

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação - FACE
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais - CCA/UnB
Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Contabilidade e Orçamento Público

**ANÁLISE QUANTITATIVA DOS AFASTAMENTOS PARA TRATAMENTO DA
PRÓPRIA SAÚDE DOS SERVIDORES DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO:
SUBSÍDIO PARA UM MODELO DE EXAME PERIÓDICO DE SAÚDE**

**Paulo Salvador
Sivilan Quadros Tonhá**

Orientador: Prof. Edwin Pinto de la Sota Silva, D.Sc

**Brasília
2006**

**Paulo Salvador
Sivilan Quadros Tonhá**

**ANÁLISE QUANTITATIVA DAS LICENÇAS PARA TRATAMENTO DA
PRÓPRIA SAÚDE DOS SERVIDORES DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO:
SUBSÍDIO PARA UM MODELO DE EXAME PERIÓDICO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais para o cumprimento das exigências para obtenção do título de Especialista em Contabilidade e Orçamento Público pela Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Edwin Pinto de la Sota Silva, D.Sc

Brasília – Novembro – 2006

**ANÁLISE QUANTITATIVA DAS LICENÇAS PARA TRATAMENTO DA
PRÓPRIA SAÚDE DOS SERVIDORES DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO:
SUBSÍDIO PARA UM MODELO DE EXAME PERIÓDICO DE SAÚDE**

**Monografia apresentada por
Paulo Salvador
Sivilan Quadros Tonhá**

Aprovado em 10/11/2006.

Prof. Edwin Pinto de la Sota Silva, D. Sc. (Orientador)
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da
Universidade de Brasília – CCA/ UnB

Professor Pedro Paulo de Moraes, Ms.
Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão
Universidade Paulista

Dedicamos este trabalho ao Tribunal de Contas da União, como contribuição à brilhante iniciativa de realização deste Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Contabilidade e Orçamento Público e, também, pela oportunidade oferecida e pela confiança depositada em nós.

Agradecemos

À Deus.

À família.

Ao Sepos/ISC/TCU.

Aos Colaboradores da CEF, Eletronorte, STJ e PGR.

Ao Orientador Professor Edwin Pinto de la Sota Silva.

Ao Professor Pedro Paulo de Moraes.

E a todos que contribuíram na elaboração deste trabalho.

“O corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro”.

Henry Ford

RESUMO

Este trabalho apresenta um estudo epidemiológico das licenças para tratamento da própria saúde dos servidores do Tribunal de Contas da União – TCU, com objetivo de propor a implantação do exame periódico de saúde, com base na demonstração, análise e mensuração quantitativa dessas licenças, que representam valores representativos tanto do aspecto econômico quanto do aspecto da saúde e do índice de absenteísmo. A metodologia utilizada na pesquisa foi do tipo exploratória e descritiva; com aplicação de questionário auto-aplicado em duas empresas públicas e dois órgãos públicos, todos da esfera federal; e caracterizada como pesquisa aplicada, pois propõe a construção de um modelo teórico para a promoção de saúde, prevenção de doenças e segurança no trabalho dos servidores do TCU. Em sentido amplo, todas essas ações seriam desenvolvidas sob o foco da saúde ocupacional, que representa atenção integral à saúde do servidor através de uma equipe multiprofissional de saúde. Ressalta-se que não há legislação específica que obrigue o setor público a zelar pela saúde dos seus servidores, apesar disso, a Constituição de 1988 e algumas normas gerais não fazem distinção entre os trabalhadores do setor público e do privado. Os dados brutos das licenças e do seu custo foram obtidos junto às respectivas unidades responsáveis do TCU. Os dados foram ordenados em tabelas e gráficos, considerando o período de setembro de 2005 a agosto de 2006, divididos pelas variáveis: cargo (ACE e TCE) e sexo. O resultado deste estudo mostra que é possível reduzir os custos das licenças; aumentar a produtividade, o comprometimento e a motivação dos servidores; melhorar a qualidade de vida, o clima organizacional e a valorização do servidor.

Palavras-chave: Custo da Saúde Ocupacional. Proposta de Modelo para Saúde Ocupacional. Exame Periódico de Saúde. Custo do Afastamento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Problema.....	4
1.2 Tema.....	4
1.3 Objetivo Geral.....	4
1.4 Objetivos Específicos.....	4
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	5
2.1 Saúde e Segurança do Trabalhador.....	5
2.1.1 Saúde do Trabalhador.....	5
2.1.2 Saúde Ocupacional.....	10
2.1.3 Medicina do Trabalho.....	18
2.2 Absenteísmo.....	20
2.3 Epidemiologia.....	22
3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	30
3.1 Caracterização da Pesquisa.....	30
3.2 Tipo de Pesquisa.....	31
3.3 Apresentação e Discussão dos Resultados.....	33
3.3.1 Normas Consultadas.....	33
3.3.2 Análise dos Dados sobre as Licenças para Tratamento da Saúde dos Servidores do TCU.....	40
3.3.3 Custo das Licenças para Tratamento da Saúde dos Servidores no TCU e as Vantagens dos Investimentos em Prevenção	48
3.3.4 Experiências de Outras Instituições.....	51
4. PROPOSTA DO MODELO PARA O TCU.....	58
4.1 Modelo de Exame Periódico de Saúde para o TCU.....	58
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

FICHA CATALOGRÁFICA

SALVADOR, Paulo

TONHÁ, Sivilan Quadros

Análise quantitativa das licenças para tratamento da própria saúde dos servidores do tribunal de contas da união: subsídio para um modelo de exame periódico de saúde / Paulo Salvador & Sivilan Quadros Tonhá, Brasília: UnB, 2006.

71 p.

Monografia – Especialização

Bibliografia

1. Custo da Saúde Ocupacional 2. Proposta de Modelo para Saúde Ocupacional 3. Exame Periódico de Saúde 4. Custo do Afastamento

1 INTRODUÇÃO

A saúde do servidor público, quanto à sua saúde e segurança no trabalho, não está contemplada por legislação específica, como está garantida para os trabalhadores do setor privado. E, por isso, entende-se que não há obrigatoriedade do setor público em prestar assistência e proteção aos seus trabalhadores, denominados de servidores públicos.

A Organização das Nações Unidas – ONU, segundo Vieira (2005), reconheceu que o governo de cada país, por elementar direito de sua condição humana, tem o dever de zelar pela saúde dos seus trabalhadores.

Os trabalhadores do setor privado no Brasil tiveram um avanço dos seus direitos inicialmente com a inclusão das questões de saúde e segurança no trabalho na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, instituída pelo Decreto-Lei nº 5.452, em 1º de maio de 1943; e, depois, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde como um direito, que se traduz pelo acesso universal, integral e equânime da população às ações e serviços de saúde.

No entanto, sob análise dos dispositivos da Constituição e de outras normas gerais, que trata do trabalho e da saúde, não se observa qualquer distinção entre trabalhadores do setor público e do privado.

Nesse sentido, destacam-se: o art. 7º da Constituição, que define como um dos direitos dos trabalhadores a redução dos riscos para a saúde presentes no trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança; e o art. 196, também da Constituição, traz que a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde.

Conclui-se que apesar de não haver legislação específica para o setor público cuidar da saúde de seus trabalhadores, as normas gerais criam um cenário favorável para se implantar ações de saúde e proteção para os servidores públicos.

Portanto, é nessa linha de pensamento que o presente trabalho apresenta sua proposta de implantação do exame periódico de saúde para os servidores do TCU.

Para a implantação do exame periódico de saúde, dada a complexidade da atuação em saúde do trabalhador, é necessária a participação de várias áreas do conhecimento, por intermédio da utilização de equipe multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial que contemplem as relações entre o trabalho e a saúde, que só é possível com aplicação da saúde ocupacional.

