

***Capacitação
Empresarial***



CURSO: Pós-graduação MBA em Administração Pública

Dimensão Estratégica da Gestão

TURMA: I

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

Aluna: Eloise kretzer

***Capacitação
Empresarial***



CURSO: Pós-graduação MBA em Administração Pública

Dimensão Estratégica da Gestão

TURMA: I

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

Aluna: Eloise kretzer

Data da entrega do trabalho: ____/____/____

Recebido por: _____

Assinatura: _____

TERMO DE COMPROMISSO

Eloise Kretzer, abaixo-assinado, do Curso de Pós-Graduação em Administração Pública, realizado nas dependências da SOCIESC - Educação e Tecnologia no período de 23 de Março de 2009 a 10 de Dezembro de 2009, declara que o conteúdo do trabalho de conclusão de curso intitulado: Absenteísmo x Qualidade de vida Prevenção de doenças Ocupacionais nas Secretarias da PMJ , é autêntico, original, e de sua autoria exclusiva.

Aluna :Eloise Kretzer

Prof. Dr.

Prof.
Orientador

Data de Aprovação

Joinville, 29 de abril de 2010

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

ELOISE KRETZER

ABSENTEÍSMO X PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA
PREVENÇÃO DE DOENÇAS OCUPACIONAIS NAS SECRETARIAS DA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE

2010

ABSENTEÍSMO X PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA
PREVENÇÃO DE DOENÇAS OCUPACIONAIS NAS SECRETARIAS DA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE

Projeto de Pesquisa apresentado à
Fundação Getulio Vargas, como requisito
para aprovação no Curso de Pós-
Graduação em Administração Pública.

JOINVILLE

2010

1	INTRODUÇÃO	03
1.1	Contextualização	03
1.2	Objetivos	05
1.3	Suposição	05
1.4	Relevância do Estudo	06
2	REFERENCIAL TEÓRICO	07
2.1	Saúde e necessidade de Prevenção	07
2.2	Aspectos Legais da Prevenção	08
2.3	Servidores Públicos: uma população desprotegida	10
2.4	O enfrentamento dos “riscos” no setor Público	12
2.5	Modelos de Prevenção dos danos á saúde	13
2.6	Qualidade de vida	15
3	METODOLOGIA	18
3.1	Tipos de Pesquisa	19
3.2	Universo e Amostra	23
3.3	Coleta de Dados	24
4.0	PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA DA PMJ	24
4.1	Programas de Prevenção	24
4.2	Programas Assistenciais	26
4.3	Programas de Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional	27
5.0	ANÁLISE DOS DADOS	27
5.1	Atendimentos Realizados em 2009	27
5.2	Índice de Absenteísmo por Secretaria	28
6.0	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O presente estudo tem como tema o absenteísmo nas Secretarias da Prefeitura de Joinville e os “Programas de Prevenção à Saúde do Trabalhador no Serviço Público”. Nele, objetivou-se conhecer casos bem sucedidos de práticas preventivas de órgãos públicos, visando a estabelecer modelos e parâmetros que auxiliassem na construção de uma política de prevenção à saúde para o Setor.

O estudo abordou as políticas de prevenção instituídas pela Prefeitura Municipal de Joinville-PMJ. A pesquisa foi desenvolvida através de Programas e entrevista com os principais atores sociais que vivenciaram a construção e a implantação dessas políticas. Inicialmente, constatou-se que a Instituição, para fazer frente à alta incidência de casos de afastamentos Repetitivos e atestados médicos, formulou políticas de prevenção, resultado de anos de trabalho participativo e de construção social. Este relatório foi validado em reuniões com servidores integrantes dos setores analisados.

Como resultado ocorreu uma reestruturação do serviço, que deixou de ser assistencialista para ter caráter preventivo, criando-se o Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias, integrado pela Divisão de Perícias Médicas e Divisão de Saúde Ocupacional. Esta última com orientação principal voltada à saúde ocupacional preventiva, desenvolvida através da criação e implantação de programas. Após análise do estudo do caso da Prefeitura Municipal de Joinville ficou evidenciado que cada setor público deve construir políticas de prevenção à saúde dos trabalhadores, partindo das próprias experiências, sobretudo relevando os aspectos individualizados e pontuais e respeitando as especificidades do trabalho de cada setor.

O absenteísmo tem se tornado problema crucial tanto para as organizações particulares como para as empresas Públicas e, respectivamente, aos seus administradores, os quais percebem a repercussão no quantitativo de recursos humanos e o reflexo na qualidade dos serviços prestados. Suas causas estão ligadas a múltiplos fatores, tornando-o complexo e de difícil gerenciamento, pois inúmeras situações pessoais do servidor podem desencadear no seu surgimento; como problemas de ordem pessoal, biológica, ambiental, social, familiar, financeira, funcional, entre outros.

É de extrema relevância que o servidor público atue de modo perene, com a consciência voltada à importância de seu trabalho assíduo e permanente, para o desenvolvimento de seu país, de seu Estado e de sua cidade, além de seu crescimento interior, dignificando seu nome e de sua atividade Laborativa. Por outro lado, o

administrador público inovador deve buscar alternativas permitidas para sobrepor àquelas carências provocadas pelo absenteísmo.

Duas razões lhe chamaram à atenção para o trabalho desenvolvido. De um lado, o número de atestados e afastamentos. De outro lado, a saúde Integral e competências dos Servidores Públicos e a necessidade de implementação de um serviço de prevenção dos danos à saúde do trabalhador, desenvolvida pela Prefeitura Municipal de Joinville, como campo de pesquisa para este estudo, deve-se também por seu caráter inovador, pelas relevantes mudanças positivas geradas na Instituição em relação à saúde, pelo trabalho coletivo e interdisciplinar desenvolvido.

A pesquisadora compartilha com o grupo de servidores do Ambulatório municipal de Joinville do desejo de realizar ações efetivas relativas à prevenção à saúde dos servidores públicos.

Por serem as atividades desenvolvidas pelos programas do Ambulatório do Servidor uma experiência singular, optou-se pela realização de um estudo sistematizado, fundamentado em abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa, e de um estudo específico de absenteísmo das Secretarias da PMJ.

A técnica utilizada foi a da análise descritiva da experiência narrada pelos atores sociais, que desenvolveram os programas de prevenção, da Divisão de Saúde Ocupacional.

Outro ponto importante foi o levantamento Panorâmico dos Programas de Qualidade de vida executados na PMJ.

Com esta pesquisa pretende-se, também, oferecer subsídios para os gestores do Setor Público, preocupados com a saúde dos seus servidores, de elaborarem proposta de implantação de outros programas de prevenção dos danos à saúde do servidor público, contribuindo para atender as demandas constatadas pela equipe da Prefeitura Municipal de Joinville – PMJ.

1.2 Objetivos

A pesquisa tem como objetivo geral compreender a construção da abordagem desenvolvida pela Prefeitura Municipal de Joinville, para a prevenção da saúde de seus servidores com a implantação dos Programas de Qualidade de Vida, levantando outros fatores que possam contribuir para a diminuição do absenteísmo.

Quanto aos objetivos específicos discriminam-se: implantação e efetivação dos programas de prevenção à saúde do trabalhador, a identificação, singularidade e relevância dos programas desenvolvidos pela equipe multidisciplinar do Ambulatório dos Servidores Públicos de Joinville. E a ampliação destes Programas de forma contínua, ficando sempre atualizadas as causas e consequências do absenteísmo na Prefeitura Municipal de Joinville.

1.3 Suposição

1.3.1 Regulamento

A Constituição Federal de 1988 declara a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A Lei Orgânica da Saúde de 1990 disciplina legalmente a proteção e a defesa da saúde, inserindo a Saúde do Trabalhador como campo de ação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Com a instituição, pela Constituição Federal de 1988, do regime jurídico único para os servidores públicos da administração direta, autarquias e fundações, esses passaram a ser contratados através de concursos públicos e regidos por estatuto próprio. Embora a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde garantam o direito à saúde no trabalho de forma universal e igualitária, o que vemos é esse direito do servidor (trabalhador) ser constantemente desrespeitado, pela carência de políticas públicas que viabilizem ações preventivas no que diz respeito à saúde e segurança do trabalhador – servidor público.

Contudo, quando constatamos a implantação do Projeto de Qualidade de Vida no Trabalho, como no caso da Prefeitura Municipal de Joinville, observamos a falta de acompanhamento e análise dos resultados obtidos, onde, com esses dados tabulados e analisados tornar-se-ia fácil à conclusão pela continuidade, ajustes ou exclusão de alguns programas integrantes do supracitado projeto.

1.4 Relevância do Estudo

Contribuir para a redução do número de afastamentos / atestados médicos, melhorando a qualidade de vida destes profissionais.

O que se observa, na prática, são empresas públicas buscando ou adotando o paradigma dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT's (médicos, engenheiros, enfermeiros, técnico de segurança, auxiliar de enfermagem) e a constituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, na “tentativa” de adequação ao modelo de prevenção instituído no Brasil, através do uso do arcabouço legal e regulamentar existente, em especial pelo Capítulo V da CLT, e pelas Normas Regulamentadoras - NR's. Este modelo protecionista no qual prevalece a questão dos “riscos” (físicos, químicos, mecânicos, etc), tem se mostrado insuficiente para as indústrias, para as quais foi concebido. Será ele adequado para o Setor Público, que possui características e peculiaridades próprias?

A procura por uma abordagem alternativa que pudesse abarcar as necessidades constatadas pela equipe do SESMT, da Prefeitura Municipal de Joinville – PMJ, levou a tomar contato com a experiência desenvolvida na Divisão de Saúde Ocupacional e o serviço desenvolvido pelo Ambulatório dos Servidores através de programas de prevenção dos danos à saúde do trabalhador, no qual a pesquisadora Eloise Kretzer faz parte como psicóloga do setor de atendimento psicológico aos servidores municipais de Joinville.

Duas razões lhe chamaram à atenção para o trabalho desenvolvido. De um lado, o número de atestados e afastamentos. De outro, a saúde integral e competências dos Servidores Públicos e a necessidade de um acompanhamento dos Projetos de Qualidade de Vida desenvolvidos pela Prefeitura de Joinville, visando, principalmente a diminuição do alto número de afastamentos/atestados médicos, a melhoria na qualidade de vida e a prevenção dos danos à saúde do trabalhador e do servidor público municipal de Joinville.

Esta pesquisa pretende apurar resultados e desenvolver avaliações periódicas, com o intuito de sugerir Mudanças. Essas mudanças poderão ser no sentido de melhorar ou alterar procedimentos, excluir e/ou incluir programas para o servidor público municipal de Joinville.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde e necessidade de prevenção

Invariavelmente, as ações preventivas de acidentes e doenças procuram impedir danos à saúde dos trabalhadores no exercício de suas atividades funcionais. Contudo, as rápidas mudanças tecnológicas, o envelhecimento da população de trabalhadores, entre outros fatores, exigem uma reflexão sobre o próprio conceito do que é saúde.

