e o tratamento precoce e a prevenção terciária diz respeito a ações de reabilitação (Leavell & Clarck, 1976 apud Czeresnia, 2003).

As ações de prevenção e promoção de saúde se concretizam em diversos espaços, dentre eles os ambientes de trabalho, e incentivam a participação social. (Westphal & Mendes, 2000 apud Moysés et al, 2004).

No Governo do Distrito Federal tais ações são desenvolvidas aos servidores pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva vinculada à Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho da Secretaria de Estado de Administração Pública, excetuando-se os da Secretaria de Estado de Educação, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria de Estado de Segurança Pública (Polícia Militar, Corpo de Bombeiros Militar e Polícia Civil), visto que possuem assistência psicológica especializada em seus respectivos órgãos.

Dentre as ações realizadas pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva da Secretaria de Estado de Administração Pública podemos citar: suporte psicológico, avaliações psicológicas, visitas técnicas domiciliares, projetos de propostas de intervenção em saúde ocupacional e qualidade de vida e semana itinerante de saúde mental.



No suporte psicológico são realizados atendimentos individuais regulares, com horários e dias agendados. Os atendimentos têm por objetivo possibilitar a conscientização dos servidores acerca de suas dificuldades e conflitos, promover mudanças atitudinais, comportamentais e relacionais e permitir que façam a ressignificação de suas relações e vínculos. O enfoque psicoterápico é feito através da fala do servidor e da escuta clínica do psicólogo. A palavra é sempre simbólica e é por ela que se tem acesso ao sintoma.

A depressão ocorre numa zona de hiância, ocasionada pela ambivalência e impossibilidade de nomear o conflito. Ao disponibilizarmos a escuta o servidor tem a possibilidade de resgatar situações geradoras de mal-estar e assim se mobilizar para a mudança. Isso ocorre quando se sente acolhido e reconhecido em sua fragilidade. Através do suporte psicológico a voz silenciada do servidor pode ser expressa.

Em “*Inibição, Sintoma e Angústia*”, Freud (1926) faz referência à depressão como um estado quando a aproxima de um quadro de inibição generalizada. Nesse contexto o “eu” do sujeito se vê fragilizado, como acontece no trabalho de luto. A escuta clínica tenta reintroduzir o que diz respeito ao “eu” do sujeito.

Dificuldades nas condições de trabalho tais como problemas de infraestrutura, falta de recursos materiais e tecnológicos e sobrecarga de trabalho bem como falta de segurança e capacitação, dificuldade de comunicação interna, assédio moral, problemas de gestão de pessoas e de relacionamento interpessoal são as maiores dificuldades dos servidores do GDF em relação à organização do trabalho. Quando o servidor tem a oportunidade de falar sobre o seu trabalho, ocorre uma clarificação de seu comportamento, a qual colabora para uma mudança de percepção a respeito da situação vivida nesse ambiente. Havendo uma melhor elaboração dessas dificuldades haverá a conseqüente melhoria do desempenho das atividades laborais, bem como a redução do absenteísmo e das aposentadorias precoces. O suporte psicológico, em 2009 e 2010, compreendeu um total de 1082 e 1571 horas de atendimentos, respectivamente.

Atendimentos em grupo para os servidores e seus familiares apontariam outras ações viáveis, no que se refere ao suporte psicológico e privilegiariam ações educativas e normativas, como as ações de promoção de saúde em Leavell & Clark (1976), de acordo com Buss (2003 apud Czeresnia, 2003).



Outra ação desenvolvida pelos psicólogos da Gerência de Saúde Mental e Preventiva da Secretaria de Estado de Administração Pública é a avaliação psicológica. Essa atividade consiste num processo amplo que envolve a integração de informações provenientes de diversas fontes, dentre elas, testes psicológicos, entrevistas, observações, leitura de prontuários e análises de documentos. Tem por objetivo avaliar aspectos cognitivos, afetivo-emocionais, de personalidade e socioculturais dos servidores relacionados à competência para o desempenho das funções laborais, com a finalidade de fundamentar decisões da Junta Médica, Perícia Médica, Readaptação Funcional e Suporte Psicológico. No biênio 2009/2010 foram realizadas pelos psicólogos dessa Gerência 176 e 578 horas de atendimentos, correções de testes e elaboração de laudos psicológicos em avaliações, respectivamente. As avaliações de capacidade laborativa subsidiaram decisões da Junta Médica quanto ao retorno ao trabalho ou possível aposentadoria.

Aos servidores impossibilitados de comparecer à Gerência de Saúde Mental e Preventiva, sugere-se a visita técnica domiciliar com o objetivo de acompanhar seu estado psíquico-emocional e monitorar seu tratamento. Essa visita, realizada por um psicólogo e um assistente social, é considerada uma forma de prevenção secundária (Leavell & Clarck, 1976 apud Czeresnia, 2003). Em 2009 foram realizadas cinco e em 2010, 16 visitas técnicas domiciliares.

O crescimento da demanda de atendimentos do ano de 2009 para o ano de 2010, tanto do suporte psicológico quanto das avaliações psicológicas e visitas técnicas domiciliares foi devido à maior divulgação das ações desenvolvidas pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva.