A saúde ocupacional tem como objetivo geral adaptar o trabalho ao trabalhador e como objetivos específicos efetuar a: promoção e manutenção do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores; a prevenção de doenças ocupacionais; proteção dos fatores de riscos; colocação e manutenção dos trabalhadores nos ambientes ocupacionais adaptados às suas limitações físicas e psicológicas (VIEIRA, 2005).

A área de saúde do trabalhador tem sido objeto de muitas pesquisas epidemiológicas como esta, pois têm o objetivo de promover a saúde física e mental do trabalhador e, ainda, de identificar riscos à saúde, relacionados a condições e ambientes de trabalho. A simples vigilância dos riscos e dos danos possibilita a realização de estudos descritivos, cujos dados são úteis para verificar a existência de problemas, para levantar hipóteses e para monitorar a evolução desses dados.

O presente trabalho tem como objetivo geral propor um modelo de exame periódico de saúde, que vise à promoção de saúde, à prevenção de doenças e à segurança no trabalho, aos servidores do TCU, com base na experiência de outras instituições e na análise quantitativas das licenças para tratamento da própria saúde dos servidores do TCU.

Quanto à experiência, foram convidados para responder ao questionário auto-aplicado duas empresas públicas e dois órgãos públicos, que já realizavam exames periódicos em suas instituições.

Inicialmente, quanto à análise quantitativa das licenças para tratamento da própria saúde, foram estabelecidos: o período, setembro de 2005 a agosto de 2006; e o custo, valor médio bruto mensal por cargo.

O levantamento dos dados relativos aos afastamentos, período e custo, foi obtido junto às unidades responsáveis do TCU; separados por cargo, ACE e TCE; e demonstrados em tabelas e gráficos do *excel*.

Tanto os índices de afastamento quanto o custo mostram-se significativos. Os valores refletem o resultado da inexistência de uma política orientada para as questões da prevenção de doenças e promoção de saúde dos servidores. O problema foi diagnosticado, alguma ação deverá ser realizada a curto prazo, pois os prejuízos humano e econômico podem aumentar.

A implantação do exame periódico de saúde tem como diretrizes promover saúde e prevenir doenças dos servidores, reduzir os índices de absenteísmo e o custo dos afastamentos, promover a valorização do capital humano com responsabilidade social, profissionalizar e estruturar as unidades de assistência à saúde e consolidar o sistema de informação de gestão de saúde.

Todos os estudos, até os mais pessimistas, que trata da relação custo-benefício de programas de prevenção de doença e promoção de saúde e segurança no trabalho, têm demonstrado um retorno de no mínimo de 20% sobre o capital investido. No entanto, observa-se que outros estudos, mais otimistas, afirmam que para cada R\$ 1,00 investido, pode-se economizar até R\$ 16,00.

A metodologia utilizada na pesquisa foi do tipo exploratória e descritiva, e caracterizada como pesquisa aplicada, pois propõe a construção de um modelo teórico para a promoção de saúde, prevenção de doenças e segurança no trabalho dos servidores do TCU.

Na seção 2 encontra-se o embasamento teórico, estrutura central deste trabalho, onde são apresentados os temas: saúde do trabalhador, saúde ocupacional, medicina do trabalho, absenteísmo e epidemiologia. A seção 3 está reservada à especificação da metodológica das pesquisas aplicadas ao trabalho e das normas consultadas. A seção 4 apresenta, inicialmente, a análise e a discussão dos resultados do questionário e, em seguida, o modelo de exame periódico de saúde para os servidores do TCU.

1.1 Problema

Qual seria a proposta ideal de um modelo de exame periódico de saúde para os servidores do Tribunal de Contas da União (TCU)?

1.2 Tema

Análise do Exame Periódico de Saúde como proposta da construção de um modelo para a prevenção da saúde dos servidores do Tribunal de Contas da União.

1.3 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de modelo de exame periódico de saúde, que vise a promoção de saúde, prevenção de doenças e segurança no trabalho aplicada aos servidores do Tribunal de Contas da União.

1.4 Objetivos Específicos

- Analisar os aspectos legais referentes à saúde do servidor público
- Coletar e analisar os dados sobre Licenças para Tratamento da Saúde dos servidores do TCU;
- Apresentar o custo dos afastamentos no TCU e as vantagens dos investimentos em prevenção;
- Conhecer e apresentar as experiências de outras instituições;
- Propor um modelo ideal de Exame Periódico de Saúde para os Servidores do TCU.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde e Segurança do Trabalhador

2.1.1 Saúde do Trabalhador

A atenção à saúde do trabalhador é um avanço dos direitos dos trabalhadores brasileiros, inicialmente com a inclusão das questões de saúde e segurança no trabalho na Consolidação das Leis do Trabalho, instituída pelo Decreto-Lei nº 5.452, em 1º de maio de 1943; e, depois, com promulgação da Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde como um direito, que se traduz pelo acesso universal, integral e equânime da população às ações e serviços de competência do Sistema Único de Saúde.

A Organização Mundial da Saúde – OMS, define a saúde como sendo um perfeito estado de bem-estar físico, psíquico e social. Assim, definida, a saúde se converte no objetivo que toda pessoa deseja alcançar e, o trabalho a ser a atividade fundamental para melhorar o nível de saúde. No entanto, trabalhando, se pode perder a saúde. Uma perda de saúde implicará em uma menor capacidade de trabalho e, portanto, uma diminuição das possibilidades para melhorar o nível de saúde (VIEIRA, 2005).

Os conceitos de saúde e de doença, segundo Pereira (1995, p. 30): “A saúde pode ser definida com ausência de doença e a doença, inversamente, conceituada como falta ou perturbação da saúde”.

Pereira (1995, p. 30) afirma ainda que há definições de saúde mais elaboradas do que a de “simples ausência de doença”:

“Saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença.” Esta é a definição clássica da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotada em sua Constituição de 1948.

“Saúde é o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal.” O conceito aparece no dicionário do Aurélio.
“Saúde é o resultado do equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e o seu meio ambiente.”

O Ministério da Saúde (2001, p. 17) define trabalhadores como sendo:

[...] todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, **servidores públicos**, trabalhadores cooperativados e empregadores – particularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas – habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, os aprendizes e estagiários e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego. (grifo nosso)

Atualmente a complexidade da atuação em saúde do trabalhador requer a colaboração/participação de várias áreas de conhecimento: medicina, toxicologia, ergonomia, sociologia, antropologia, engenharia, informática, administração, economia, ciência política, psicologia; são indissociáveis as ações preventivas, de promoção e proteção da saúde, de recuperação e reabilitação, numa abordagem integrada capaz de agregar as dimensões do individual e do coletivo, o biológico e o sócio-político-cultural, o preventivo e o curativo; sustenta-se na emergência do operariado urbano; discute os limites epistemológicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional; discute a determinação social do processo saúde-doença; se fortalece no crescimento dos direitos dos trabalhadores – inscritos em leis, normas, decretos – alcançados através de lutas por suas reivindicações fundamentais, entre as quais, por saúde no trabalho; amplia o papel dos serviços de atenção à saúde e à vigilância do trabalho nocivo (MENDES e DIAS, 1999).

Para Mendes e Dias (1999), o processo saúde-doença dos seres humanos e sua relação com o trabalho é central na saúde do trabalhador. Busca-se a compreensão do processo de determinação da doença nos moldes da epidemiologia social. A saúde do trabalhador quer romper com a concepção hegemônica que estabelecia nexos causais entre a doença e um agente específico ou entre a doença e um grupo de fatores de riscos presentes no ambiente de trabalho; quer superar o ponto de vista que limita sua participação no social, exclusivamente ao processo produtivo, sem considerar a subjetividade.