Dejours (1986, p.11), buscando salvar o que sugere a “antiga definição de saúde¹”: “[...] a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social”. Considera que para se ter bem-estar físico é preciso se possuir a liberdade de regular às variações que aparecem no estado do seu organismo, ou seja, dormir quando se tem vontade, repousar quando estiver cansado, comer quando estiver com fome. “[...] É, portanto a liberdade de adaptação” (DEJOURS, 1986, p. 11).

Como bem-estar social, Dejours (1986, p.11) entende “[...] a liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si”.

Thébaud-Mony (1996) citada em Daubas-Letourneux e Thébaud-Mony (2002, p.5), parte do pressuposto de saúde como uma construção:

A saúde é um processo dinâmico pelo qual o indivíduo se constrói e se orienta, processo que inscreve no corpo da pessoa, as marcas do trabalho, das condições de vida, dos acontecimentos e das dores, do prazer e do sofrimento, de tudo o que faz uma história individual na sua singularidade, mas também coletiva pela influência das múltiplas lógicas no seio das quais ela se insere.
(tradução e grifos nosso)

Para Assunção (2003, p.18), “[...] a construção da saúde é a mobilização consciente ou não das potencialidades de adaptação do ser humano, permitindo-lhe interagir com o meio de trabalho, lutando contra a morte, as deficiências, as doenças e a tristeza”.

¹ Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, a **saúde** é um bem-estar físico, psíquico e social.

Percebe-se nas definições desses autores que o conceito de saúde é dinâmico e, gradativamente, vem sendo ampliado para abranger as demandas sociais originadas nas situações de trabalho. Em 1999, Garrigou et al., afirmaram que a busca de organizações mais abertas deveria ser o objetivo dos profissionais que visam à prevenção dos danos à saúde dos trabalhadores. Estas organizações do trabalho possibilitariam aos trabalhadores escolhas que atendessem suas singularidades, isto se refletiria positivamente no coletivo pela diminuição de acidentes e doenças do trabalho.

2.2 Aspectos legais da prevenção

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, 1988, art. 196).

A inexistência de lei específica para reger a segurança e a saúde dos servidores públicos foi matéria de capa de uma revista especializada em segurança e saúde no trabalho². A Constituição Federal – CF de 1988, porém, define dentre os direitos sociais a saúde, o trabalho e o meio ambiente, neste último compreendido o do trabalho (art.6º); em seu artigo 7º (inciso XXII) legisla sobre a questão de que entre os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais (CF art. 7º) está a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de edição de normas de saúde, higiene e segurança; e no seu artigo 198 cria o Sistema Único de Saúde – SUS, definindo como uma de suas diretrizes a priorização de ações preventivas nesta área.

A regulamentação do SUS deu-se pela aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/1990 e Lei nº 8142/1990), que define a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de políticas que visem à saúde do trabalhador, entendidas como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

² Proteção, setembro de 2002.

O campo das ações que envolvem a saúde do trabalhador abrange a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; da normatização, fiscalização e controle de atividades produtivas que apresentem riscos à saúde do trabalhador; avaliação do impacto que novas tecnologias possam provocar à saúde; cabendo-lhe ainda informar tanto ao trabalhador quanto à sua entidade sindical e às empresas sobre riscos existentes no trabalho e os resultados disponíveis de fiscalizações e, por último, participar na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresa públicas e privadas.

Para fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, foi instituída pelo Ministério da Saúde – MS a Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, através da Portaria nº 3.120/1998. Nessa Portaria, as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador são compreendidas como uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Esta normativa parte do princípio de que o sistema de saúde deve ter linhas mestras de atuação para poder manter banco de dados e intercâmbio de experiências, preservando sempre as particularidades regionais (culturas e características populacionais), ultrapassando o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional, pautando-se nos princípios da universalidade, integralidade das ações, controle social, hierarquização e descentralização, interdisciplinaridade, pesquisa-intervenção e caráter transformador.

As intervenções devem ter abordagem multidisciplinar sobre o problema, contemplando saberes técnicos de diversas áreas do conhecimento e, principalmente, o saber prático dos trabalhadores, propondo mudanças inclusive dos processos de trabalho, a partir de análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental, podendo usar parâmetros que superem a própria legislação em vigor.

As atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constam da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST (SUS) aprovada pela Portaria nº 3.908/1998 (MS).

O Estado de Santa Catarina, na apresentação do “Plano Estadual de Saúde do Trabalhador” (versão preliminar para apreciação do Conselho Estadual de Saúde em 30/07/2003), assume que a “organização de ações e serviços na área de saúde do trabalhador vem se dando, no âmbito do SUS, de forma lenta e descordenada” e, ainda, que “ausência “de uma política e uma coordenação efetiva do Gestor Estadual deixou um vazio que foi assumido por poucos municípios”.

Esta ausência de políticas em Saúde e Segurança do Trabalhador em nível estadual tem reflexos diretos na saúde do trabalhador em níveis municipais.

A apresentação deste arcabouço legal relativo à Saúde do servidor/Trabalhador não pretendeu esgotar toda a legislação, que é dinâmica e permite a sua adaptação às mudanças que ocorrem num mundo globalizado, com reflexos no mundo do trabalho e na sociedade.

2.3 Servidores públicos: uma população desprotegida

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi instituído o regime jurídico único para os servidores públicos da administração direta, autarquias e fundações, que passaram a ser contratados através de concursos públicos e regidos por estatuto próprio.

Para se ter uma idéia da dimensão da população de servidores públicos enquadrados na categoria de estatutários, segundo o Censo Demográfico³ (2000) as pessoas ocupadas no Brasil que se declararam militares e servidores estatutários eram 3.729.012, o que correspondia a 5,76 % de um total de 64.704.927 pessoas ocupadas.

Estes servidores estatutários exercem suas funções nos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, na esfera federal, estadual e municipal, nas áreas da saúde, educação, obras públicas e outros serviços essenciais.

Socialmente, esta população de servidores estatutários que por um lado é tida como privilegiada por possuir estabilidade e aposentadoria integral, por outro não está

³ Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000.

Semana de referência: semana de 23 a 29 de julho de 2000.

Foram consideradas como ocupadas na semana de referência as pessoas que tinham trabalho durante todo ou parte deste período.

Considerou-se como trabalho principal o único trabalho que a pessoa tinha na semana de referência. Para as pessoas que tinham mais de um trabalho na semana de referência, adotaram-se os seguintes critérios:

1º) o principal era aquele que a pessoa habitualmente dedicava maior número de horas por semana, independentemente de ser remunerado ou não;

2º) no caso de igualdade também de horas trabalhadas, o principal era aquele que a pessoa tinha mais tempo de exercício, independentemente de ser remunerado ou não; e

3º) no caso de igualdade também no tempo de serviço dos trabalhos, o principal era aquele que proporcionava o maior rendimento.

coberta pelo “guarda-chuva” das Normas Regulamentadoras - NR’s relativas à saúde e segurança do trabalhador, que são de observância obrigatória só para as empresas que possuem empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT ⁴.

A questão da preocupação com a saúde dos servidores públicos foi enfocada pelo “Boletim Contato⁵”, de 15 de julho de 2003, que apresentava dados oficiais da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, os quais relatavam que 24,7% do total de aposentadorias por invalidez de servidores públicos federais eram resultantes de problemas de saúde que poderiam ser prevenidos ou tratados precocemente com boas chances de manter esses servidores na ativa.

Estas aposentadorias precoces resultantes de problemas de saúde ⁶ geram prejuízos para o servidor, que recebe aposentadoria proporcional e perde o custeio do tratamento e para o Governo, que tem que investir em novas contratações, além da sociedade como um todo.

Para reverter este quadro, o Estado deveria assumir seu papel de gestor no tocante à prevenção à saúde dos seus funcionários, porém, na prática, geralmente limita-se ao controle da concessão de licenças para tratamento de saúde, visando somente à diminuição do absenteísmo por doença. Este último, entendido como “[...] ausência ao trabalho atribuída à doença ou lesão e aceita como tal pelo empregador ou sistema de seguro social” (METS, 1988, p. 1096).

O absenteísmo não pode ser visto como um problema individual, nem como um fenômeno médico, mas como um problema “social”. Para investigar o absenteísmo é necessário uma equipe multidisciplinar envolvendo especialistas (médico do trabalho, psicólogo, sociólogo, estatístico etc.) (METS, 1988, p. 1096).

Autores da escola francesa de ergonomia (Wisner, Guérin, Laville e outros), nos quais a pesquisadora se apóia teoricamente, tem no absenteísmo por doença uma demanda inicial para uma intervenção ergonômica numa dada situação de trabalho, cujos diagnósticos revelam as situações difíceis vivenciadas pelos trabalhadores.

⁴ Norma Regulamentadora 1 (NR-1).

⁵ Boletim Eletrônico para Servidores do Governo Federal (nº 4).

⁶ Doenças como as lesões por esforços repetitivos – LER, distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, estresse, alcoolismo, depressão e outros agravos relacionados ao trabalho não estão incluídas na lista de doenças que permitem aposentadoria integral.

2.4 O enfrentamento dos “riscos” no Setor Público

Alguns estudos, como o de Le-Grande (1998), indicam a existência de riscos para a saúde e segurança dos servidores públicos, dentre eles a organização física e ergonômica inadequadas, a qualidade do ar interior duvidosa, a violência no local de trabalho, a exposição a agentes biológicos (coleta de lixo, esgoto, etc.), a produtos químicos, a equipamentos eletrônicos e a campos eletromagnéticos ou radiações não ionizantes.

A violência contra os servidores públicos tem se evidenciado desde a década de 80, principalmente para aqueles que manipulam dinheiro, lidam com queixas de clientes e consumidores, trabalham sozinhos, ficam em contato com pacientes ou clientes que podem ser violentos. Pesquisas nos Estados Unidos indicam que, em 1992, o homicídio, com 17% dos casos, foi a segunda causa de mortes no local de trabalho (LE-GRANDE, 1998).

Os estudos de Le-Grande (1998) indicam ainda que, em meados dos anos 80, dentre os servidores públicos adoecidos, havia um grande número de registros de doenças de membros superiores compatíveis com LER⁷/DORT⁸ (síndrome do túnel de carpo, desvio ulnar, tendinite etc.).

De um modo geral, as empresas públicas para fazer frente a esses problemas de saúde, estruturam serviços de prevenção à saúde, reportando-se ao modelo SESMT e à constituição de CIPA's, de acordo com o prescrito na CLT. A implantação deste modelo de prevenção também é a reivindicação da maioria dos sindicatos das categorias de servidores públicos.

Segundo uma reportagem especial da revista Proteção (2002), o Ministério do Trabalho e Emprego - MTE e o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG estudam a criação de uma portaria interministerial por meio da qual as CIPA's sejam obrigatórias também para o Setor Público, com o objetivo de resolver o “vazio legal” a que estão sujeitos os servidores públicos.