Os psicólogos da Gerência de Saúde Mental e Preventiva realizam ainda projetos de propostas de intervenção em saúde ocupacional e qualidade de vida. Esses projetos são desenvolvidos nos órgãos do GDF com maior índice de absenteísmo devido a licenças médicas por transtornos mentais e comportamentais. Têm por objetivo identificar a missão da organização, o papel de seus trabalhadores, os processos de trabalho, os riscos e as cargas de trabalho e possíveis soluções para os problemas sob a perspectiva dos próprios servidores. Utiliza-se a técnica da enquete coletiva para a coleta dos dados qualitativos. Essa técnica consiste em uma atividade de grupo realizada com os trabalhadores, representantes de seus pares e de seu contexto organizacional. Subentende-se, por essa técnica, que os próprios servidores sabem as soluções dos problemas



que enfrentam no ambiente de trabalho. Além de colaborar para a melhoria da qualidade de vida, das condições de saúde e do bem-estar dos servidores, favorecem também uma maior produtividade, redução do índice de absenteísmo e significativa motivação no ambiente de trabalho.

Os projetos de propostas de intervenção em saúde ocupacional e qualidade de vida foram realizados em dois órgãos do GDF. Em 2009, foi realizado em uma secretaria que presta atendimento ao público e em 2010, em um órgão responsável pela manutenção de rodovias.

No primeiro órgão o trabalho foi realizado, por meio de três enquetes coletivas, com os servidores de agências de atendimento ao público de Brasília, do Setor de Indústria e Abastecimento – SIA e das regiões administrativas de Ceilândia, Gama, Sobradinho e Taguatinga. Tais agências foram selecionadas em razão do maior percentual de licenças médicas por transtornos mentais e comportamentais. O mesmo ocorreu com o órgão responsável pela manutenção de rodovias. A análise estatística de seus postos de trabalho indicou maior incidência de licenças médicas no Núcleo de Conservação de Rodovias. Portanto, foram selecionados servidores desse Núcleo, nos cargos de chefe, encarregados e servidores em geral, como representantes de seus pares, para participarem da enquete coletiva.

A identificação dos elementos causadores de adoecimento e das possíveis soluções contribuiu para a elaboração de propostas de ações próprias e outras comuns aos projetos de qualidade de vida. Tais ações de curto, médio e longo prazo têm por objetivo sanar e/ou minimizar as dificuldades encontradas no ambiente de trabalho e acontecem numa ação conjunta da Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho da Secretaria de Estado de Administração Pública e dos respectivos órgãos do GDF.

Tanto os projetos de propostas de intervenção em saúde ocupacional e qualidade de vida quanto o suporte psicológico e as visitas técnicas domiciliares, desenvolvidas pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva, corroboram ideias de Moysés et al (2004), no que diz respeito ao processo que permite às pessoas assumirem o controle sobre os determinantes de sua saúde e assim terem uma melhor qualidade de vida. Essas atividades dizem respeito à prevenção secundária, ou seja, diagnóstico e tratamento precoce (Leavell & Clarck, 1976 apud Czeresnia, 2003).



A semana itinerante de saúde mental faz parte do Programa de Promoção e Prevenção à Saúde do Servidor. Nessa atividade participam uma equipe composta por profissionais de psicologia, psiquiatria e enfermagem do trabalho que vão aos órgãos do GDF levando informações sobre saúde e qualidade de vida. Durante a semana são ministradas palestras sobre depressão, dependência química, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, estresse ocupacional, assédio moral e qualidade de vida no trabalho. Há a possibilidade de sugestão de novas palestras, de acordo com a necessidade dos órgãos. Os servidores podem também aferir a pressão arterial e têm acolhimento individual, com psicólogo, para esclarecimento de dúvidas e orientações sobre os temas abordados nas palestras, bem como informações sobre as atividades desenvolvidas na Gerência de Saúde Mental e Preventiva.

Esse projeto teve início em 2010 e quatro órgãos do Governo do Distrito Federal foram visitados, atendendo um total de 703 servidores.

O Programa de Promoção e Prevenção à Saúde do Servidor, com o evento da semana itinerante de saúde mental corrobora o enfoque teórico de Czeresnia, 2003, no que diz respeito aos projetos de prevenção e de educação em saúde, que se estruturam mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos, bem como às propostas de promoção da saúde, que privilegiam ações educativas e normativas voltadas para indivíduos e grupos (Buss, 2003 apud Czeresnia, 2003).

A semana itinerante de saúde mental, como promoção da saúde, aparece como prevenção primária, definida como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima” de acordo Leavell & Clarck, 1976 apud Czeresnia, 2003.

Essas ações apontam a viabilidade de intervenções no contexto de trabalho no que se refere à depressão e aos demais transtornos mentais e comportamentais e dão margem a novas propostas de ações de promoção de saúde e prevenção a agravos, com o objetivo de proteger o servidor no ambiente de trabalho, evitar danos à sua saúde e aumentar sua qualidade de vida.