A epidemiologia utilizando o modelo de determinação social contribui para o entendimento mais complexo da relação entre o processo de produção, o ambiente e os aspectos sociais na determinação do conjunto dos problemas de saúde da coletividade. Pode ser um importante instrumento de análise que considere a multicausalidade e possa construir indicadores por meio de registros sistemáticos e confiáveis, que sejam capazes de captar os elementos essenciais da estrutura da determinação da saúde-doença coletiva e as características dos grupos sociais em que ocorre, permitindo, então a construção de indicadores e categorias analíticas mais sensíveis (FACCHINI,1994).

O Ministério da Saúde (2001) traz que as causas condicionantes da saúde do trabalhador estão compreendidas as sociais, econômicas, tecnológicas e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais, que são: físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Dessa forma, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

A saúde do trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Vieira (2005, p. 113) observa que:

[...] uma perda da saúde resulta no desequilíbrio entre o indivíduo, seu tipo de trabalho e o meio ambiente em que ele se desenvolve. Existe, pois, uma estreita relação entre o homem, o tipo de trabalho e o meio ambiente, daí a necessidade de manter-se um enfoque global no momento de se analisar as possíveis causas das perdas de saúde e, cuja prevenção será como resultado de uma atividade multidisciplinar cuja importância já anteriormente enfatizamos.

Na condição de prática social, as ações de saúde do trabalhador apresentam dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis. Como consequência, esse campo de atuação tem interfaces com o sistema produtivo e a geração da riqueza nacional, a formação e preparo da força de trabalho, as questões ambientais e a seguridade social. De modo particular, as ações de saúde do trabalhador devem estar integradas com as de saúde ambiental, uma vez que os riscos gerados nos processos produtivos podem afetar, também, o meio ambiente e a população em geral.

Por princípio, a atenção à saúde do trabalhador exige o envolvimento de uma equipe multiprofissional em um enfoque interdisciplinar. Nessa equipe, os médicos têm um elenco de atribuições específicas que estão regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução/CFM n.º 1.488/1998, que deve ser conhecida e cumprida por todos aqueles que prestam assistência médica a trabalhadores, independentemente de sua especialidade ou do local de atuação, se a serviço do empregador, como contratado, assessor, consultor, perito ou como perito médico-judicial ou da previdência social.

Nesse Sentido, segundo o artigo 1.º da Resolução supracitada, são atribuições dos profissionais que prestam assistência médica ao trabalhador:

- I - assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos;
- II - fornecer atestados e pareceres para o afastamento do trabalho sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos faz parte do tratamento;
- III - fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento. Quando requerido pelo paciente, deve o médico pôr à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e prontuário médico.

Para Dejours (1999), a saúde do trabalhador discute também as doenças psicossomáticas, a saúde mental, o estresse, que nada mais são do que sobrecargas impostas, que influem poderosamente sobre a percepção que o sujeito tem sobre seu próprio corpo. Doenças que pesam sobre os trabalhadores com o pavor da demissão e conseqüente precarização da vida, são fatores que, somados à sobrecarga de trabalho, vão afetando a saúde

física e mental. Para não perder o emprego, o trabalhador ameaçado produz acima de seu limite, expondo-se mais aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais e, por viver estressado, apresenta maiores índices de hipertensão arterial, úlceras pépticas e doenças nervosas.

Vieira (2005, p. 42) faz as seguintes definições:

Medicina do Trabalho: é o ramo da medicina que se preocupa com a saúde física e mental do trabalhador, tendo em vista protegê-lo dos riscos de agentes nocivos e acidentes inerentes à ocupação que exerce, e *ipso facto*, aumentando o rendimento de seu trabalho. Luta contra o absenteísmo, reduzindo ao mínimo o coeficiente de frequência de acidentes do trabalho de sua gravidade. Prevenindo as doenças ocupacionais, ela faz baixar os coeficientes de morbidade e mortalidade, com redução das despesas com seguros e indenizações, aumentando a produção nos diferentes ramos de atividades laborais e fortalecendo a economia do país.

Higiene do Trabalho: é a ciência e arte devotada ao reconhecimento, avaliação e controle dos riscos profissionais capazes de ocasionar alterações na saúde do trabalhador ou afetar seu conforto e eficiência, é, portanto, um campo de especialização multiprofissional, onde os profissionais deverão exercer suas atividades em equipe e dentro de um espírito de cooperação mútua para que o objetivo comum seja alcançado. É, em última instância, a arte de conservar a saúde dos trabalhadores.

Segurança do Trabalho: pode-se se dizer que as primeiras medidas de segurança do trabalho devem ter sido ensaiadas pelo homem primitivo por instinto de conservação.

A segurança do trabalho é definida como: uma série de medidas técnica, médicas e psicológicas, destinadas a prevenir os acidentes profissionais, educando os trabalhadores de maneira a evitá-los, com também procedimentos capazes de eliminar as condições inseguras no ambiente de trabalho.

Conclui-se que a responsabilidade pela vida e saúde dos trabalhadores recairá no trinômio Estado-Empresa-Trabalhador, já que os efeitos sobre a saúde e qualidade de vida são decorrentes destes três elementos.

2.1.2 Saúde Ocupacional

A saúde ocupacional, por sua natureza multiprofissional, engloba a medicina do trabalho – atividade médica, voltada fundamentalmente para o trabalhador, a higiene do trabalho que atua sobre o ambiente de trabalho e a segurança no trabalho. O seu campo de atuação pode contribuir de maneira significativa para o bem-estar humano.

A saúde ocupacional surgiu com uma proposta multidisciplinar, com base na higiene industrial, relacionando ambiente de trabalho e trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção de doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito (MENDES e DIAS, 1999).

Conforme Vieira (2005), ao longo dos tempos, diferentes termos e conceituações têm sido utilizados para caracterizar a disciplina inerente à saúde e segurança dos trabalhadores, sendo que, a partir de 1950, quando se reuniu um comitê conjunto da Organização Internacional do Trabalho e da Organização Mundial da Saúde – OIT/OMS, ficou estabelecido que a mesma seria Saúde Ocupacional, com a seguinte definição:

A saúde ocupacional tem como objetivos: a promoção e manutenção, no mais alto grau, do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção, entre os trabalhadores, de doenças ocupacionais causadas por suas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e conservação (manutenção) dos trabalhadores nos ambientes ocupacionais adaptados às suas aptidões fisiológicas e psicológicas; em resumo: a adaptação do trabalho ao homem e de cada homem ao seu próprio trabalho (VIEIRA, 2005, P. 41).

A saúde ocupacional é a ciência que trata do reconhecimento, da avaliação e do controle dos riscos ocupacionais. Tem caráter de saúde pública de comunidade fechada, pois é dirigida para uma comunidade de trabalhadores bem conhecida dos profissionais da equipe (VIEIRA, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a adoção de novas tecnologias e métodos gerenciais facilita a intensificação do trabalho que, aliada à instabilidade no emprego, modifica o perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, expressando-se,

entre outros, pelo aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); o surgimento de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e mental, as dores difusas, as fibromialgias e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho. Configura, portanto, situações que exigem mais pesquisas e conhecimento para que se possa traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção.

Dessa forma, o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria nº 1.339/ GM, de 18 de novembro de 1999, que trata da lista de doenças relacionadas ao trabalho, dispõe:

O desenvolvimento das LER/DORT é multicausal, sendo importante analisar os fatores de risco envolvidos direta ou indiretamente. A expressão "fator de risco" designa, de maneira geral, os fatores do trabalho relacionados com as LER/DORT. Os fatores foram estabelecidos na maior parte dos casos, por meio de observações empíricas e depois confirmados com estudos epidemiológicos.

Os fatores de risco não são independentes. Na prática, há a interação destes fatores nos locais de trabalho. Na identificação dos fatores de risco, deve-se integrar as diversas informações.

Na caracterização da exposição aos fatores de risco, alguns elementos são importantes, dentre outros:

- a) a região anatômica exposta aos fatores de risco;
- b) a intensidade dos fatores de risco;
- c) a organização temporal da atividade (por exemplo: a duração do ciclo de trabalho, a distribuição das pausas ou a estrutura de horários);
- d) o tempo de exposição aos fatores de risco.