A mesma reportagem cita algumas cidades brasileiras que instituíram CIPA's ou SESMT's, como o município de São Paulo com cerca de 125.000 estatutários, que teve suas CIPA's instituídas por lei municipal no ano de 2001 e, a seguir, sancionou a lei de criação do SESMT. Em São Vicente, são aproximadamente 4.800 servidores estatutários, com CIPA constituída e estudos para a implantação de SESMT.

⁷ LER – Lesões por Esforços Repetitivos.

⁸ DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.

No Rio Grande do Sul, a Secretaria da Saúde está estudando a constituição de serviços de segurança e saúde do trabalhador mais avançados em relação à NR-4 e, ao invés de CIPA's, pretende constituir Comissões de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente. O Departamento Municipal de Água e Esgoto – DMAE, uma autarquia do município de Porto Alegre, conta com 2.500 funcionários, possui SESMT, tendo como estratégia preventivista a elaboração do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO e Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais – PPRA e vem investindo em ergonomia.

Em Santa Catarina, está em tramitação, desde agosto de 2003, na Assembléia Legislativa, projeto de lei que propõe a criação da Comissão de Saúde do Servidor – CSS do Serviço Público do Estado de Santa Catarina, a ser organizada em cada órgão do Poder Executivo, e o Conselho das Comissões de Saúde do Servidor – CCSS. Essas comissões diferenciam-se das CIPAS's por não possuírem um presidente e sim um secretário executivo eleito⁹ com liberdade de ação, assim como seus membros teriam a permissão para ausentarem-se até quatro horas semanais do seu local de trabalho para desempenho de atividades de interesse da Comissão. Como seus integrantes devem ser servidores efetivos, o projeto de lei prevê, ainda, que eles não possam ser transferidos, colocados à disposição ou sofrer suspensão devido ao exercício de seu mandato na Comissão.

O CCSS será formado pelos secretários executivos de cada CSS e pelos representantes dos órgãos públicos indicados pelo governador do Estado e será responsável pela coordenação dos trabalhos das CSS.

Os exemplos aqui relatados revelam que o Setor Público, para enfrentar as demandas de prevenção aos agravos à saúde produzidos no contexto das situações de trabalho, recorrem ao modelo tradicionalmente instituído no Brasil.

2.5 Modelos de prevenção dos danos à saúde

O Modelo de prevenção adotado no Brasil

No Brasil, a prevenção de acidentes e doenças do trabalho está alicerçada em um arcabouço legal, que regulamenta o modelo existente. Os atores sociais que estão envolvidos nesta prática são os integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT's (engenheiros, médicos, enfermeiros,

⁹ O secretário executivo seria eleito pelos integrantes da comissão em substituição ao presidente da CIPA's que é indicado pelo empregador.

auxiliares de enfermagem e técnicos de segurança) e os componentes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA's (representantes dos trabalhadores).

As CIPA's são constituídas por representantes eleitos pelos empregados e indicados pelo empregador, sendo o seu presidente também representante do empregador (NR-5), o que compromete a autonomia das ações da comissão, assim como a sua liberdade de expressão.

A maioria das empresas que possuem SESMT fazem-no somente para respeitar o estabelecido no artigo 162 da CLT¹⁰ e os demais preceitos legais contidos nas Normas Regulamentadoras relativas à Segurança e Medicina no Trabalho (Portaria nº 3.214 de 1978).

Para Assunção e Lima (2003, p.1775), a prática da prevenção através da aplicação de leis e normas, aliada à obrigatoriedade legal dos SESMT's “[...] favorece um certo desvio da prática prevencionista”. Não importa se a prevenção está sendo efetiva, importa se a lei está sendo cumprida. Assunção e Lima (2003, p. 1775), também explicitam que: “[...] a prevenção anda, em verdade, a reboque do direito”.

A segurança do trabalho, por pertencer ao campo das engenharias, tem perspectiva prescritiva e normativa, dentro de uma certa racionalidade técnica (JACKSON FILHO; AMORIM, 2001). Dentro desta perspectiva da racionalidade técnica, os engenheiros aplicam conhecimentos técnicos e científicos para resolver problemas práticos do seu cotidiano (SCHÖN, 1983).

Esses profissionais possuem uma visão externa e objetiva do trabalho, comum também aos administradores. Esta “ideologia cientificista” (Lima, 2001) exclui a necessidade de se estabelecer relações com os trabalhadores, tanto na concepção, quanto nas ações que visam a transformar as situações de trabalho (JACKSON FILHO; AMORIM, 2001).

Como a empresa tem a obrigação legal de garantir condições seguras aos seus empregados, os engenheiros de segurança, ao serem contratados para prevenir os acidentes e as doenças do trabalho, passam a ser seus prepostos no tocante à segurança. O profissional de segurança, tomando como parâmetro o trabalho prescrito, prevê um certo número de situações de risco, cria programas de controle de risco, normas e procedimentos

¹⁰ Este artigo tornou obrigatória a existência dos SESMT's nas empresas, sendo regulamentado pela NR-4 que determina: As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes legislativo e judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

de segurança, analisa as causas de incidentes e acidentes, projeta sistemas de proteção, elabora treinamento para os trabalhadores sobre condutas seguras, etc. Além de, juntamente com os técnicos de segurança, fiscalizar se o prescrito com relação à segurança está sendo cumprido, atuando desta forma como “fiscais da segurança” (JACKSON FILHO; AMORIM, 2001).

Segundo Garrigou et al. (1999, p12) desta concepção decorre: “[...] a hipótese [...] (de) que a obediência às normas e aos procedimentos é suficiente para serem mantidas as condições de segurança, de confiabilidade e de eficiência produtiva”.

Esta hipótese pressupõe a execução do trabalho prescrito, porém para Daniellou et al. (1989, p.5), ele: “[...] nunca corresponde exatamente ao trabalho real, isto é, o que é executado pelo trabalhador”. Portanto, a tarefa de garantir condições de segurança aos trabalhadores a partir das prescrições do trabalho apresenta múltiplas dificuldades, pois não considera a variabilidade nas empresas (condições e meios de trabalho), a variabilidade dos trabalhadores¹¹, as coordenações necessárias entre as atividades de segurança e as atividades de produção (GARRIGOU et al., 1999).

A ações preventivas, com raras exceções, envolvem os trabalhadores. Seu saber prático é negligenciado, não existindo uma construção social para a busca de soluções de problemas. Os especialistas em SST definem normas que os trabalhadores devem cumprir, sem questioná-las (GARRIGOU et al., 1999).

Conforme o relatado, constata-se que o modelo adotado pelos empregadores brasileiros não leva em conta as diferenças regionais, culturais e sociais, preocupando-se em proteger o trabalhador dos “riscos” existentes no meio-ambiente de trabalho.

2.6 Qualidade de vida

O estilo de vida das pessoas afeta diretamente sua qualidade de vida. O homem moderno tem dificuldade para escapar da vida sedentária. Isto é ainda mais grave no mundo corporativo, no qual as pessoas são submetidas a um ambiente de muita pressão.

Como conviver com o estresse sem perder qualidade de vida e produtividade?

Como manter este difícil equilíbrio entre a saúde física, mental e emocional, para que o Executivo moderno também alcance a sua saúde integral?

¹¹ O “trabalhador médio” não existe e sim uma diversidade entre as pessoas (variabilidade dos indivíduos). Acrescentam-se a essas, as variações do estado de cada um (variabilidade intra-individual) efeito dos ritmos biológicos, fadiga, envelhecimento, aprendizagem, etc.) (GUÉRIN et al, 2001).

Sábio, o corpo humano desenvolveu o estresse para ser ágil e forte ao enfrentar perigos. No dia-a-dia das empresas, porém, o estresse tornou-se inevitável, freqüentemente insuportável e quase permanente, prejudicando o bem-estar pessoal e a produtividade profissional. Nesse contexto, como é possível equilibrar saúde física, mental e emocional?

Para Assunção (2003, p.18), “[...] a construção da saúde é a mobilização consciente ou não das potencialidades de adaptação do ser humano, permitindo-lhe interagir com o meio de trabalho, lutando contra a morte, as deficiências, as doenças e a tristeza”.

Percebe-se nas definições desses autores que o conceito de saúde é dinâmico e, gradativamente, vem sendo ampliado para abranger as demandas sociais originadas nas situações de trabalho.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, 1988, art. 196).

Estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de políticas que visem à saúde do trabalhador, entendidas como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

O campo das ações que envolvem a saúde do trabalhador abrange a assistência ao trabalhador, que são de observância obrigatória só para as empresas que possuem empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT ¹².

A questão da preocupação com a saúde dos servidores públicos foi enfocada pelo “Boletim Contato¹³”, de 15 de julho de 2003, que apresentava dados oficiais da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, os quais relatavam que 24,7% do total de aposentadorias por invalidez de servidores públicos federais eram resultantes de problemas de saúde que poderiam ser prevenidos ou tratados precocemente com boas chances de manter esses servidores na ativa.

¹² Norma Regulamentadora 1 (NR-1).

¹³ Boletim Eletrônico para Servidores do Governo Federal (nº 4).

Estas aposentadorias precoces resultantes de problemas de saúde¹⁴ geram prejuízos para o servidor, que recebe aposentadoria proporcional e perde o custeio do tratamento e para o Governo, que tem que investir em novas contratações, além da sociedade como um todo.

Para reverter este quadro, o Estado deveria assumir seu papel de gestor no tocante à prevenção à saúde dos seus funcionários, porém, na prática, geralmente limita-se ao controle da concessão de licenças para tratamento de saúde, visando somente à diminuição do absenteísmo por doença.

Percebe-se nas definições que o conceito de saúde é dinâmico e, gradativamente, vem sendo ampliado para abranger as demandas sociais originadas nas situações de trabalho.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, 1988, art. 196).

Para fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, foi instituída pelo Ministério da Saúde – MS a Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, através da Portaria nº 3.120/1998. Nessa Portaria, as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador são compreendidas como uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Esta normativa parte do princípio de que o sistema de saúde deve ter linhas mestras de atuação para poder manter banco de dados e intercâmbio de experiências, preservando sempre as particularidades regionais (culturas e características populacionais), ultrapassando o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional, pautando-se nos princípios da universalidade, integralidade das ações, controle social, hierarquização e descentralização, interdisciplinaridade, pesquisa-intervenção e caráter transformador.

¹⁴ Doenças como as lesões por esforços repetitivos – LER, distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, estresse, alcoolismo, depressão e outros agravos relacionados ao trabalho não estão incluídas na lista de doenças que permitem aposentadoria integral.

As intervenções devem ter abordagem multidisciplinar sobre o problema, contemplando saberes técnicos de diversas áreas do conhecimento e, principalmente, o saber prático dos trabalhadores, propondo mudanças inclusive dos processos de trabalho, a partir de análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental, podendo usar parâmetros que superem a própria legislação em vigor.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi instituído o regime jurídico único para os servidores públicos da administração direta, autarquias e fundações, que passaram a serem contratados através de concursos públicos e regidos por estatuto próprio.

Estes servidores estatutários exercem suas funções nos Poderes Executivo, Legislativo e judiciário, na esfera federal, estadual e municipal, nas áreas da saúde, educação, obras públicas e outros serviços essenciais.