2 OBJETIVOS

O presente trabalho tem por objetivos: (1) descrever as ações de prevenção e promoção em saúde, relacionadas à depressão, realizadas pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva da Secretaria de Estado de Administração Pública do Governo do Distrito Federal; (2) sugerir outras propostas de ações em saúde ocupacional, visando minimizar o sofrimento psíquico dos servidores, diminuir o índice de absenteísmo/doença e melhorar a produtividade no ambiente de trabalho, com base na análise do banco de dados dessa gerência.

3 METODOLOGIA

Foi realizado o levantamento do total de servidores, com depressão, atendidos pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva, vinculada à Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho da Secretaria de Estado de Administração Pública do Governo do Distrito Federal, no biênio 2009-2010, por meio da análise do banco de dados da gerência, onde são registrados todos os atendimentos dos servidores portadores de transtornos mentais e comportamentais.

Esse banco de dados consiste num conjunto de informações de todas as atividades desenvolvidas na gerência, apresentadas em forma de documento desenvolvido no Microsoft Office Excel 2007[®], do programa operacional windows[®].

No suporte psicológico, o banco de dados é composto pelo nome do servidor, matrícula, órgão em que trabalha, cargo que desenvolve, de quem é a demanda de atendimento (equipe de avaliação psicológica, demanda espontânea, Perícia Médica, chefia direta do servidor ou setor de readaptação funcional), o motivo do encaminhamento, a classificação internacional de doenças - CID, a data de entrada na Gerência de Saúde Mental e Preventiva, a data do atendimento na atividade de suporte psicológico, o intervalo entre a data de entrada e o início do atendimento, o ano e o mês em que iniciou o acompanhamento. São registrados ainda o total de atendimentos feitos, as faltas e a duração do tratamento, bem como o psicólogo responsável e possíveis observações sobre o caso.



O banco de dados da avaliação psicológica contém os itens citados no do suporte psicológico com o acréscimo do número de processo e horas de correção de testes.

Com base nestes dados, foi feito um levantamento de todos os servidores com depressão, atendidos nas atividade de suporte e avaliação psicológica, no biênio 2009/2010. Em seguida foram realizadas análises descritivas de frequência, utilizando-se o Microsoft Office Excel 2007[®].

4 CONCLUSÕES

Do total de 3.387 atendimentos realizados no biênio 2009/2010, pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva, vinculada à Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho da Secretaria de Estado Administração Pública do Governo do Distrito Federal, os transtornos do humor, com ênfase na depressão (CID F 32), foram os que mais ensejaram avaliações e suporte psicológico, perfazendo um total de 38,97%. Os dados específicos de cada ano podem ser vistos nas Figuras 1 e 2.

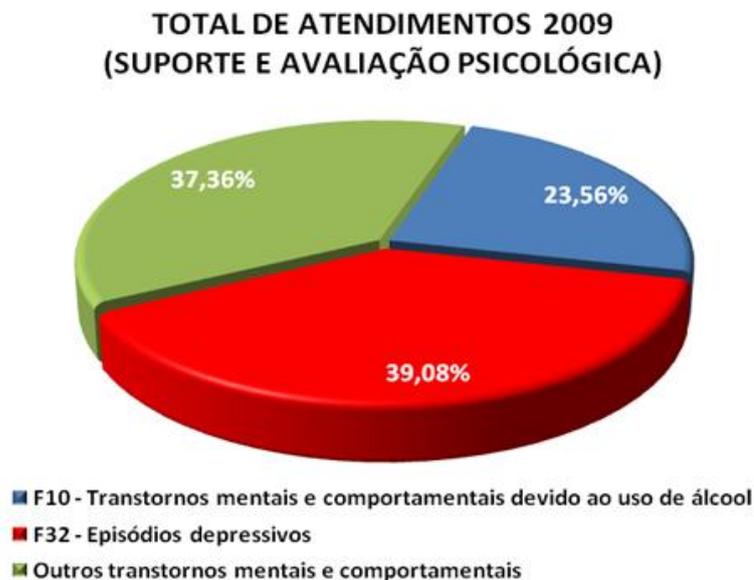


Figura 1. Frequência de atendimentos de suporte e avaliação psicológica realizados pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva da Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho no ano de 2009.