De acordo com Mendes e Dias (1999), as variáveis de morbidade e mortalidade do trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Os trabalhadores podem, ainda, adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado. Assim, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará da fusão desses fatores, que podem ser sintetizados em quatro grupos de causas, sendo que os três últimos grupos constituem a família das doenças relacionadas ao trabalho e a natureza dessa relação é sutilmente distinta em cada grupo:

- a) doenças comuns, aparentemente sem qualquer relação com o trabalho;

- b) doenças comuns (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, etc.), eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho. A hipertensão arterial em motoristas de ônibus urbanos, nas grandes cidades, exemplifica esta possibilidade;
- c) doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho. A asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva induzida pelo ruído (ocupacional), doenças músculo-esqueléticas e alguns transtornos mentais exemplificam esta possibilidade, na qual, em decorrência do trabalho, somam-se (efeito aditivo) ou multiplicam-se (efeito sinérgico) as condições provocadoras ou desencadeadoras destes quadros nosológicos;
- d) agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais. A silicose e a asbestose exemplificam este grupo de agravos específicos.

A identificação ou comprovação de efeitos da exposição ocupacional a fatores ou situações de risco, particularmente em suas fases mais precoces, pode exigir a realização de exames complementares específicos.

O relato dos trabalhadores é imprescindível para a investigação das relações saúde-trabalho-doença, tanto individual quanto coletivo. Apesar dos avanços e da sofisticação das técnicas para o estudo dos ambientes e condições de trabalho, muitas vezes, apenas os trabalhadores sabem descrever as reais condições, circunstâncias e imprevistos que ocorrem no cotidiano e são capazes de explicar o adoecimento.

Estão incluídas entre os agravos específico as doenças profissionais, para as quais se considera que o trabalho ou as condições em que ele é realizado constituem causa direta. A relação causal ou nexos causal é direta e imediata. A eliminação do agente causal, por medidas de controle ou substituição, pode assegurar a prevenção ou sua eliminação.

Ao lado das doenças profissionais clássicas e dos acidentes, que estão comprovadamente ligados ao trabalho, existem outros danos à saúde cujo nexos causal não é tão evidente, com a ocupação, mas que ocorrem em alta frequência em determinadas

condições ou ambientes de trabalho. São problemas de saúde, físicos e mentais, que incidem em maior frequência em certas ocupações embora, em nível individual, uma relação causal seja difícil de ser estabelecida.

Conforme o Ministério da Saúde (2001), o estabelecimento donexo causal ou nexotécnico entre a doença e a atividade atual ou pregressa do trabalhador representa o ponto de partida para o diagnóstico e a terapêutica corretos, mas, principalmente, para a adoção de ações no âmbito do sistema de saúde, como a vigilância e o registro das informações em outras instituições, como, por exemplo, nas esferas dos Ministérios do Trabalho e Emprego (MTE), da Previdência e Assistência Social, da empresa, sob a responsabilidade do empregador, do sindicato da categoria à qual pertence o trabalhador e do Ministério Público.

Para Almeida (1998), a configuração do nexocausal com a atividade laboral, na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, que se refletem sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esse segmento da população, na rede de serviços de saúde.

Nesse sentido, o estabelecimento da relação causal ou do nexo entre um determinado evento de saúde, dano ou doença, individual ou coletivo, potencial ou instalado, e uma dada condição de trabalho constitui a condição básica para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde. De modo esquemático, esse processo pode se iniciar pela identificação e controle dos fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e condições de trabalho e/ou a partir do diagnóstico, tratamento e prevenção dos danos, lesões ou doenças provocados pelo trabalho, no indivíduo e no coletivo de trabalhadores.

Para a comprovação diagnóstica e estabelecimento da relação da doença com o trabalho, segundo o Ministério da Saúde (2001), podem ser necessárias informações complementares sobre os fatores de risco, identificados a partir da entrevista com o paciente. Ouvir o trabalhador falando de seu trabalho, de suas impressões e sentimentos em relação ao trabalho, de como seu corpo reage no trabalho e fora dele, é de fundamental importância para a identificação das relações saúde-trabalho-doença.

A realização da *anamnese* ocupacional, na entrevista clínica, segundo o Ministério da Saúde (2001, p.30):

A realização da anamnese ocupacional deve estar incorporada à entrevista clínica e seguir uma sistematização para que nenhum aspecto relevante seja esquecido, por meio de algumas perguntas básicas: o que faz? Como faz? Com que produtos e instrumentos? Quanto faz? Onde? Em que condições? Há quanto tempo? Como se sente e o que pensa sobre seu trabalho? Conhece outros trabalhadores com problemas semelhantes aos seus? Assim é possível se ter uma idéia das condições de trabalho e de suas repercussões sobre a saúde do trabalhador. Igual importância deve ser dada às ocupações anteriores desempenhadas pelo trabalhador, particularmente aquelas às quais o trabalhador dedicou mais tempo ou que envolveram situações de maior risco para a saúde.

Lacaz (1997, p. 138) cita em sua obra que:

A Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional adotam a abordagem das relações saúde-doença-trabalho, que privilegia a idéia cartesiana do corpo como máquina, exposto a agentes e fatores de risco, apreendendo as conseqüências do trabalho para a saúde, como resultado da interação do corpo-hospedeiro com os agentes de natureza física, química, biológica, mecânica, existentes no ambiente.

Para o autor, a doença é o resultado do desequilíbrio na interação entre o hospedeiro e o ambiente, esconde as profundas diferenças que resultam da organização produtiva, e permitem uma atuação limitada com relação aos problemas de saúde.

O Ministério da Saúde (2001), traz também que a *anamnese* ocupacional é o principal instrumento para a investigação das relações saúde-trabalho-doença, no âmbito dos serviços de saúde, para o diagnóstico correto do dano para a saúde e da relação etiológica com o trabalho. Faz parte da entrevista médica, que compreende a história clínica atual, a investigação sobre os diversos sistemas ou aparelhos, os antecedentes pessoais e familiares, a história ocupacional, hábitos e estilo de vida, o exame físico e a investigação complementar.

Segundo Trivelato (1998), o conceito de risco é bidimensional, representando a possibilidade de um efeito adverso ou dano e a incerteza da ocorrência, distribuição no tempo ou magnitude do resultado adverso. Assim, de acordo com essa definição, situação ou fator de risco é uma condição ou conjunto de circunstância que tem o potencial de causar um efeito

adverso, que pode ser: morte, lesões, doenças ou danos à saúde, à propriedade ou ao meio ambiente. Nesse sentido, os fatores de riscos podem ser classificados, segundo a natureza, em:

- a) Ambiental: físico (alguma forma de energia: radiação, ruído, vibração, etc.), químico (substâncias químicas, poeiras, etc.) e biológico (bactérias, vírus, fungos, etc.);
- b) Situacional: instalações, ferramentas, equipamentos, materiais, operações, etc.; e
- c) Humano ou Comportamental: decorrentes da ação ou omissão humana.

Assim, a eliminação ou a redução da exposição às condições de risco e a melhoria dos ambientes de trabalho para promoção e proteção da saúde do trabalhador constituem um desafio que ultrapassa o âmbito de atuação dos serviços de saúde, exigindo soluções técnicas, às vezes complexas e de elevado custo. Em certos casos, medidas simples e pouco onerosas podem ser implementadas, com impactos positivos e protetores para a saúde do trabalhador e o meio ambiente.