Socialmente, esta população de servidores estatutários que por um lado é tida como privilegiada por possuir estabilidade e aposentadoria integral, por outro não está coberta pelo “guarda-chuva” das Normas Regulamentadoras - NR’s relativas à saúde e segurança do trabalhador, que são de observância obrigatória só para as empresas que possuem empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT ¹⁵. O absenteísmo não pode ser visto como um problema individual, nem como um fenômeno médico, mas como um problema “social”.

Para investigar o absenteísmo é necessário uma equipe multidisciplinar envolvendo especialistas (médico do trabalho, psicólogo, sociólogo, estatístico etc.) (METS, 1988, p. 1096).

3 MÉTODOS DA PESQUISA: os caminhos do estudo

O método, ponte entre a observação da realidade e a teoria científica que explica a realidade, é o conjunto de atividades sistemáticas e racionais que permite alcançar conhecimentos válidos e verdadeiros. O método permite traçar o caminho a ser seguido, detectar erros e auxiliar as decisões dos cientistas. A metodologia, por sua vez, engloba métodos de abordagem, procedimentos e técnicas (LAKATOS; MARCONINI, 1982).

¹⁵ Norma Regulamentadora 1 (NR-1).

Dentre as opções metodológicas apresentadas na literatura escolheu-se o método de abordagem qualitativa, mais especificamente de estudo de casos. Para a coleta de dados foram utilizadas as técnicas de entrevista não estruturada e análise documental.

A pesquisadora procurou realizar um paralelo entre os casos atendidos, todos os dias, onde escuta as “queixas” dos servidores e os dados estatísticos realizados pelo Ambulatório da PMJ.

Realizou também um estudo referente aos atestados e os Programas de Qualidade de Vida, já implantados pela Prefeitura. O cruzamento destes dados sob a forma de Estudo de Caso resultou nas medidas adotadas e sugeridas a seguir.

A abordagem qualitativa: o pesquisador como principal instrumento da investigação

Os métodos de abordagem qualitativa possibilitam a leitura do contexto a ser pesquisado, tendo como principal característica o fato de que as pesquisas qualitativas seguem a tradição “compreensiva” ou interpretativa: partem do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado.

Na compreensão de Alves-Mazzotti e Gewandszajder (1998), os estudos qualitativos revelam-se através de três características essenciais: visão holística (a compreensão do significado de um comportamento ou evento só é possível em função da compreensão das inter-relações que emergem de um dado contexto); abordagem indutiva (aquela em que o pesquisador parte de observações mais livres, deixando que dimensões e categorias de interesse aflorem durante os processos de coleta e análise de dados) e investigação naturalística (aquela em que a investigação do pesquisador no contexto observado é reduzida ao mínimo).

Devido a essas características, o pesquisador é considerado o principal instrumento de investigação e necessita de contato direto (e por vezes prolongado) com o campo, para poder captar os significados dos comportamentos observados.

A predominância nos dados qualitativos de descrições detalhadas de situações, eventos, pessoas, interações e comportamentos observados; citações literais do que as pessoas falam sobre suas experiências, atitudes, crenças e pensamentos; trechos ou íntegras de documentos, correspondências ou relatórios de caso, nos dados qualitativos, também decorrem dessas três características (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998).

Poucas são as pesquisas qualitativas que se originam no plano teórico porque se propõem a preencher lacunas no conhecimento. Essas pesquisas são, freqüentemente, definidas como descritivas ou exploratórias, buscando a compreensão de uma realidade específica, cujos significados são vinculados a um dado contexto. Isso não as eximem de contribuir para a produção de conhecimento, sendo essencial que o pesquisador proponha questões significativas e ainda não investigadas sobre o tema pesquisado (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998).

Esta pesquisa, como a maioria das que utilizam referencial qualitativo, originou-se no plano empírico, propondo-se a preencher lacunas no conhecimento relativo à saúde e aos Programas de Qualidade de vida da PMJ. Para fazer isto, buscou a compreensão da realidade através da análise descritiva da experiência desenvolvida nos programas de prevenção da Divisão de Saúde do Ambulatório dos Servidores Públicos.

O método: o estudo de caso

É o estudo de um caso, mesmo que seja simples e específico. Ele se destaca por se constituir numa unidade dentro de um sistema mais amplo, devendo ser bem delimitado. A preocupação central, ao se desenvolver um estudo de caso, é a compreensão do fato de que o objeto estudado será tratado como único, fornecendo uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada, mesmo que posteriormente algumas semelhanças com outros casos ou situações sejam evidenciadas (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

O estudo de caso, para ser considerado qualitativo ou “naturalístico”, deve se desenvolver numa situação natural, com riqueza de dados descritivos, com um plano aberto e flexível, que focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada. Tendo princípios associados: visam à descoberta, enfatizam a “interpretação em contexto”, buscam retratar a realidade de forma completa, usam uma variedade de fontes de informação.

Nisbet e Watt (1978), citados por Lüdke e André (1986), postulam que o estudo de caso se desenvolve em três fases, sendo uma primeira aberta ou exploratória, a segunda mais sistemática em termos de coleta de dados e a terceira consistindo na análise e interpretação sistemática dos dados e na elaboração do relatório, que se superpõem em diversos momentos da pesquisa, sendo difícil precisar as linhas que as separam. A fase exploratória é uma fase onde algumas questões podem surgir, fruto de um contato com a documentação existente, com pessoas ligadas aos fenômenos estudados, de observações,

de depoimentos de especialistas sobre o problema ou da própria vivência/experiência pessoal do pesquisador.

Essa visão de abertura para a realidade, tentando captá-la como é realmente, e não como se gostaria que ela fosse, deve perdurar no decorrer de toda a pesquisa, sendo própria do estudo de caso, cuja finalidade é retratar uma unidade em ação. Esta fase se coloca como fundamental para uma definição mais precisa do objeto de estudo. Nela são especificadas as questões ou pontos críticos, e estabelecerem-se os contatos iniciais para entrada em campo, a fim de localizar os informantes e as fontes de dados necessárias para o estudo.

Após a identificação dos elementos-chave e dos contornos aproximados do problema, o pesquisador passa para a fase seguinte, a delimitação do estudo, na qual faz a escolha do local, dos sujeitos e limita a abrangência da pesquisa.

A terceira fase é a da coleta, registro e análise dos dados, assim como da elaboração do relatório, na qual os dados (informações), que desde a fase exploratória do estudo vinham sendo reunidos, analisados e tornados disponíveis. O processo não é linear, as fases se interpolam em vários momentos, num movimento constante no confronto da teoria com o empirismo.

3.1.3 Técnicas de coleta de dados

A entrevista

A entrevista possui natureza interativa, na qual em geral, se estabelece uma relação hierárquica entre o pesquisador e o pesquisado, e há uma atmosfera recíproca entre quem pergunta e quem responde (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Geralmente, as entrevistas qualitativas são muito pouco estruturadas, assemelhando-se a uma conversa, principalmente as entrevistas não estruturadas. Nessas entrevistas o autor introduz o tema da pesquisa, pedindo que o sujeito fale um pouco sobre ele, só interferindo para introduzir tópicos que favoreçam o fluxo da conversa (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998), propiciando que a experiência seja narrada pelos seus atores sociais.

Para Bruner (1996, p. 119):

O formato narrativo é uma das primeiras e mais naturais formas pela qual organizamos nossa experiência e nosso conhecimento. Uma narrativa envolve uma seqüência de eventos. [...] Uma história, portanto, tem dois lados: uma seqüência de eventos e uma avaliação implícita dos eventos contados. [...] Os eventos ao serem

recontados, assumem significados no contexto da história como um todo. Mas a história como um todo é algo que é construído a partir de suas partes. [...] Você não pode explicar uma história; tudo o que você pode fazer é dar a ela várias interpretações.

Desta forma, a narrativa como um modo de pensamento, como uma estrutura para a organização do conhecimento (BRUNER, 1996), permite descrever a realidade que foi construída socialmente (PETER; LUCKMANN, 2003).

A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos. As duas grandes formas de registros de entrevistas são a gravação direta e as anotações durante a entrevista (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

A gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado. Por outro lado, tem como dificuldade importante a sua transcrição para o papel, que é uma operação trabalhosa, consumindo muitas horas e produzindo um resultado ainda bastante bruto, sendo difícil à distinção das informações menos importantes daquelas realmente centrais.

É muito importante que o entrevistado esteja bem informado sobre os objetivos da entrevista e de que as informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa, respeitando-se sempre o sigilo em relação aos informantes.

Para nortear a conduta ética adotada, esta pesquisa fundamentou-se na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que tem força de lei. Em seu Capítulo I (Preâmbulo), esta Resolução esclarece que:

[...] incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quadros referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (2001, p.1).

A pesquisadora apoiou-se também no entendimento de Silva quanto à interpretação da referida Resolução.

[...] a pesquisa deve ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a

incertezas, prevalecendo nela sempre às probabilidades dos benefícios esperados sobre risco previsíveis: obedecer à metodologia adequada; prever procedimentos que assegurem a confiabilidade, privacidade e proteção da imagem a ser desenvolvida em indivíduos com autonomia plena; respeitar sempre valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes; assegurar aos sujeitos os benefícios resultantes do projeto, seja sob a forma de retorno social ou de acesso aos procedimentos, produtos ou agentes; assegurar a inexistência de conflito de interesses entre pesquisador e sujeitos; esclarecer os sujeitos sobre a pesquisa, para que esta se processe em linguagem acessível e que inclua a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e a liberdade de o sujeito recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase, e a garantia de sigilo que assegure privacidade quanto aos dados confidenciais (SILVA, 2000, p.25).

Análise documental

A análise documental, embora pouco explorada por algumas áreas, pode ser uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvendando aspectos novos de um tema ou problema. São considerados documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano (leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, jornais, revistas, discursos etc.). Esta análise busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

3.2 Universo e Amostra

O universo desta pesquisa abrange todos os atendimentos realizados no Ambulatório do Servidor Público da PMJ no ano de 2009. Os dados estudados abrangem estatísticas realizadas entre 2004 e 2007 (estudo da Implantação dos Programas de Qualidade de vida e seus resultados) Esta amostra corresponde aqueles servidores que utilizaram os serviços do Ambulatório para solucionar uma “doença” e aqueles que buscaram os Programas de Qualidade de vida oferecidos pela Prefeitura.

3.3 Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada pelas técnicas de entrevistas, análises documentais e análise das planilhas de atendimentos de todos os profissionais do Ambulatório e participantes dos Programas de Qualidade de vida.

3.4 Tratamento dos Dados

A análise envolve o cruzamento de todas as informações colhidas de forma qualitativa e quantitativa, estas últimas baseadas nos dados estatísticos.

4.0 ABORDAGEM SOBRE OS PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE

Os programas de qualidade de vida implantados na Prefeitura Municipal de Joinville estão abaixo relacionados, divididos em três grandes áreas – Programas de Prevenção, Programas Assistenciais e Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional, definindo para cada um desses programas o seu significado e plano de ação.