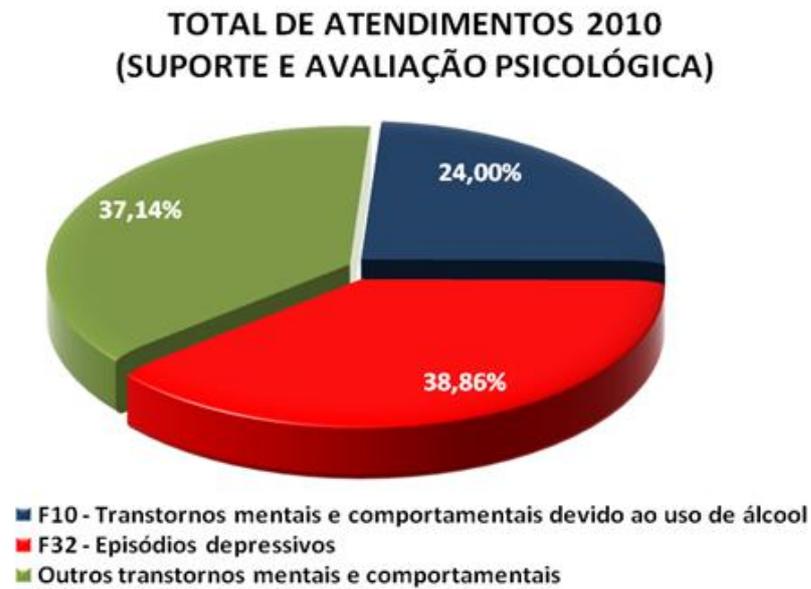


Figura 2. Frequência de atendimentos de suporte e avaliação psicológica realizados pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva da Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho no ano de 2010.

A proporção de servidores com depressão atendidos por meio das atividades de suporte psicológico e avaliação psicológica em 2009 e 2010 foi bastante semelhante. Em 2009, foram atendidos 39,08% de servidores com depressão. Em 2010, esse total diminuiu discretamente para 38,86% (Figuras 1 e 2).

Com base nos dados obtidos, concluiu-se que as ações já desenvolvidas pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva como suporte psicológico, avaliações psicológicas, visitas técnicas domiciliares, projetos de propostas de intervenção em saúde ocupacional e qualidade de vida e semana itinerante de saúde mental não foram suficientes para uma redução significativa do número de casos de depressão entre os servidores do GDF.

Tais ações esclarecem que intervenções no contexto laboral são viáveis e que é possível intervir na incapacidade para o trabalho, no que se refere à depressão e aos demais transtornos mentais e comportamentais. No entanto, observa-se a necessidade de outras intervenções que reduzam a vulnerabilidade aos riscos à saúde e promovam a qualidade de vida dos servidores no trabalho.



A fim de minimizar o sofrimento psíquico dos servidores, diminuir o índice de absenteísmo/doença e melhorar a produtividade no ambiente de trabalho, faz-se necessário implementar outras propostas de intervenção e promoção de saúde como, por exemplo, atendimentos em grupo para os servidores e seus familiares, monitoramento, por equipe multidisciplinar, do ambiente de trabalho de servidores com depressão, capacitação de gestores para identificar sofrimento psíquico no trabalho, diagnóstico organizacional, através da clínica do trabalho, efetivação de convênios com clínicas especializadas, ampliação de equipe multiprofissional que trabalhe na melhoria da qualidade de vida e da saúde mental dos servidores e monitoramento dos servidores com depressão que foram atendidos na Gerência de Saúde Mental e Preventiva e já finalizaram a atividade de suporte psicológico.

A ação proposta de atendimento em grupo possibilitará que os servidores com depressão compartilhem, por meio de psicoterapia breve, informações relativas à doença, reflitam sobre as condições de vida e de trabalho que a provocam e/ou agravam o adoecimento e, a partir disso, melhorem sua qualidade de vida. Aos familiares desses servidores, esse atendimento terá por objetivo dar apoio e informações sobre a doença. De acordo com a Federação Mundial de Saúde Mental (2010), os grupos de apoio ou reuniões em grupo podem ser úteis para pessoas com depressão e, quando bem conduzidos e organizados, fornecem uma compreensão profunda sobre o manejo diário desta condição. Pesquisas têm demonstrado que estes grupos fornecem apoio, ajudam os participantes a lidar com problemas e crises e os habilitam a aderir ao plano de tratamento (Federação Mundial de Saúde Mental, 2010).

O monitoramento, por equipe multidisciplinar, do ambiente de trabalho de servidores com depressão é outra proposta de ação a ser desenvolvida pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva. Tal ação tem como objetivo supervisionar e sugerir mudanças nos processos de trabalho, análise dos ambientes e humanização dos mesmos, bem como avaliação das ações de vigilância e promoção à saúde, tendo em vista que a depressão pode ser uma doença recorrente. Faz-se necessária, ainda, a capacitação de gestores para identificar sofrimento psíquico no trabalho. Tal ação tem por objetivo instruí-los no combate aos estigmas sociais das pessoas com depressão, incluindo orientação sobre a doença e esclarecimentos aos demais colegas de trabalho (*Portaria SRH nº 1.261, 05 de maio de 2010, do Ministério do Planejamento, 2010*).



O diagnóstico organizacional poderá ser desenvolvido, nos órgãos do GDF, por meio da Clínica do Trabalho. De acordo com Mendes e colaboradores (2010), o objeto da Clínica é o trabalho como eixo central da estruturação do sujeito. O foco da análise é o entendimento da organização do trabalho para a compreensão de como são produzidos os processos de subjetivação, as patologias e a saúde. O sofrimento do servidor, em relação ao trabalho, só poderá ser acessado pela palavra. “É preciso garantir que o pronunciado tenha espaço para ser trabalhado: auxiliar o trabalhador a tornar visível o invisível, descobrir o oculto e o desconhecido sobre suas relações com o contexto de trabalho, no momento em que lhe é permitido pensar, junto com o pesquisador, as suas experiências” (Mendes e colaboradores, 2010).