Augusto (2003) afirma que os fatores de riscos podem ter pesos diferentes, mas, para que o evento ocorra, há necessidade de uma interação entre eles. Isoladamente, nenhum fator de risco promove o fenômeno. Assim entendido, a causa (o porquê?) é pouco relevante para as medidas de prevenção, o mais importante é a intervenção no contexto (o como). A compreensão da distinção entre causa e contexto é importante, pois. O cotidiano, as questões de fundo, são parte do fenômeno deflagrado pelo acidental ou excepcional. Por outro lado, limitar-se ao contexto sem pesquisar a causa (o desconhecido, o inusitado, o acidental) é impossibilitar a ampliação do conhecimento sobre o fenômeno.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), o controle das condições de risco para a saúde e melhoria dos ambientes de trabalho envolve as seguintes etapas:

- a) identificação das condições de risco para a saúde presentes no trabalho;
- b) caracterização da exposição e quantificação das condições de risco;
- c) discussão e definição das alternativas de eliminação ou controle das condições de risco; e
- d) implementação e avaliação das medidas adotadas.

A identificação de riscos existentes no ambiente de trabalho é auxiliada com as informações relativas ao estado de saúde do trabalhador, incluindo as queixas, sintomas observados ou outros efeitos sobre a saúde e alterações precoces nos parâmetros de saúde ou nos resultados de monitorização biológica. Uma colaboração estreita entre os responsáveis pelo estudo do ambiente e das condições de trabalho (higienistas, engenheiros de segurança, ergonomistas) e os responsáveis pela saúde do trabalhador (médicos, psicólogos, enfermeiros do trabalho, toxicologistas) é indispensável para uma avaliação correta das exposições ocupacionais. O enfoque multidisciplinar e o trabalho em equipe permitem desvendar relações causais que de outra forma podem passar despercebidas (BURGESS, 1995).

Nesse sentido, destaca-se os riscos ergonômicos relacionados à organização do trabalho, em geral considerados fatores de adoecimento, podem ser identificados em diversas atividades, desde a agricultura tradicional até processos de trabalho modernos que incorporam alta tecnologia e sofisticadas estratégias de gestão. Os processos de reestruturação produtiva e globalização da economia de mercado, em curso, têm acarretado mudanças significativas na organização e gestão do trabalho com repercussões importantes sobre a saúde do trabalhador. Entre suas conseqüências destacam-se os problemas osteomusculares e o adoecimento mental relacionados ao trabalho, que crescem em importância em todo o mundo. A exigência de maior produtividade, associada à redução contínua do contingente de trabalhadores, à pressão do tempo e ao aumento da complexidade das tarefas, além de expectativas irrealizáveis e as relações de trabalho tensas e precárias, constituem fatores psicossociais responsáveis por situações de estresse relacionado ao trabalho (BURGESS, 1995).

Ressalta-se, ainda, a prevenção dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), baseia-se nos procedimentos de vigilância dos agravos à saúde e dos ambientes e condições de trabalho. Utiliza conhecimentos médico-clínicos, epidemiológicos, de higiene ocupacional, toxicologia, ergonomia, psicologia, entre outras disciplinas, valoriza a percepção dos trabalhadores sobre seu trabalho e a saúde e baseia-se nas normas técnicas e regulamentos vigentes, envolvendo:

- a) reconhecimento prévio das atividades e locais de trabalho onde existam substâncias químicas, agentes físicos e/ou biológicos e os fatores de risco decorrentes da organização do trabalho potencialmente causadores de doença;

- b) identificação dos problemas ou danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados;
- c) identificação e proposição de medidas que devem ser adotadas para a eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco e para proteção dos trabalhadores;
- d) educação e informação aos trabalhadores e empregadores.

Vieira (2005, p. 44) descreve os seguintes objetivos essenciais de um programa de saúde ocupacional:

- a) a proteção da saúde e bem-estar do trabalhador contra os riscos e condicionamentos do ambiente de trabalho;
- b) a colocação do trabalhador numa atividade, de acordo com sua capacidade física e emocional, de modo a poder realizá-la sem perigo para ele e seus colegas e sem dano à propriedade;
- c) o provimento de atendimento médico de emergência para os acidentes do trabalho e doenças profissionais/ocupacionais e não ocupacionais, bem como reabilitação profissional;
- d) a manutenção da saúde do trabalhador através de atividades promocionais, procedimentos específicos de medicina preventiva e freqüente revisão do estado de saúde;
- e) o controle dos riscos potenciais à saúde inerentes à operação de trabalho.

A Norma Regulamentadora - NR 7, aprovada pela Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho, que regulamenta o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, define que é de competência do todo empregador a sua implementação e tem como objetivos, identificar os problemas dos ambientes de trabalho, propor soluções e seguir o cronograma previsto para realização dos exames periódicos, sendo que a periodicidade está relacionada com a atividade laboral desenvolvida e com risco ocupacional a que os funcionários estão submetidos, a fim de investigar alguma alteração na saúde dos trabalhadores, e tratá-la precocemente antes do aparecimento dos sintomas da doença.

2.1.3 Medicina do Trabalho

A Medicina do Trabalho objetivando avaliar, melhorar, recuperar e manter a saúde dos trabalhadores nos seus lugares de trabalho, deve na moderna concepção da segurança e saúde do trabalhador, fazer parte da indispensável equipe multidisciplinar concebida e única capaz de minimizar tal problemática (VIEIRA, 2005).

Proteger a saúde do trabalhador exige a colaboração de vários profissionais que, direta ou indiretamente, se relacionam: engenheiros de Segurança, Técnicos de Segurança, Ergonomistas, Médicos, Psicólogos, Nutricionista, Educação Física, Fisioterapeuta, etc.; a fim de garantir a efetividade dos programas de saúde (VIEIRA, 2005).

É importante lembrar que, apesar da importância da abordagem multiprofissional para a atenção à saúde do trabalhador, o estabelecimento da relação causal ou nexos técnico entre a doença e o trabalho é de responsabilidade do médico, que deverá estar capacitado para fazê-lo.

Essa atribuição está disciplinada na Resolução/CFM n.º 1.488/1988 que de acordo com o art. 2.º, para o estabelecimento da relação causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e exames complementares, quando necessário, deve o médico considerar:

- I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexos causal;
- II - o estudo do local de trabalho;
- III - o estudo da organização do trabalho;
- IV - os dados epidemiológicos;
- V - a literatura atualizada;
- VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;
- VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes e outros;
- VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;

IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área de saúde.

A Medicina do Trabalho se caracteriza por centrar sua atenção nos determinantes ambientais e sociais, das causas das doenças e acidentes e sua prevenção. O seu campo de atuação pode contribuir de maneira muito significativa para o bem-estar humano.

A decisão quanto ao afastamento do trabalho, de acordo com Almeida (1998), é difícil, exigindo que inúmeras variáveis de caráter médico e social sejam consideradas:

- a) os casos com incapacidade total e/ou temporária devem ser afastados do trabalho até melhora clínica, ou mudança da função e afastamento da situação de risco;
- b) no caso do trabalhador ser mantido em atividade, devem ser identificadas as alternativas compatíveis com as limitações do paciente e consideradas sem risco de interferência na evolução de seu quadro de saúde;
- c) quando o dano apresentado é pequeno, ou existem atividades compatíveis com as limitações do paciente e consideradas sem risco de agravamento de seu quadro de saúde, ele pode ser remanejado para outra atividade, em tempo parcial ou total, de acordo com seu estado de saúde;
- d) quando houver necessidade de afastar o paciente do trabalho e/ou de sua atividade habitual, o médico deve emitir relatório justificando as razões do afastamento, encaminhando-o ao médico da empresa, ou ao responsável pelo PCMSO. Se houver indícios de exposição de outros trabalhadores, o fato deverá ser comunicado à empresa e solicitadas providências corretivas.