4.1 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

4.1.1 Programa Vacinação

Realizar levantamento de acordo com as atividades de risco ocupacional a agentes biológicos, bem como monitorar programa de vacinação anual preventiva de Hepatite B, TB e Pneumo 23.

4.1.2 Controle de Acuidade Visual

Realizar exames periódicos e monitorar programa de exame de acuidade visual.

4.1.3 Acompanhamento do Servidor em Licença para Tratamento de Saúde

Acompanhar o servidor em seu contexto bio-psico-social, com visitas domiciliares e hospitalares. Realizar atendimento individual quando indicado, bem como avaliar e encaminhar servidor para atendimento no Programa Conviver.

4.1.4 Programa de Saúde Vocal: capacitação, prevenção e proteção.

Orientar e habilitar os professores quanto à importância dos princípios da saúde vocal com avaliações e diagnósticos precoces da voz dos professores. Análise preceptiva auditiva e acústica computadorizada da voz (voxmetria).

Avaliação no local de trabalho e identificação de indícios ambientais e/ou construtivos e de propensão de quaisquer alterações que repercutem no uso profissional da voz.

Implantar uso de aparelho de amplificação da voz em professores.

4.1.5 Programa de Prevenção de Perdas Auditivas – PPPA: avaliação da audição, proteção e treinamento.

Estabelecer diretrizes e parâmetros mínimos para avaliação e acompanhamento de audição do servidor através de implantação de perdas auditivas.

Avaliação da audição em servidores expostos ao nível de pressão sonora elevada (NR 15) através da realização de exames audiométricos (NR 7).

Gerenciamento audiológico: anamnese clínico ocupacional e acompanhamento da audição através de exames audiológicos de referencia e sequenciais ao longo do tempo de exposição ao risco.

Identificar os servidores que necessitem de encaminhamento ORL, bem como controlar o risco e indicar o EPI.

Orientar e habilitar os servidores quanto aos efeitos nocivos do ruído e de outros agentes, executando treinamentos e implantando programas educacionais de conscientização e sensibilização para o uso de EPA.

4.1.6 Programa de Reabilitação Profissional

Reinserção do servidor em função compatível com seu potencial laborativo residual.

Estabelecimento de condutas a serem adotadas quando houver identificação e reconhecimento da existência de agravos à saúde dos servidores.

Elaboração de indicadores, coleta e consolidação de dados servidores remanejados e/ou readaptados.

Elaboração de relatório anual de numero de servidores em processo de remanejamento e/ou readaptação, bem como implantar um banco de vagas em rede entre Núcleos de Gestão de Pessoas e PRP, implantando programa de informática para cadastrar servidores e/ou vagas disponíveis.

4.1.7 Programa de Controle de Tabagismo

Elaborar indicadores do numero de servidores tabagistas, como também viabilizar aos servidores participação em palestras de prevenção e sensibilização ao tabagismo;

Executar anamnese e encaminhar o servidor a Grupo de Apoio ao tabagista, bem como para avaliação clinica.

4.1.8 Programa de Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial

Elaborar indicadores e implantar palestras de conscientização na Semana Mundial do Coração.

Montar grupos de intervenção educacional e terapêutico na Semana Mundial do Coração e encaminhar servidores que apresentarem dislipidimia e hipertensão a especialistas.

4.1.9 Programa Prática Alimentares Saudáveis

Promover palestras anuais de orientação visando modificar e/ou melhorar hábitos alimentares para uma melhor qualidade de vida.

4.2 PROGRAMAS ASSISTENCIAIS

4.2.1 Programa Psicoterapêutico

Levar o servidor ao processo de auto-conhecimento, e melhor relacionamento com o meio em que está inserido.

4.2.2 Grupo Conviver

Conscientizar o servidor em Licença para Tratamento de Saúde e Reabilitação Profissional, quanto a sua importância e responsabilidade no processo de tratamento e promoção de saúde.

4.2.3 Programa Grupos de Arteterapia

Promover espaço de autopercepção através da arte expressando sentimentos, pensamentos e oportunizando novas descobertas e transformações em si mesmo trazendo soluções criativas para desenvolvimento pessoal e para as situações cotidianas.

4.3 PROGRAMAS DE GESTÃO DE SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL

4.3.1 Ergonomia

Estabelecer critérios para avaliação nos aspectos de segurança/saúde de projetos novas instalações, modificação de processos, aquisição de novos equipamentos e alteração do arranjo físico.

4.3.2 Trabalho em Altura

Padronizar ações de segurança para prevenir acidentes e quedas em serviços considerados de risco.

5.0 ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Atendimentos Realizados em 2009

ATENDIMENTOS REALIZADOS EM 2009				
Área Mês	Psicologia	Assistência Social	Nutrição	Fonoaudiologia
Jan	90	45	63	49
Fev	64	64	52	48
Mar	110	68	61	54
Abr	90	38	55	56
Maio	123	36	79	128
Jun	96	75	73	37
Jul	83	134	62	0
Ago	152	135	41	0
Set	167	32	52	38
Out	255	80	65	126
Nov	206	43	65	66
Dez	262	28	41	0
TOTAL	1698	778	709	602

(Fig. 1)

Observando a Tabela de Atendimentos Realizados no ano de 2009, pelas áreas da psicologia, assistência social, nutrição e fonoaudiologia, constatamos que os servidores públicos municipais de Joinville começam a adoecer, com mais frequência, a partir do mês de maio.

As primeiras dificuldades, assim como a procura ambulatorial, ocorre na área da nutrição e, principalmente para professores, na área da fonoaudiologia. Já no mês de julho começam a surgir, com maior frequência, os atendimentos da assistência social. Por fim, de setembro em diante a procura passa a ser pelo atendimento psicológico.

Analisando estes dados conseguimos entender como funciona a manifestação das doenças trabalhistas nos servidores públicos municipais.

O esforço no uso da voz para os professores, que são a maioria do atendimento fonoaudiológico ambulatorial, manifestados no aumento dos atendimentos desta especialidade. As dificuldades nutricionais ocorrem paralelamente, justificando a procura por esta área no mês de maio.

A partir do mês de Julho surgem as dificuldades financeiras, licenças para tratamento de saúde e afastamentos por doenças de familiares, onde a assistência social, necessariamente, se faz presente.

As manifestações emocionais aumentam de setembro em diante, onde o estresse, a depressão e a ansiedade surgem, levando os servidores a buscar os serviços da psicologia.

5.2 Índice de Absenteísmo por Secretaria

Dentro do Índice de Absenteísmo por Secretaria (Tabela 2) o maior número de atestados/afastamentos ocorre na Secretaria de Educação, sendo os professores os servidores mais atingidos. Em seguida, destacam-se os servidores da Secretaria da Saúde, notadamente os atendentes, médicos e enfermeiros. A Secretaria de Infra-Estrutura ocupa o terceiro lugar no índice de absenteísmo, sendo os profissionais mais atingidos aqueles relacionados aos serviços braçais, sejam trabalhando na construção de calçadas, vias públicas, sistema sanitário ou outra atividade equivalente.

Já o Índice Mensal de Absenteísmo (Gráfico 1) mostra que os meses de setembro e novembro são os que apresentam números maiores de atestados. Da mesma forma, é perceptível que este aumento é gradativo, sendo menor no início do ano.

Na Câmara de Vereadores (Gráfico 2) os afastamentos ocorrem principalmente nos meses de julho e março.

Em todas as situações retratadas observamos que desde a implantação dos Programas de Qualidade de Vida a saúde do servidor público municipal se manteve equilibrada. Mesmo com o aumento do número de servidores, todos os índices de absenteísmo diminuíram (Gráfico 3), assim como, os atestados até 30 dias, licenças para tratamento de saúde (perícias), licenças maternidade e faltas injustificadas também apresentaram sensível decréscimo dos números (Gráfico 4).

A Incidência no Índice de Absenteísmo (Gráfico 5) é nítida e deixa claro que os programas de qualidade de vida implantados contribuíram para a real qualidade de vida dos servidores públicos municipais da Prefeitura de Joinville.

MESES	Atend.Psicológico						Atend.Social						Atend.Nutricionista					
	Consultas			Retornos			Consultas			Retornos			Consultas			Retornos		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
JAN	2	18	20	9	61	70	0	0	0	19	26	45	1	17	18	7	38	45
FEV	5	25	30	5	29	34	6	47	53	20	44	64	7	0	7	8	37	45
ACUM	7	43	50	14	90	104	6	47	53	39	70	109	8	17	25	15	75	90
MAR	6	43	49	14	47	61	4	30	34	21	47	68	5	7	12	7	42	49
ACUM	13	86	99	28	137	165	10	77	87	60	117	177	13	24	37	22	117	139
ABR	2	25	27	7	56	63	4	14	18	6	32	38	4	16	20	7	28	35
ACUM	15	111	126	35	193	228	14	91	105	66	149	215	17	40	57	29	145	174
MAI	6	29	35	2	86	88	3	13	16	5	31	36	5	28	33	4	42	46
ACUM	21	140	161	37	279	316	17	104	121	71	180	251	22	68	90	33	187	220
JUN	4	14	18	14	64	78	12	30	42	21	54	75	5	11	16	9	48	57
ACUM	25	154	179	51	343	394	29	134	163	92	234	326	27	79	106	42	235	277
JUL	25	40	65	5	13	18	10	30	40	27	107	134	2	21	23	5	34	39
ACUM	50	194	244	56	356	412	39	164	203	119	341	460	29	100	129	47	269	316
AGO	1	34	35	10	107	117	20	31	51	19	116	135	2	9	11	6	24	30
ACUM	51	228	279	66	463	529	59	195	254	138	457	595	31	109	140	53	293	346
SET	15	20	35	3	129	132	39	78	117	12	20	32	6	15	21	3	28	31
ACUM	66	248	314	69	592	661	98	273	371	150	477	627	37	124	161	56	321	377
OUT	7	48	55	22	178	200	10	56	66	14	66	80	5	20	25	7	33	40
ACUM	73	296	369	91	770	861	108	329	437	164	543	707	42	144	186	63	354	417
NOV	1	19	20	18	168	186	5	15	20	9	34	43	5	17	22	6	37	43
ACUM	74	315	389	109	938	1047	113	344	457	173	577	750	47	161	208	69	391	460
DEZ	9	64	73	16	173	189	4	16	20	5	23	28	3	11	14	3	24	27
ACUM	83	379	462	125	1111	1236	117	360	477	178	600	778	50	172	222	72	415	487

Tabela 1 - Atendimentos por área: psicologia, assistência social e nutrição.