A ação de efetivação de convênios com clínicas especializadas abordará a prevenção terciária, a fim de oferecer serviço de referência em assistência médica ambulatorial e internação hospitalar para servidores em crise aguda de depressão e outros transtornos mentais e comportamentais. É necessária, ainda, a ampliação de equipe multiprofissional que trabalhe na melhoria da qualidade de vida e da saúde mental dos servidores. Estudos e programas na área de saúde mental indicam que as contribuições de uma equipe multiprofissional composta por médicos e enfermeiros do trabalho, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem são essenciais para a completa realização da saúde como direito social. (*Portaria SRH nº 1.261, 05 de maio de 2010, do Ministério do Planejamento, 2010*).

O monitoramento dos servidores com depressão que foram atendidos na Gerência de Saúde Mental e Preventiva e já finalizaram a atividade de suporte psicológico possibilitará a realização de uma pesquisa com o objetivo de acompanhar as mudanças ocorridas na qualidade de vida dos servidores.

Tanto a divulgação das atividades já realizadas pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva, junto aos órgãos do GDF quanto a sensibilização dos servidores permitiu o aumento da demanda dos atendimentos no ano de 2010 demonstrando uma maior receptividade dos mesmos às ações desenvolvidas.

As novas propostas de ações a serem implementadas pela Gerência de Saúde Mental e Preventiva são voltadas para ações em saúde mental e visam tanto o tratamento dos servidores, enquanto indivíduos, em sua integralidade, como a redução da incidência da depressão entre os servidores do GDF.



5 REFERÊNCIAS

BRASIL. (2008). **Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1. Acesso em: 10 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf. Acesso em: 10 mar. 2011.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Cartilha de Avaliação Psicológica**. Brasília, 2007.

CZERESNIA, D. **The Concept of Health and the Difference Between Promotion and Prevention**. In: Cadernos de Saúde Pública, v.15 (4), p. 701-710, 1999. versão revisada. In: Czeresnia D. Freitas CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

FEDERAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Pacote internacional de conscientização sobre saúde mental da Federação Mundial para Saúde Mental: depressão: o que você sabe pode ajudá-lo**. Disponível em: <http://www.wfmh.org/2010DOCS/DEPRESSION%20PORTUGUESE%202010.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2011.

FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**. Natal, Junho 2001. Vol. 6, n. 1, p. 93-104. ISSN 1413-294X. Acesso em: 25 abr. 2011.

FREUD, S. Inibição, Sintoma e Angústia (1926). In: **Edições Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud**. Vol. XX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.



MACKINNON, Roger A., MICHELS, R., BUCKLEY, P. J. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MENDES, A. M.B. **Trabalho, estresse e depressão**. Brasília, 2003. Disponível em: C:\Documents and Settings\usuario\Meus documentos\textos depressão\POL - Publicações-Artigos-Trabalho, estresse e depressão Ana Magnólia - mat_ 17.mht. Acesso em: 2 abr. 2011.

MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo; ARAÚJO, Luciane Kozicz Reis. Práticas clínicas em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Org.). **Clínicas do Trabalho - Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2010, v. 01, p. 169-187.

MOYSÉS, S. J; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):627-641, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2001). Relatório Mundial sobre a saúde 2001: **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, Suíça: Editora da OMS.

Pesquisa “Depressão: A verdade dolorosa”. Efetuada pela Harris Interactive entre 21 de Fevereiro e 11 de Abril de 2005. Disponível em:

<http://www.wfmh.org/PainfulTruthsurvey.htm>

Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental na Administração Pública Federal, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília, 2010.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Tratamento da Depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2011.



AUTORIA

Kalina Lígia Ramos Rodrigues – Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Secretaria de Estado de Administração Pública do Distrito Federal.

Endereço eletrônico: kalinaramos@uol.com.br

Synara Tadeu de Oliveira Ferreira – Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Secretaria de Estado de Administração Pública do Distrito Federal.

Endereço eletrônico: synara.ferreira@gmail.com



PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SECCIONAIS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO: UM MODELO PROPOSTO

Maria do Socorro Mendes Gomes
Rosylane Nascimento das Mercês Rocha

RESUMO

A Saúde Ocupacional do Trabalhador é uma condição de vida própria de coletividades humanas em seus ambientes de trabalho, que pode ser previsível em termos estatísticos, possibilitando ações coletivas e individuais objetivando o controle, em especial pela vigi-lância e interferência no ambiente de trabalho. (Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde). O Projeto de Implantação do Sistema Seccional de Saúde e Segurança do Trabalho – SSSST encontra fulcro na necessidade de consolidarmos as ações de saúde e segurança do trabalho reunindo, nos diversos órgãos e entidades da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do GDF unidades desconcentradas de saúde ocupacional, diretamente ligadas a esta Diretoria. Após levantamento das licenças médicas, identificou-se que ações de prevenção primária e secundária poderão ser implementadas como uma das bases da Política de Saúde que ora se institui. Portanto, neste projeto, ressalta-se a idéia da multidisciplinaridade, uma vez que em se tratando de saúde ocupacional a interface desta permeia diversas especialidades, quais sejam: intervenção médica e de enfermagem do trabalho, assistência social, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, educação física, engenharia e segurança do trabalho. Pensando no servidor como um ser integral, conclui-se que muitos problemas de ordem psicossocial se mesclam às condições e ao processo organizacional do trabalho, assim sendo, as SSST ficarão também integradas ao Programa de Promoção e Prevenção à Saúde do Servidor e ao Núcleo de Saúde Mental Preventiva do Servidor.