O autor afirma ainda que atenção especial deve ser dada à decisão quanto ao retorno ao trabalho. É importante avaliar se a empresa ou a instituição oferece programa de retorno ao trabalho, com oferta de atividades compatíveis com a formação e a função do trabalhador, que respeite suas eventuais limitações e prepare colegas e chefias para apoiar o trabalhador na nova situação, alargando a concepção de capacidade para o trabalho adotada na empresa, de modo a evitar a exclusão do trabalhador no seu local de trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde (2001) é muito importante que os trabalhadores participem de todas as fases desse processo, pois, em muitos casos, a despeito de toda sofisticação técnica, apenas os trabalhadores são capazes de informar sutis diferenças

existentes entre o trabalho prescrito e o trabalho real, que explicam o adoecimento e o que deve ser modificado para que se obtenha os resultados desejados.

2.2 Absenteísmo

Segundo Quick e Lapertosa (1982), a palavra “absenteísmo” ou “absentismo” era aplicada aos proprietários rurais que abandonavam o campo e tendiam a viver nas cidades, mas com a revolução industrial o termo passou a ser aplicado aos trabalhadores com tendência a faltar ao serviço.

O absenteísmo é denominado com ausência, sendo uma expressão utilizada para designar as faltas dos trabalhadores ao local de trabalho. O absenteísmo, em sentido amplo, refere-se à ausência ao trabalho por qualquer razão: doenças, acidentes de trabalho, direitos legais, fatores sociais e culturais.

Couto (1987) afirma também que o absenteísmo é decorrente de um ou mais fatores causas, tais como, fatores de trabalho, sociais, fatores culturais, de personalidade e de doenças. O referido autor alerta que não parece existir uma relação precisa de causa e efeito, mas sim, um conjunto de variáveis podem levar ao absenteísmo.

Dessa forma, a etiologia do absenteísmo é multifatorial, dependendo da sua origem. Podem ser classificados em fatores dependentes da atividade laboral, perilaborais, do meio extralaboral, patologias sofridas pelo trabalhador, fatores individuais e fatores dependentes do sistema administrativo (OTERO, 1993).

Para Martins (2005) as variáveis: a idade, o sexo e a função do trabalhador, além do regime previdenciário, interferem na ocorrência do absenteísmo ao trabalho.

Nesse sentido, estudos epidemiológicos bem conduzidos, segundo Nogueira e Azevedo (1982), permitem conhecer as diferentes variáveis que afetam o absenteísmo, como sexo, idade, estado civil, turnos de trabalho, dias da semana, meses do ano, fatores psicológicos e causas médicas.

As causas do absenteísmo para Chiavenato (1989) são complexas e faltam estudos no Brasil, acerca da análise das causas, valores reais, identificação de seus tipos, qualidade, grandeza e repercussão do absenteísmo na produtividade.

[...] nem sempre as causas do absenteísmo estão no próprio trabalhador, mas na organização, na supervisão deficiente, no empobrecimento das tarefas, na falta de motivação e estímulo, nas condições desagradáveis de trabalho, na precária integração do trabalhador à organização e nos impactos psicológicos de uma direção deficiente (CHIAVENATO, 1989, p. 48).

No atual contexto econômico de competitividade, Martins (2005) afirma que o absenteísmo é um motivo de interesse crescente, pois quanto menor for sua ocorrência, maior será a capacidade das empresas de aumentarem sua rentabilidade e conseguirem um crescimento sustentado.

O absenteísmo-doença traz, tanto nos países em desenvolvimento, como nos considerados altamente industrializados, além de um aumento direto dos custos pela concessão de auxílio-doença e um aumento indireto nos custos pela diminuição da produtividade e da eficiência, um maior desperdício e aumento dos problemas administrativos com sucessivas substituições dos faltosos (DIACOV e LIMA, 1988).

Midorikawa (2000) descreve dois tipos de absenteísmo: o absenteísmo pela falta ao trabalho e o absenteísmo de “corpo presente”:

- a) Absenteísmo pela falta ao trabalho - **tipo I**: é representado pela falta pura e simples do empregado ao trabalho, sendo de fácil mensuração e custo calculado. Leva à perda de produção das horas não trabalhadas.
- b) Absenteísmo de “corpo presente” - **tipo II**: é aquele em que, apesar de não faltar ao trabalho, o trabalhador não desenvolve seu melhor desempenho, levando à diminuição na sua produtividade. Isso ocorre devido ao fato de o trabalhador apresentar algum problema de saúde.

Nesse sentido, Quick e Lapertosa (1982) dividem o absenteísmo tipo I em cinco classes, cada uma merecendo tratamento e considerações diferentes:

1. Absenteísmo voluntário: é a ausência voluntária do trabalho por razões particulares, não justificadas por doença e sem amparo legal.

2. Absenteísmo compulsório: é o impedimento ao trabalho mesmo que o trabalhador não deseje, por suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que não lhe permita chegar ao local do trabalho.

3. Absenteísmo legal: compreende aquelas faltas ao serviço amparadas por lei, como licença maternidade, nojo, gala, doação de sangue, serviço militar etc. São as chamadas faltas justificadas.

4. Absenteísmo por patologia profissional: compreende as ausências por doenças profissionais (LER/DORT) ou ausências por acidente de trabalho (infortúnios profissionais).

5. Absenteísmo por doença: inclui todas as ausências por doença ou procedimento médico.

A maioria das ausências são justificadas por atestados médicos, o que não significa que todas as ausências sejam sempre decorrentes de causas médicas (OTERO, 1993).

Pinto (1992) destaca duas razões que justificam a implantação de serviços de saúde especificamente para o grupo de trabalhadores: a melhora ou a manutenção das condições de saúde e controle do absenteísmo.

2.3 Epidemiologia

Etimologicamente, “epidemiologia” (epi = sobre; demo = população; logos = tratado) significa o estudo do que afeta a população. O conceito original de epidemiologia, que se restringia ao estudo de epidemias de doenças transmissíveis, prevaleceu por longo tempo. Recentemente, o conceito evoluiu de modo a abranger praticamente todos os eventos relacionados com a saúde das populações (PEREIRA, 1995).

Outras subdivisões das áreas temáticas da epidemiologia surgiram, afirma Pereira (1995), com a ampliação, a diversificação e o aprofundamento do campo de estudo da disciplina. Algumas tomam por base, como critério classificatório, grupos de possíveis causas, epidemiologia ambiental e ocupacional. Outras se fundamentam nos grupos de risco, nos locais onde a epidemiologia é praticada ou utilizam outros critérios gerando denominações como epidemiologia social, clínica, nutricional, farmacológica, molecular, etc.

As definições da epidemiologia foram surgindo, também, com o tempo. Segundo Pereira (1995), as definições mais antigas estão limitadas à preocupação exclusiva com as doenças transmissíveis, pelo que afirmam tratar-se de ciência ou doutrina médica de epidemia, ou de disciplina dedicada à investigação das causas e ao controle de epidemias. Já as recentes incluem, também, as doenças não-infecciosas, outros problemas de saúde e até os estados pré-patológicos e fisiológicos.

Pereira (1995, p. 3) define epidemiologia como: “Ramo das ciências da saúde que estuda, na população, a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde.”

A Epidemiologia é definida por Lima-Costa e Barreto (2003) como o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações especificadas. Mais recentemente, foi incorporada à definição de Epidemiologia a aplicação desses estudos para controlar problemas de saúde.

Para os autores, estudo inclui vigilância, observação, pesquisa analítica e experimento; distribuição refere-se à análise por tempo, local e características dos indivíduos; determinantes são todos os fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais que influenciam a saúde; condições relacionadas à saúde incluem doenças, causas de mortalidade, hábitos de vida (como tabagismo, dieta, atividades físicas, etc.), provisão e uso de serviços de saúde e de medicamentos; populações especificadas são aquelas com características identificadas, como, por exemplo, determinada faixa etária em uma dada população.

Portanto, entende-se que, embora não haja consenso em sua definição, a epidemiologia é entendida, em sentido amplo, como o estudo do comportamento coletivo da saúde e da doença.