Atend.Readaptação							Aten. Fonoaudióloga			
Consultas			Retornos			Contato c/ chefias	Visitas/outr	Atendimentos	Capacitação	Audiometria
M	F	Total	M	F	Total					
								0	0	0
								49	0	0
								49	0	0
								48	0	16
								97	0	16
8	15	23	3	5	8	20	0	54	10	17
8	15	23	3	5	8	20	0	151	10	33
9	27	36	4	8	12	30	7	56	0	31
17	42	59	7	13	20	50	7	207	10	64
10	35	45	0	0	0	40	13	128	0	22
27	77	104	7	13	20	90	20	335	10	86
11	24	35	14	29	43	42	7	37	0	18
38	101	139	21	42	63	132	27	372	10	104
9	29	38	6	31	37	28	7	0	0	0
47	130	177	27	73	100	160	34	372	10	104
2	18	20	4	21	25	32	8	0	0	0
49	148	197	31	94	125	192	42	372	10	104
8	20	28	6	23	29	24	13	38	0	17
57	168	225	37	117	154	216	55	410	10	121
0	10	10	9	24	33	6	13	126	0	28
57	178	235	46	141	187	222	68	536	10	149
2	32	34	4	8	12	15	36	66	0	30
59	210	269	50	149	199	237	104	602	10	179

Tabela 1 - Atendimentos por área: readaptação e fonoaudiologia

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
REGIONAIS	Atestados	Atestados	Atestados	Atestados	Atestados	Atestados
S. REG. COMASA	72,0	8,0	4,5	3,0	8,0	1,0
S. REG. CENTRAL	13,0	0,0	0,0	1,0	12,0	1,0
S.R JARDIM PARAÍSO	19,0	0,0	1,0	0,0	0,0	10,0
S. R. AVENTUREIRO	4,0	0,0	4,0	12,0	4,0	5,0
S. R. BOA VISTA	7,0	17,0	3,0	2,0	47,5	68,0
S. R. BOEHMERWALD	5,0	4,0	6,0	10,0	7,0	3,0
S. R. COSTA E SILVA	51,0	6,0	71,5	12,0	37,0	31,0
S. R. IRIRIU	40,0	37,0	42,5	9,0	17,0	37,0
S. R. ITAUM	20,0	18,0	6,0	7,0	40,0	41,0
S. R. NOVA BRASÍLIA	37,0	10,0	14,0	19,0	11,0	14,0
S. R. PARANAGUAMIRIM	1,0	6,0	13,0	9,0	8,0	29,0
S.R.FÁTIMA	6,0	1,0	5,0	3,0	8,0	2,0
S. R. VILA NOVA	46,0	8,5	8,0	27,5	41,0	15,0
FUNDAÇÕES						
F.M.25 JULHO	3,0	9,0	23,0	2,0	8,0	17,0
F.M.ESPORTES	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
FUND. CULTURAL	146,0	13,0	15,0	27,0	12,0	72,0
FUNDAMAS	25,0	49,0	36,5	57,0	25,0	26,5
FUNDEMA	31,0	7,0	37,0	32,5	53,5	18,0
I.P.P.U.J	52,0	3,0	11,0	24,0	7,0	21,0
PROMOTUR	4,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SECRETARIAS/ GABINETE						
PROC.GER. MUNIC.	2,0	5,0	2,0	3,0	2,0	4,0
S. DISTR. PIRABEIRABA	28,0	34,0	24,0	30,0	2,0	3,0
SAGP	198,5	64,0	41,0	23,0	84,5	70,0
GAB. PREFEITO	0,0	0,0	1,0	9,0	4,0	20,0
GAB. VICE PREFEITO	4,0	3,0	0,0	3,0	0,0	2,0
SECRET. B. ESTAR SOCIAL	183,0	97,0	181,5	111,0	136,5	177,5
SECRET. EDUCAÇÃO	871,5	2908,5	2289,5	1891,5	2747,0	2918,0
SECRET. FAZENDA	123,0	27,0	77,0	18,0	36,0	32,0
SECRET. HABITAÇÃO	23,0	3,0	4,0	44,0	16,0	10,0
SECRET. INFR. ESTRUTURA	329,0	291,0	203,0	159,5	200,0	147,0
S.INTEGR. DES.ECONÔMICO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
S.PLAN.ORÇAMENTO GESTÃO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SECRET. SAÚDE	2835,5	951,5	1257,0	1029,0	1016,5	1103,0
OUTROS ORGÃOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CÂMARA VEREADORES	20,0	25,0	38,0	2,0	18,0	0,0
IPREVILLE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL GERAL	5199,5	4610,5	4419,0	3580,0	4608,5	4898,0

Tabela 2 – Índice de Absenteísmo por secretaria – Dias de atestados médicos

Janeiro a junho/2009

ULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
Atestados	Atestados	Atestados	Atestados	Atestados	Atestados	ANUAL
2,0	7,0	40,0	68,0	8,0	8,0	229,5
3,0	9,0	18,0	12,0	3,0	1,0	73,0
9,0	1,5	0,0	17,0	3,0	0,5	61,0
17,0	33,0	18,5	28,0	26,0	15,0	166,5
19,0	6,0	42,5	37,5	37,0	5,0	291,5
4,0	53,0	18,0	44,0	6,0	33,0	193,0
36,5	33,0	5,5	44,0	21,5	10,0	359,0
17,0	15,5	22,5	35,5	7,0	9,0	289,0
25,0	30,0	117,0	52,0	12,0	21,0	389,0
4,0	5,0	30,0	16,0	13,0	12,0	185,0
17,0	46,0	73,0	51,0	44,5	1,0	298,5
3,0	2,0	8,0	1,0	3,0	4,0	46,0
13,0	26,0	2,0	1,0	14,0	8,0	210,0
74,0	91,0	113,0	73,0	53,0	9,0	475,0
0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	15,0	17,0
92,0	82,0	99,0	33,0	3,0	21,5	615,5
11,0	24,0	50,0	48,0	38,0	27,0	417,0
13,0	30,0	13,0	43,0	32,0	21,0	331,0
18,0	11,0	19,0	12,0	5,0	18,0	201,0
0,0	0,0	0,0	2,0	16,0	0,0	27,0
2,0	4,0	13,0	0,0	7,0	0,0	44,0
4,0	9,0	24,0	2,0	38,0	15,0	213,0
215,0	165,0	135,0	119,5	119,0	205,0	1439,5
35,0	43,0	65,0	5,0	15,0	15,0	212,0
0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,0
121,0	193,0	147,0	212,0	158,5	64,0	1782,0
2517,5	3918,0	3399,5	3738,0	3517,5	1115,0	31831,5
139,0	184,5	248,0	161,0	184,0	72,0	1301,5
1,0	24,0	20,0	15,0	13,0	4,0	177,0
322,0	356,0	129,5	241,0	131,0	83,0	2592,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1714,5	1686,0	1648,0	1650,5	1235,5	689,0	16816,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
46,0	35,0	3,0	10,0	0,0	0,0	197,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5494,5	7123,5	6523,0	6772,0	5763,5	2501,0	61493,0

Tabela 2 – Índice de Absenteísmo por secretaria – Dias de atestados médicos

Julho a dezembro/2009

Índice Mensal - Absenteísmo - Ano 2009(Regionais, Secretarias e Fundações)
Atestados até 30 dias.

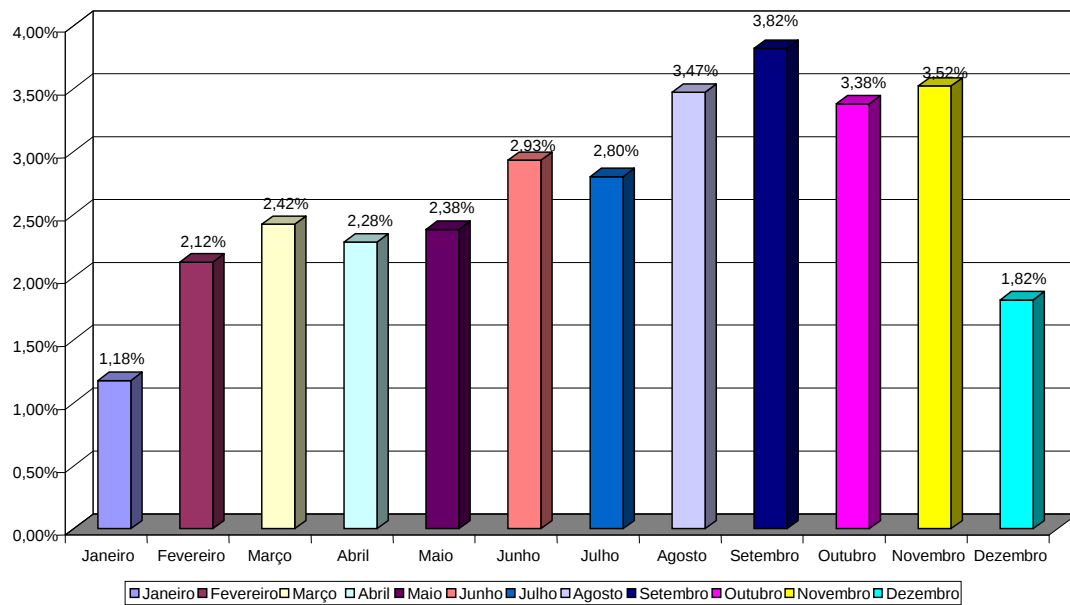


Gráfico 1

Índice Mensal - Absenteísmo - Ano 2009 (Câmara de Vereadores).
Atestados até 30 dias.