I INTRODUÇÃO

A Saúde Ocupacional do Trabalhador é uma condição de vida própria de coletividades humanas em seus ambientes de trabalho, que pode ser previsível em termos estatísticos, possibilitando ações coletivas e individuais objetivando o controle, em especial pela vigilância e interferência no ambiente de trabalho. (Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde).

O trabalho desenvolvido nas diversas áreas produtivas implica a exposição do obreiro a diversos fatores de risco que se configuram em agravos, doenças, lesões e acidentes fatais ou não. Os fatores de risco englobam fatores ambientais; fatores decorrentes das atividades laborais e outros relacionados ao sofrimento psíquico.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, em vigor desde 2004, visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

Suas diretrizes, descritas na Portaria nº 1.125 de 6 de julho de 2005, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

Os dados pesquisados em 2009 evidenciaram elevados índices de licenças por motivo de saúde e despertaram um olhar investigativo sobre os agravos à saúde do servidor bem como, às condições de trabalho. Outra questão relevante na previdência foi a aposentadoria especial do servidor com 25 anos de trabalho em condições insalubres, que exige a revisão dos pressupostos legais.

Todas estas questões ensejaram o estudo de um modelo de “*Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho*” para a garantia do direito do servidor de ter um local salubre para o exercício de suas atividades laborativas, com possibilidade de desenvolver suas potencialidades, bem-estar e realização pessoal, produzindo melhor e prestando serviço de qualidade à Sociedade. Ressalta-se que a Secretaria de Administração Pública é responsável pelo atendimento de várias Secretarias e órgãos públicos em matéria de Saúde e Segurança do Trabalho com



exceção apenas, das Secretarias de Educação e Saúde; Polícia Civil, Polícia Militar e Bombeiro Militar do Distrito Federal. Sendo assim, por esta peculiaridade, se tornaria impossível criar uma estrutura de *Serviço Especializado em Saúde e Segurança do Trabalho*, independente para cada Secretaria e órgão, com ações autônomas, descaracterizando o objetivo maior de uma Política Integrada de Saúde e Segurança do Trabalho sólida e uniforme.

Após algumas reuniões técnicas e estudos com médico do trabalho, engenheiro de segurança e técnico de segurança, concluiu-se que equipes centralizadas e subordinadas à Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho/SUBSAUDE/SEAP poderiam atender grupos de órgãos que iriam compor as seccionais, assim divididas segundo o grau de risco e números de servidores, de forma contínua e permanente.

II O SISTEMA DE SECCIONAIS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

O *Projeto de Implementação do Sistema de Seccionais de Saúde e Segurança do Trabalho – SSST* se caracteriza como uma necessidade de consolidarmos as ações de saúde e segurança do trabalho reunindo, prevenindo o adoecimento do servidor; cumprir a legislação vigente e diminuir custos nos diversos órgãos do GDF.

Estas unidades ficarão diretamente ligadas a Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho. Nas SSST os servidores realizarão os exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, mudança de função e demissionais; haverá monitoramento, pelas equipes de Médicos e Técnicos de Enfermagem, das doenças crônico-degenerativas e outras que venham a acometer o servidor, tornando-o incapacitado para o trabalho. Os Técnicos de Segurança do Trabalho, juntamente com as Comissões de Segurança do Trabalho – CST, irão atuar de forma contínua, ininterrupta, identificando os agravos e riscos à saúde do servidor, criando protocolos de prevenção aos acidentes do trabalho, bem como medidas de neutralização ou eliminação das condições de trabalho insalubre, elaboração de laudos de inspeção e conseqüentemente, diminuição da quantidade de adicionais pagos.



Ressalta-se a idéia da multidisciplinaridade, uma vez que em se tratando de saúde ocupacional a interface desta permeia diversas especialidades, quais sejam: intervenção médica e de enfermagem do trabalho, assistência social, psicologia, nutrição, engenharia e segurança do trabalho. Pensando no servidor como um ser integral, entendemos que muitos problemas de ordem psicossocial se mesclam às condições e ao processo organizacional do trabalho, assim sendo, as ações do SSST farão parte dos Programas da Gerência de Saúde Mental Preventiva do Servidor.