Um dos princípios básicos da epidemiologia é o de que os agravos à saúde não ocorrem, ao acaso, na população. A partir deste princípio, duas deduções se aplicam:

A distribuição desigual dos agravos à saúde é produto da ação de fatores que se distribuem desigualmente na população; a elucidação destes fatores,

responsáveis pela distribuição das doenças, é uma das preocupações constantes da epidemiologia;

O conhecimento dos fatores determinantes das doenças permite a aplicação de medidas, preventivas e curativas, direcionadas a alvos específicos, cientificamente identificados, o que resulta em aumento da eficácia das intervenções (PEREIRA, 1995, p. 3).

Na epidemiologia, a sistemática predominante de raciocínio é própria da lógica indutiva, mediante a qual, partindo-se de um certo número de dados, estabelece-se uma proposição mais geral.

A epidemiologia já tem uma longa tradição como método para o estudo da distribuição de um problema de saúde na população e para a investigação das razões desta distribuição. O conhecimento assim produzido fornece uma base racional para auxiliar a escolha das intervenções a serem implementadas, em função da situação encontrada. A epidemiologia também pode ser empregada para a avaliação do sucesso da aplicação destas mesmas medidas.

De acordo com Pereria (1995), os métodos utilizados na epidemiologia são encontrados em outras áreas do conhecimento. Eles devem ser entendidos como um certo número de estratégias adaptadas para aplicação a situações próprias do estudo da saúde da população, que também são utilizadas, de maneira mais ampla, na metodologia científica que rege todas as ciências.

Classificar os principais métodos ou tipos de estudo é uma tarefa aparentemente simples, mas que, na realidade, está repleta de dificuldades, em face da diversidade de critérios passíveis de serem usados, o que gera certa confusão semântica. A classificação dos estudos em descritivos e analíticos são as mais empregadas.

A classificação das investigações em descritivas e analíticas é feita em função de seus objetivos. Embora estes objetivos não sejam, em muitas investigações, facilmente separáveis, pois seus limites nem sempre são nítidos, o que torna esta classificação passível de crítica, ela é muito usada e útil, em termos didáticos (PEREIRA, 1995).

Dessa forma, para Pereira (1995, p. 4):

Os estudos descritivos informam sobre a frequência e a distribuição de um evento. Como o próprio nome indica, têm o objetivo de descrever, “epidemiologicamente” como se diz, os dados colhidos na população. Estes, em geral, referem-se à mortalidade e à morbidade, e são organizados de maneira a mostrar as variações com que os óbitos e as doenças se encontram no seio da própria população (por exemplo, entre faixas etárias) ou entre regiões e épocas distintas.

Os estudos analíticos têm por objetivo de investigar em profundidade a associação entre dois eventos, no intuito de estabelecer explicações para uma eventual relação observada entre eles. Por exemplo, em pesquisa sobre a associação entre colesterol sérico e coronariopatia, tenta-se verificar se os níveis altos diferenciados de ocorrência daquele tipo de doença cardiovascular. Os dois eventos focalizados são, respectivamente, uma suposta causa (o nível de colesterol) e um dos seus efeitos (a coronariopatia). Se os riscos são consistentemente elevados para segmentos populacionais com altos níveis de colesterol, tem-se uma forte evidência de “relação causal” entre o colesterol sérico e coronariopatias.

Os estudos epidemiológicos podem ser classificados em observacionais e experimentais. De uma maneira geral, os estudos epidemiológicos observacionais podem ser classificados em descritivos e analíticos, de acordo com Lima-Costa e Barreto (2003, p. 191):

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o **tempo**, o **lugar** e/ou as **características dos indivíduos**. Ou seja, responder à pergunta: **quando, onde e quem** adoece? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários (dados pré-existentes de mortalidade e hospitalizações, por exemplo) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo).

A epidemiologia descritiva examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras. Quando a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde difere segundo o tempo, lugar ou pessoa, o epidemiologista é capaz não apenas de identificar grupos de alto risco para fins de prevenção [...]

Os estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde.

O objetivo geral da epidemiologia é o de concorrer para reduzir os problemas de saúde na população. As principais aplicações da epidemiologia podem ser colocadas em três grandes grupos, conforme resumidas por Pereira (1995, p. 5):

informa a situação de saúde da população – inclui a determinação das freqüências, o estudo da distribuição dos eventos e o conseqüente diagnóstico dos principais problemas de saúde ocorridos, inclusive com identificação dos segmentos da população afetados, em maior ou menor proporção, por estes problemas;

investigar os fatores que influenciam a situação de saúde – trata-se do estudo científico das determinantes do aparecimento e manutenção dos danos à saúde, na população; e

avaliar o impacto das ações propostas para alterar a situação encontrada – envolve questões relacionadas à determinação da utilidade e segurança das ações isoladas, dos programas e dos serviços de saúde. (grifo nosso)

Apresenta-se a seguir a classificação e exemplos das variáveis relativas às pessoas descritas por Pereira (1995, p. 188):

1. Variáveis demográficas

Idade, sexo e grupo etário

2. Variáveis sociais

Estado civil, renda, ocupação e instrução

3. Variáveis que expressam estilo de Vida

Hábito de fumar, consumo alimentar, prática de exercício físico e uso de drogas.

O autor descreve as seguinte diferenças entre os sexos: “a morbidade é maior no sexo masculino: a mulher vive de 4 a 10 anos mais do que os homens, na maioria dos países”; “a maior mortalidade, no sexo masculino, ocorre em todas as idades”; e, ainda:

Algumas condições incidem mais no sexo masculino: coronariopatias, neoplasias do aparelho respiratório, úlcera péptica, cirrose hepática, gota, acidentes de trânsito e suicídios, em exemplos; outras, no feminino: varizes, tireoidopatias, cálculo biliar, lúpus eritematoso, artrites e doenças reumáticas de maneira geral, depressão e tentativa de suicídio;

[...]

Em acordo com a aparente maior morbidade, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens, aproximadamente em taxa de 20% maior, conforme dados do mencionado estudo internacional de morbidade (PEREIRA, 1995, p. 188)

O conceito de vigilância epidemiológica, segundo Pereira (1995, p. 450): “Sistema de coleta, análise e disseminação de informações relevantes para a prevenção e o controle de um problema de saúde pública.”

As informações produzidas pelo sistema de vigilância epidemiológica funcionam como um mecanismo de alerta, continuado, sobre a incidência de determinados agravos à saúde. O seu objetivo geral é gerar a informação pertinente e promover o seu uso com o propósito de tomar medidas para melhorar a saúde pública (PEREIRA, 1995).

Por sua vez, a Lei Orgânica de Saúde – LOS, Lei nº 8.080/90, traz no art. 6º as definições de Vigilância Sanitária no § 1º, e de Vigilância Epidemiológica no § 2º, conforme descrições abaixo:

§ 1º Entende-se por **vigilância sanitária** um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por **vigilância epidemiológica** um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (grifo nosso)

As ações dessas duas vigilâncias têm caráter complementar e; por isso, devem ser praticadas em conjunto.

Em meados da década de 80 foram promovidas iniciativas para se instituir, no âmbito do setor Saúde, ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador e do Meio Ambiente, de acordo com a Constituição de 1988 e a LOS. Mas é a partir do ano 2000 que o Ministério da Saúde formula a denominada Vigilância Ambiental, que é dada a seguinte definição, de acordo com FUNASA (*apud* AUGUSTO, 2003, p. 181):

A vigilância ambiental em saúde se configura como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental.

A necessidade de monitorar o ambiente é decorrente do reconhecimento de que ele não é dado, mas está em permanente construção e transformação pela ação do homem e da própria natureza. Nos setores ambientais e do trabalho, adota-se o termo Monitorar, para o qual são utilizados, geralmente, indicadores quantitativos (AUGUSTO, 2003).