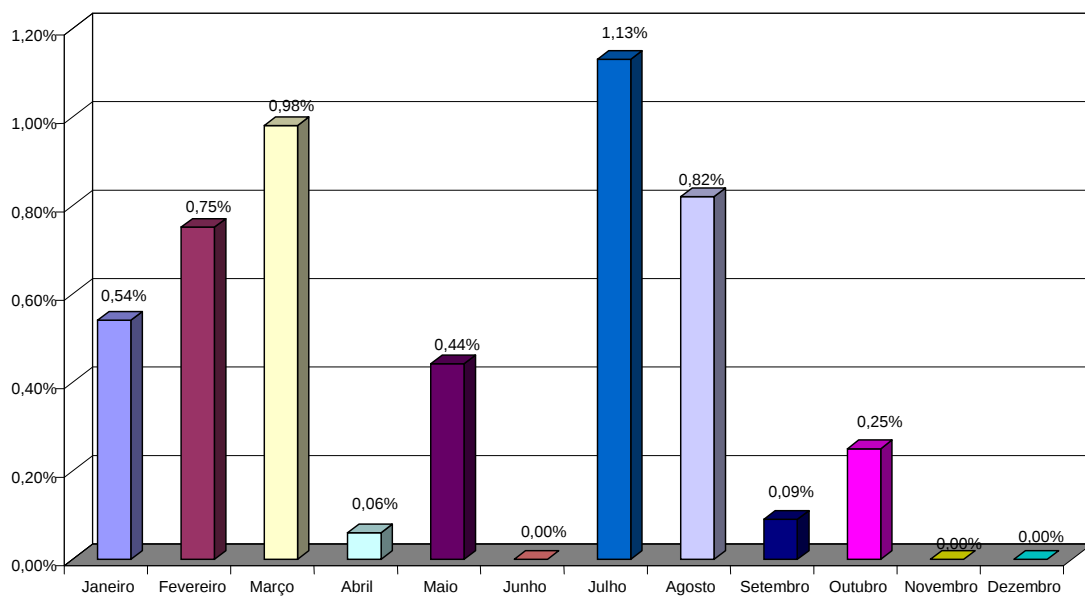


Gráfico 2

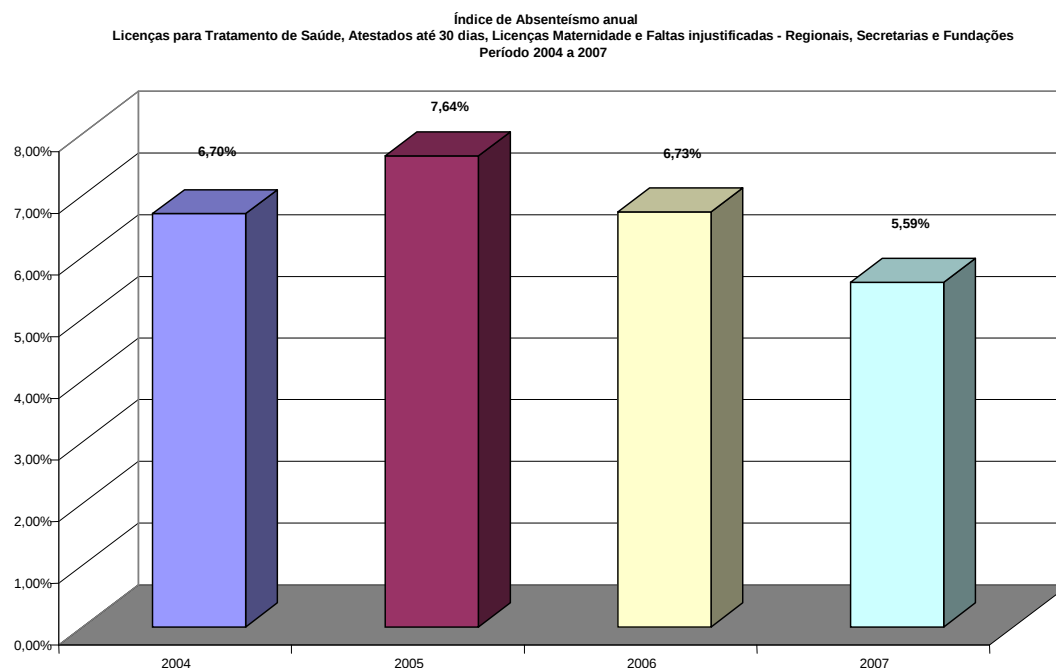


Gráfico 3

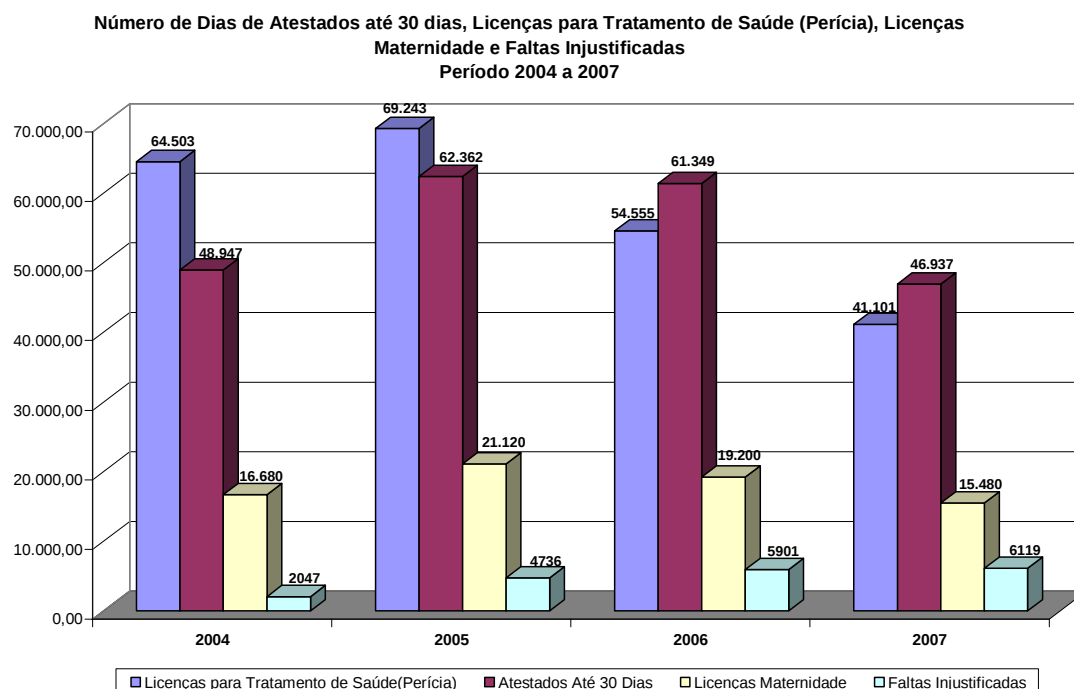


Gráfico 4

Incidência no Índice de Absenteísmo
Licenças para Tratamento de Saúde, Atestados até 30 dias, Licenças Maternidade e
Faltas Injustificadas - Período 2004 a 2007

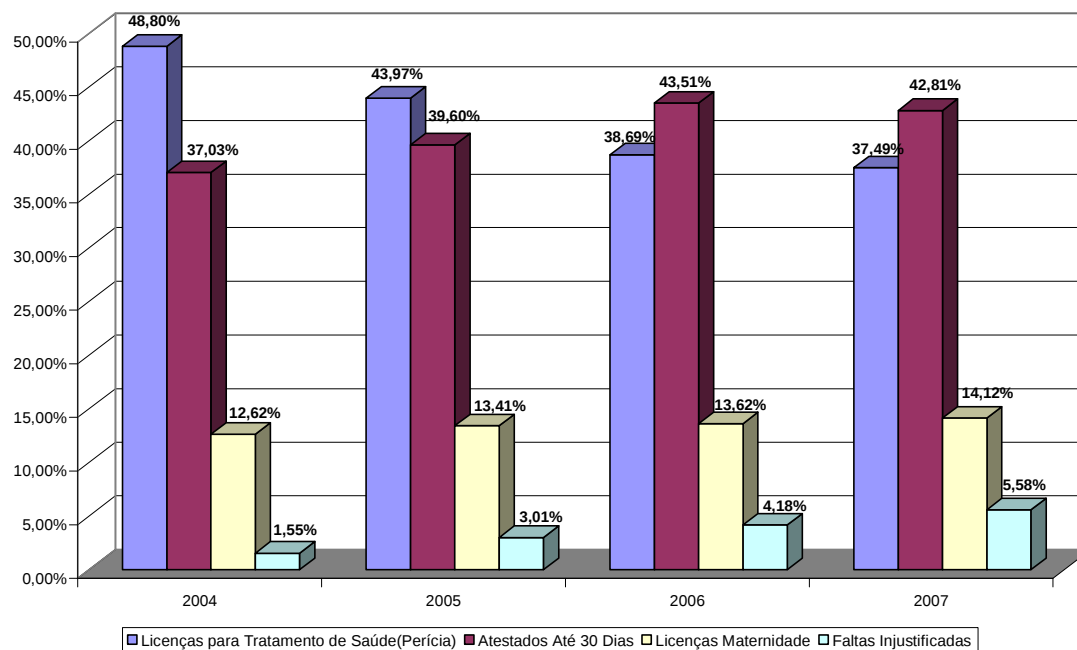


Gráfico 5

6.0 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES / PLANOS DE AÇÃO

6.1 Conclusões

Existem evidências científicas abundantes que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma forma, é sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde.

É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

É no movimento dos municípios saudáveis que tais estratégias se concretizam, através de seus próprios fundamentos e práticas, que estão estreitamente relacionados com as inovações na gestão pública.

No debate sobre promoção da saúde e qualidade de vida, um especial destaque deve ser dado ao tema das políticas públicas saudáveis, da governabilidade, da gestão social integrada, das estratégias dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local. No nosso entendimento, estes são mecanismos operacionais concretos para a implementação da estratégia da promoção da saúde e da qualidade de vida, com ênfase particular no contexto do nível local.

A idéia moderna de políticas públicas saudáveis envolve um duplo compromisso: o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor da administração a critério de governo, e o compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença.

A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença.

A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade.

A essência das políticas públicas saudáveis serve para proporcionar saúde, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vivida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas.

Não há receitas prontas, a mudança da legislação e a introdução de inovações nos Programas de Saúde podem ocasionar, um extraordinário impulso à qualidade de vida.

A defesa da saúde e da promoção da saúde junto a políticos e movimentos sociais pode conduzir à adoção mais rápida, e em maior profundidade, das estratégias aqui apontadas.

6.2 Recomendações

No presente trabalho a autora faz uma revisão do desenvolvimento da promoção da saúde centrando sua análise justamente nas estratégias promocionais acima apontadas, que seriam aquelas que, a partir de proposições do setor saúde, apresentam-se como mais promissoras para o incremento da qualidade de vida.

As recomendações seguem destacadas em dois objetivos iniciais e, a partir destes, são enumeradas as ações, os programas e todos os demais procedimentos necessários.

6.2.1 Primeiro Objetivo: reduzir em 60% os afastamentos para tratamento de saúde até 2012

Ação 1 – Desenvolver a transdisciplinariedade no desenvolvimento das ações

PROGRAMA 1	
Grupo de Interação Interdisciplinar	
Por quê?	Para contribuir com a qualidade da saúde do servidor, viabilizar a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento ao servidor, garantindo uma abordagem globalizada.
Onde?	USS/ Sala de Reuniões
Quem?	USS / Equipe: Interdisciplinar
Quando?	Reinício: Março de 2010

PROGRAMA 2	
Programa de acompanhamento do Servidor em Licença para Tratamento	
Por que?	Acompanhar o servidor em seu contexto bio-psico-social, com abordagem interdisciplinar
Onde?	USS/Consultórios/Domicílios/ Hospitais
Quem?	U.S.. / Equipe: Interdisciplinar
Quando?	Reinício: Abril de 2010

Ação 2 – Ampliar e melhorar os canais de comunicação internos da USS

PROGRAMA	
Divulgação de temas significativos e de interesse geral, em saúde mental, através do Infoservi.	
Por quê?	Para contribuir para a qualidade da saúde do servidor, prevenindo doenças e promovendo a saúde mental.
Onde?	Infoservi
Quem?	USS/psicólogos
Quando?	Todos os meses

Ação 3 – Padronização dos procedimentos nos exames admissionais, periódicos e probatórios.