O Programa de Prevenção da Saúde Mental é desenvolvido pela Equipe de Psicólogos e pela Médica Psiquiatra que levam a Semana Itinerante de Saúde Mental à todos os Órgãos da Administração. Durante a semana são ministradas palestras sobre os principais transtornos mentais (ansiedade e depressão, síndrome do pânico, transtorno afetivo bipolar, etc.), sobre dependência química, relacionamento interpessoal; é feito acolhimento do servidor com orientação e encaminhamentos a SES DF.

O Programa de Promoção e Prevenção à Saúde do Servidor passará pelos Órgãos de forma itinerante levando informações sobre saúde e qualidade de vida; realizando exames clínicos, aferição de pressão arterial; tomada de índice de massa corporal (IMC); palestras serão ministradas por Médico Cardiologista; consulta primária e orientação com Médico Cardiologista com encaminhamento à rede de atendimento público da SES DF; realização de *Workshops* para o Dia da Saúde da Mulher, Dia da Saúde do Homem, Dia de Combate ao Tabagismo e Combate à Dependência Química: Álcool e Drogas.

A Medicina do Trabalho por ser essencialmente preventiva e de caráter multidisciplinar, precisa ampliar a área de atuação e desenvolver no GDF uma Medicina Preventiva Primária, Secundária e até Terciária; devido ao preocupante estado de adoecimento do servidor público:

- A **Medicina Preventiva Primária** (Programa de Educação para a Saúde) leva informações e orientações médicas para os servidores e seus familiares, por meio de folhetos educativos, campanhas, cursos, palestras, oficinas e sobre temas em saúde, como doenças crônico-



degenerativas, DST's, amamentação, *stress*, relaxamento, terceira idade, saúde da mulher, saúde do homem, prevenção de acidentes, entre muitos outros. A Medicina Preventiva Primária tem como objetivo disponibilizar informação e realizar ações que visam evitar o adoecimento do servidor.

- A **Medicina Preventiva Secundária** auxilia no tratamento de pacientes com determinadas doenças crônicas, tais como diabetes, hipertensão, entre outras, através de monitoração permanente e com acompanhamento especial de com médicos da DSO e de profissionais de outras áreas, além de constantes reuniões informativas e distribuição de material educativo específico extensivo aos familiares; objetiva melhorar a adesão ao tratamento, orientando, direcionando, motivando e detectando dificuldades. A Medicina Preventiva Secundária tem como objetivo cooperar e disponibilizar meios para que o servidor não desista e dê seguimento ao tratamento. Sendo acolhido e recebendo ajuda por parte da Instituição Empregadora sente-se motivado e fortalecido.
- A **Medicina Preventiva Terciária** (Acompanhamento Multidisciplinar de Casos de Complexos) assiste servidores com enfermidades complexas, os quais são acompanhados individualmente e constantemente, por médicos e equipes multidisciplinares, inclusive com aconselhamento familiar; estes são os casos especiais de dependência química e outras doenças graves.

OBJETIVOS:

Geral: O objetivo deste modelo é cumprir as Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança do Trabalho, levantar dados epidemiológicos e elaborar programas de prevenção de adoecimento, eliminar ou neutralizar as condições de trabalho insalubres nos órgãos da Administração direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal.



Específicos:

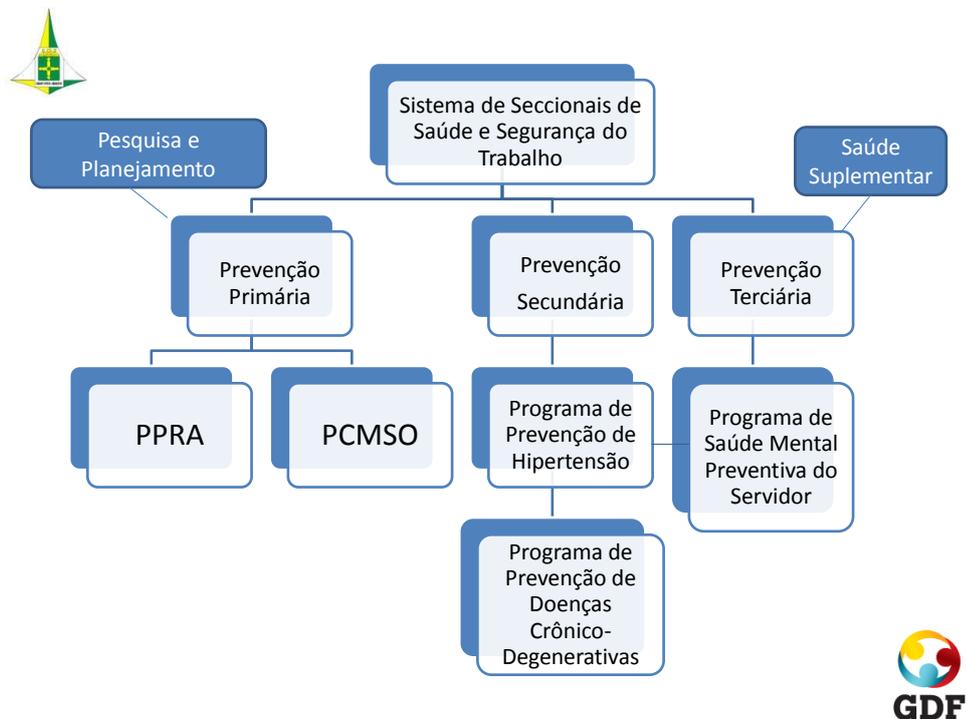
1. Promover a saúde dos servidores, por meio de diversas ações que vão desde o controle dos riscos existentes nos ambientes e processo de trabalho à prevenção de agravos de relevância epidemiológica, avaliação clínica a ações de recuperação e reabilitação física, psicossocial e profissional;
2. Sensibilizar e conscientizar o servidor sobre a necessidade de modificar velhos paradigmas para a aceitação de uma nova concepção sobre ambiente de trabalho saudável, substituindo assim, a manutenção do ambiente insalubre, gerador de “adicional de insalubridade”;
3. Sensibilizar e conscientizar o servidor sobre a necessidade de ser o gerente da sua própria saúde, buscando adquirir hábitos saudáveis rumo a qualidade de vida plena;
4. Promover ações e eventos de promoção de saúde, com palestras educativas e oficinas;
5. Criar condições dignas de trabalho e garantir a melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho mediante o desenvolvimento de ações de vigilância e controle dos riscos advindos dos ambientes e processos de trabalho, de promoção e educação em saúde e de incentivo à melhoria das relações interpessoais e grupais nos ambientes de trabalho;
6. Realizar e manter atualizado o mapeamento de riscos ocupacionais, por setor e postos de trabalho, em cada estabelecimento, desenvolvendo as medidas apropriadas de controle, monitoramento e eliminação dos riscos identificados e
7. Monitorar e acompanhar os indicadores de saúde dos trabalhadores, de forma a subsidiar as ações, planos e projetos de vigilância, prevenção e promoção.