PROGRAMA	
Exames periódicos parte integrante do PCMSO - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional.	
Por quê?	Para padronizar o atendimento e registro dos dados, facilitando o monitoramento do estado de saúde dos servidores, monitorando o estado de saúde dos servidores e fazendo encaminhamentos para outros programas conforme necessidades.
Onde?	Secretarias diversas
Quem?	SGP/USS/Medicina do Trabalho
Quando?	Em andamento

Ação 4 – Reajustar e efetivar o Programa de Reabilitação Profissional

Programa 1

Criar legislação municipal do Programa de Reabilitação Profissional	
Por quê?	Aumentar a credibilidade do PRP; Facilitar os Trâmites administrativos; Oportunizar capacitação em nova função; Incluir na quota de pessoas portadoras de deficiência da empresa.
Onde?	SGP/USS/Procuradoria Geral
Quem?	SGP/ Área de Perícia Médica e Medicina do Trabalho e Procuradoria Geral/Legislativo
Quando?	Setembro/ 2008 Aprovada Normativa. Este Programa foi incluído no novo Estatuto. Início do novo Estatuto outubro de 2008
Programa 2	
Identificar os servidores que necessitam de capacitação já encaminhados para readaptação através de Visita no local de Trabalho	
Por que?	Melhorar o desempenho profissional na nova função
Onde?	Locais de Trabalho onde existem servidores readaptados
Quem?	USS/Terapeuta Ocupacional
Quando?	Os trabalhos já estão sendo executados e serão oficializados a partir de outubro de 2008
Programa 3	
Informatizar o Banco de Vagas em rede entre Núcleos de Gestão de Pessoas e PRP, criando um programa de informática para cadastrar os servidores e/ou vagas disponíveis.	
Por que?	Facilitar o processo de remanejamento; Descentralização de informações.
Onde?	Secretarias, fundações e autarquia
Quem?	USS/ Núcleos de Gestão de Pessoas e Informática
Quando?	A partir da implantação de um programa de informática

Ação 5 – Promover a melhoria das condições gerais de trabalho

PROGRAMA 1	
PPRA - Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais	
Por quê?	Preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores; Controle todos os agentes ambientais;

	Integração com o PCMSO - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional, PRP - Programa de Reabilitação Profissional e outros;
Onde?	PMJ, principalmente nas secretarias onde já se tem conhecimento da existência de riscos físicos químicos e biológicos, iniciando pela Seinfra - Unidade de Obras.
Quem?	SGP/USS/Área de Medicina e Segurança do Trabalho
Quando?	Em andamento
PROGRAMA 2	
PPPA - Programa de Prevenção de Perdas Auditivas	
Por quê?	Visa à avaliação, gerenciamento e controle dos riscos, gerenciamento audiométrico, proteção auditiva, treinamento e programas educacionais e auditoria do programa. e outros.
Onde?	Secretarias Regionais, Seinfra e outras onde os servidores estejam sujeitos a ruído onde já se tem conhecimento da existência de riscos físicos químicos e biológicos, iniciando pela Seinfra - Unidade de Obras.
Quem?	SS/CEREST/USS/Área de Medicina e Segurança do Trabalho
Quando?	Início setembro de 2008 - O trabalho está fluindo normalmente
PROGRAMA 3	
Programa de Saúde Vocal – Prevenção e proteção	
Por quê?	Identificar indícios, ambientais, construtivos ou propensão de quaisquer alterações que repercutem na voz
Onde?	Escolas e CEIs da rede municipal de Ensino
Quem?	USS/Equipe multidisciplinar
Quando?	A partir da análise do perfil vocal dos professores. Contínuo. O trabalho está em 2ª fase.
PROGRAMA 4	
Avaliação e diagnóstico precoce	
Por quê?	Análise perceptiva auditiva e acústica da voz
Onde?	USS/ clínica ORL
Quem?	USS/ Fonoaudióloga e otorrinolaringologista
Quando?	A partir da análise do perfil vocal dos professores e encaminhamento ao especialista.

PROGRAMA 5	
SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho	
Por quê?	Difundir informações relativas a Segurança do Trabalho e Qualidade de vida
Onde?	Prioritariamente Secretarias Regionais e Seinfra
Quem?	CIPA/SAGP/USS/UDS
Quando?	Anualmente
PROGRAMA 6	
Participação da Eng^a de Segurança do Trabalho/ergonomista no projeto do novo Posto de Abastecimento de Veículos	
Por quê?	Para mediar como o IPPUJ a participação dos usuários (frentistas, chefia e pessoal administrativo) na participação do projeto.
Onde?	IPPUJ e Área de Manutenção de Veículos e Equipamentos
Quem?	USS/IPPUJ/ solicitante do projeto
Quando?	1º semestre de 2008 Em andamento

6.2.2 Segundo Objetivo: aumentar em 50% o número de Servidores com estilo de vida mais saudável até 2015.

Ação 6 – Proporcionar aos servidores oportunidades de auto-avaliação do seu estilo de vida.

PROGRAMA 1	
Grupos de Arteterapia	
Por quê?	Promover um espaço de autopercepção através da arte, expressando sentimentos, pensamentos e oportunizando novas descobertas e transformações em si mesmo, trazendo soluções criativas para o desenvolvimento pessoal e para as situações cotidianas.
Onde?	USS
Quem?	USS/Terapeuta Ocupacional
Quando?	A partir de outubro/2008
PROGRAMA 2	
Semana de Integração com o Servidor	
Por quê?	Esclarecer, orientar e trabalhar em grupo com o objetivo de prevenir situações ocupacionais e ou/pessoais relacionados à saúde dos

	servidores.
Onde?	Secretarias regionais
Quem?	SAGP/ USS com apoio da U.D.S e Fundação Municipal de Esportes.
Quando?	Início Agosto/2008 - Contínuo
PROGRAMA 3	
Palestras de orientação visando práticas alimentares saudáveis	
Por quê?	Modificar e / ou melhorar hábitos alimentares visando uma melhor qualidade de vida
Onde?	Escolas e CEI's
Quem?	USS/Nutricionista
Quando?	Outubro de 2008.
PROGRAMA 4	
Programa de prevenção às doenças psíquicas e mentais e Avaliação ou Exame Psicológico Pericial para Diagnóstico e Conduta	
Por quê?	Manter controle e conscientização da responsabilidade do servidor para com sua saúde mental e esclarecer ao perito as condições mentais e psíquicas.
Onde?	USS /SGP
Quem?	USS/psicólogos
Quando?	Contínuo. Dentro do contexto do Programa de Qualidade de Vida.
PROGRAMA 5	
Grupo Psicoterapêutico	
Por quê?	Levar o servidor ao processo de auto conhecimento a fim de aprender a se relacionar de forma mais saudável consigo mesmo e, por consequência, com o meio em que está inserido.
Onde?	USS sala de Grupos
Quem?	USS/Equipe multidisciplinar
Quando?	Contínuo. Dentro do contexto do Programa de Qualidade de Vida.
PROGRAMA 6	
Programa de Controle do Tabagismo	
Por quê?	Reduzir o número de fumantes e as doenças que o cigarro causa nos servidores
Onde?	USS sala de Grupos

Quem?	USS/Equipe multidisciplinar
Quando?	A cada ano formam-se novos grupos
PROGRAMA 7	
Grupo Conviver	
Por quê?	Proporcionar ao servidor condições de ampliar a sua consciência e responsabilidade no processo de tratamento e promoção de saúde
Onde?	USS sala de Grupos
Quem?	USS/Equipe multidisciplinar
Quando?	Mensal e de acordo com demanda da perícia médica
PROGRAMA 8	
Programa Saúde Vocal-	
Por quê?	Orientar e habilitar os professores quanto à importância dos princípios da saúde vocal
Onde?	USS e nas Escolas
Quem?	USS/Equipe multidisciplinar
Quando?	O ano todo

REFERENCIAS:

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. As ciências sociais são ciências. In: método nas ciências sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 111-188.

ASSUNÇÃO, A. A. Estudos contemporâneos das relações saúde e trabalho: contribuição para um debate. Belo Horizonte, 23 p. Trabalho não publicado.

ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, F. P. A. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade no trabalho. In: MENDES, R. Patologia do Trabalho. 2. ed. rev. atual.. São Paulo: Atheneu, 2003. v.2, p. 1767-1789.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em <http://www.senado.gov.br/legisla.htm>. Acesso em: 05 ago. 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl>. Acesso em: 04 set 2009.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [ttp: //conselho.Saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html](http://conselho.Saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html). Acesso em: 06 set 2009.

Lei Orgânica da Saúde (1990). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfmid>_Acesso em: 06 set 2009.

Lei Orgânica da Saúde (1990). Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm>Acesso em: 06 set 2009.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/seg>. Acesso em: 06 de set. de 2009.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador. Disponível Em <http://sna.saude.gov.br/legisla/seg> Acesso em: 06 de set. de 2009

DAUBAS-LETOURNEUX, V.; THÉBAUD-MONY, A. Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne. Luxemburg: Office des Publications Officielles des Communautés européennes, 2002. 101 p.. Disponível em <http://www.eurofound.ie/publicacoes/files/EF0203fr.pdf> acesso em: 22 agot 2009.

DANIELLOU, F; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 17, n.68, p. 5-11, dez. 1989.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Tradução de Leda Leal Ferreira. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

GARRIGOU, A.; WEILL-FASSINA, A.; BRUN, J. As atividades dos profissionais de prevenção: uma problemática desconhecida. In: ABERGO 1999, Salvador. Anais... Salvador: ABERGO, 1999. 1 CD-ROM.

JACKSON FILHO, J. M.; AMORIM, J. L. A introdução de políticas de ergonomia na indústria: missão para os engenheiros de segurança?. In: ABERGO 2001, Gramado. Anais... Gramado: ABERGO, 2001. 1 CD-ROM.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Metodologia Científica. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1991, 249 p.

LE-GRANDE, D. Occupational and health and safety hazards in Public and Governmental Services. In: Encyclopaedia of occupational health and safety. [S. l.]: Ed. Geneve, 1998. v. 3, cap. 101, p.2.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99

METS, J. T. Diagnoses of absenteeism. In: ZENZ, C. Occupational Medicine - Principles and Practical Applications. 2. ed.. Chicago, London, Boca Raton: Year Book Medical Publishers, Inc., 1988. p. 1096-1105.

SADEK, M. T.; LIMA, F. D.; ARAÚJO, J. R. C. O Judiciário e a prestação de justiça. In: SADEK, M. T. (Org.). Acesso à justiça. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. p. 13-41.

SANTA CATARINA (Estado). Assembléia Legislativa. Projeto de Lei/0267.4/2003. Cria a Comissão de Saúde do Servidor Público do Estado de Santa Catarina e o Conselho das Comissões de Saúde do Servidor. Disponível em: <http://www.alesc.sc.gov.br/proclegis/index.php>. Acesso em: 07 set 2009

Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. Versão Preliminar. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/index.htm>. Acesso em: 08 set 2009.

SILVA, A. O processo de trabalho de prostituição e a qualidade de vida de prostitutas de rua de Florianópolis. 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA. Grupo de Metodologia Científica. Caderno de metodologia: diretrizes para a elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos. 2. ed. rev. Tubarão: 2003. 96 p. Disponível em: <http://www.unisul.br>
Acesso em: 26set. 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3. ed. rev. Atual. Florianópolis: 2001. 121 p. Disponível em: <http://www.ufsc.br>. Acesso em: 20 set. 2009

.