REFERENCIAL TEÓRICO:

Na análise da agenda de compromisso do Ministério da Saúde e nos estudos pesquisados nos últimos 10 anos sobre as políticas públicas voltadas para melhoria das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores identifica-se um novo entendimento sobre o tema: **o foco deixa de ser sobre a doença para voltar-se à noção de promoção.**

MODELO:



Algumas ações que integram o Plano de Atuação das Seccionais:

- a) Elaboração do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO;
- b) Realização de exames médicos pré-admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- c) Elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA;
- d) Elaboração de laudos de insalubridade e periculosidade;
- e) Mapeamento de riscos;

- f) Elaboração do Perfil Profissiográfico do Servidor;
- g) Monitoramento para os servidores expostos a riscos específicos;
- h) Monitoramento das enfermidades dos servidores, por meio da avaliação clínica, laboratorial e demais exames complementares pertinentes;
- i) Investigação de Acidente de Trabalho, registro e monitoramento;
- j) Implementação de programas de saúde: Tabagismo, Dependência Química, Obesidade, Hipertensão, Diabetes, Ginástica Laboral e Relacionamento Interpessoal;
- k) Elaboração e implementação do programa de Gerenciamento de Resíduos e de Responsabilidade Sócio – Ambiental;
- l) Realização de eventos de promoção à saúde do servidor: Workshops de Saúde e Segurança do Trabalho, DPAT's (Dia de Prevenção de Acidentes do Trabalho), Oficinas de Qualidade de Vida, Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Combate ao Tabagismo, Combate à Dependência Química: Álcool e Drogas.

PROPOSTA:

- Que a implantação do SSSST se inicie como uma ação dentro de um conjunto mais amplo da *Política Integrada de Saúde e Segurança do Trabalho do GDF*, juntamente com propostas de outras Secretarias;
- Que sendo a Secretaria de Estado de Administração Pública a mentora deste Modelo de Saúde e Segurança do Trabalho, possa encontrar eco nas demais Secretarias fazendo deste desafio uma realidade inconteste e,
- Que a noção de saúde seja compreendida como um processo e não como um dado bruto, portanto, não existirá um modelo único e fechado, mas, uma *Política* em contínua construção.



REFERÊNCIAS

Brasil. (2008). **Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.

Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador - Portaria n.º 3.120, de 01/07/98

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores- fiscais da Previdência Social Brasileira. Brasília: Ler, Pensar e Agir, 2003.

MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo; ARAÚJO, Luciane Kozicz Reis. **Políticas Públicas para Saúde Mental no Trabalho No Brasil** Universidade de Brasília, Departamento De Psicologia Social e do Trabalho.

MOYSÉS, S. J, MOYSÉS, S. T., KREMPEL, M.C. **Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):627-641, 2004.

NOB – NOST – SUS Portaria n.º 3.908, de 30/10/98

Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório Mundial sobre a saúde 2001: **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, Suíça: Editora da OMS.

Portaria MTE n.º 3.214, de 08/06/78



AUTORIA

Maria do Socorro Mendes Gomes – Secretaria de Estado de Administração Pública
Endereço eletrônico: maria.mendes@seplag.df.gov.br

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha – Secretaria de Estado de Administração Pública
Endereço eletrônico: rosylanerocha@yahoo.com.br