A mesma autora afirma que, para a Vigilância em Saúde, sob a ótica da Saúde Coletiva, monitorar é mais do que um ato de medição instrumental. Aqui, a monitoração tem por objetivo qualificar as condições de contexto e elementos diretamente envolvidos no processo de causalidade, para atuar de forma permanente na sucessão de estados que conformam o processo saúde-doença. Nesse sentido, também é necessário incorporar dados qualitativos e utilizar a triangulação metodológica para se alcançar maior aproximação com a realidade.

Em Vigilância Ambiental, a prevenção é a preocupação central. Prevenção é utilizada com o significado de ação antecedente, algo ligado ao curso do tempo.

A assistência aos doentes e as práticas preventivas representam fatores que intervêm na distribuição e na ocorrência das doenças. Conseqüentemente, os serviços de saúde também passaram a ser abordados, mediante a utilização do quadro referencial da epidemiologia. Os estudos epidemiológicos sobre serviços de saúde são realizados com objetivos diversos, entre os quais os de conhecer a situação. Por exemplo, a cobertura populacional ou a qualidade do atendimento, com o intuito de identificar problemas, assim como investigar as suas causas, propor soluções compatíveis e avaliá-las com os métodos usados em epidemiologia (PEREIRA, 1995).

O exame periódico de saúde é uma atividade de busca ativa, de caráter preventivo e diagnóstico precoce, para que o tratamento seja precoce e oportuno. Segundo Pereira (1995, p. 490), a sistemática é a seguinte:

[...] exames recomendados em base periódica, em função do risco, para detectar a doença em fase precoce, ainda em evolução subclínica. O exame pode tomar a forma de testes clínicos ou laboratoriais apropriados para a idade, sexo e ocupação. Visando a complementar a avaliação, pode-se fornecer uma estimativa quantitativa, individual, da probabilidade de desenvolver uma dada complicação, visto a presença de fatores de prognóstico [...]

O diagnóstico precoce, feito em fase de evolução subclínica da doença, permite um ganho de tempo, de modo que o tratamento possa ser também iniciado precocemente. Este tempo ganho é o intervalo entre o diagnóstico feito, em um rastreamento, e quando ele teria sido feito pelo aparecimento de sintomatologia típica. A suposição, inerente ao diagnóstico precoce, é de a intervenção subsequente ser capaz de influenciar positivamente o curso da doença (PEREIRA, 1995).

A instituição de uma equipe de vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador é uma estratégia fundamental para articulação das ações de vigilância dos ambientes e da assistência. Com organização de ações contínuas de identificar, monitorar e vigiar os riscos e agravos em um dado território será possível estabelecer o planejamento adequado de prioridades e avaliar as ações de impacto da vigilância sanitária, da rede de assistência, dos processos de trabalho, controle e monitoramento das causas de doenças e riscos ambientais derivados dos processos e ambientes de trabalho.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Caracterização da Pesquisa

A metodologia utilizada na pesquisa serviu para indicar as diversas técnicas, métodos e procedimentos a serem adotados para alcançar o objetivo geral do trabalho, qual seja, *elaborar uma proposta de modelo de exame periódico de saúde aplicada aos servidores do Tribunal de Contas da União*. Pode-se dizer que a pesquisa desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras etapas, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados (GIL, 2002).

Para Gil (2002, p. 111):

Os problemas propostos para investigação geralmente o são de maneira bastante geral. Todavia, para que se possa realizar a pesquisa com a precisão requerida, é necessário especificá-los. Os objetivos gerais são pontos de partida, indicam uma direção a seguir, mas, na maioria dos casos, não possibilitam que se parta para a investigação. Logo, precisam ser redefinidos, esclarecidos, delimitados. Daí surgem os objetivos específicos d a pesquisa.

Cada objetivos específicos constituiu uma etapa do trabalho, conforme descrito a seguir:

- a) analisar os aspectos legais referentes à saúde do servidor público;
- b) coletar a analisar dados sobre licenças para tratamento da Saúde dentro do TCU;
- c) apresentar o custo dos afastamentos no TCU e as vantagens dos investimentos em prevenção;
- d) conhecer e apresentar as experiências de outras Entidades; e
- e) propor um modelo ideal de Exame Periódico de Saúde para os servidores do TCU.

Nesse contexto, de acordo com as peculiaridades de cada etapa do trabalho e o respectivo objetivo específico, foram utilizados diferentes métodos, de acordo com os procedimentos técnicos utilizados.

Assim, pode-se considerar a classificação da presente pesquisa, com base nos objetivos gerais, como descritiva, por se conduzir de forma a apresentar os dados exatamente da forma em que se encontram e exploratória, no momento em que se pretende encontrar os elementos necessários que permitam, em contato com determinada população, obter os resultados desejados.

3.2 Tipo de Pesquisa

O presente estudo, do ponto de vista de sua natureza tem como característica uma pesquisa aplicada, no sentido de sugerir a construção de um modelo teórico para a promoção de saúde, prevenção de doenças e segurança do trabalho dos servidores do Tribunal de Contas da União através do exame periódico de saúde.

Segundo Gil (2002), para analisar os fatos do ponto de vista empírico, para confrontar a visão teórica com os dados da realidade, torna-se necessário traçar um modelo conceitual e operativo da pesquisa, ou seja, o delineamento da pesquisa, que é feito a seguir com base nos dois grandes grupos de pesquisa já classificados, *exploratória e descritiva*.

A pesquisa exploratória está caracterizada pela consulta aos diversos normativos legais sobre a saúde e segurança no trabalho, especificamente quanto aos servidores públicos e o exame periódico de saúde.

Na pesquisa exploratória são considerados os mais variados aspectos relativos ao fato estudado, e, no presente estudo, assumiu a forma de pesquisa bibliográfica, envolvendo levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, e análise de exemplos que estimulem a compreensão (SELLTIZ et al, *apud* GIL, 2002).

A pesquisa bibliográfica se desenvolveu com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, bem como instrumentos legais, como a Constituição Federal, leis ordinárias, normas regulamentadoras, dentre outros. Foi utilizada na elaboração do referencial teórico e na análise dos aspectos legais.

Para subsidiar a formulação do Modelo de Exame Periódico para os Servidores do TCU, foi elaborado um questionário e aplicado em outras Entidades da Administração Pública federal que já utilizam o exame periódico de saúde: Caixa Econômica Federal - CEF, Eletronorte, Procuradoria Geral da República - PGR e Superior Tribunal de Justiça - STJ.

A pesquisa descritiva está caracterizada na medida em que se pretende encontrar os elementos necessários que permitam quantificar as licenças para tratamento da saúde dos servidores do TCU, por cargo e sexo, e em seguida apresentar os custos dos afastamentos e as vantagens dos investimentos em prevenção.

Um dos objetivos primordiais das pesquisas descritivas é a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, principalmente com a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionários e observação sistemática. Geralmente assumem a forma de levantamento (GIL, 2002).

A pesquisa do tipo levantamento desenvolve-se pela solicitação de informações sobre um determinado grupo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados (GIL, 2002).

Foi solicitado ao SAD/SEREC/TCU a relação de licenças médicas por cargo e sexo, compreendendo o período de setembro de 2005 a agosto de 2006, com vistas a obter os dados sobre afastamento dos servidores do TCU para tratamento da saúde. Tais dados serviram de base para construção de tabelas e gráficos qualitativos e quantitativos que caracterizam o índice de absenteísmo e o custo dos afastamentos no Tribunal de Contas da União.

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados da pesquisa.

3.3 Apresentação e Discussão dos Resultados

3.3.1 Normas Consultadas

De acordo com Vieira (2005), o governo de cada país, por elementar direito de sua condição humana, tal como foi reconhecido pela Organização das Nações Unidas – ONU, tem o dever de zelar pela saúde dos seus trabalhadores.

A saúde do trabalhador deverá ser resguardada tanto nas relações sociais que se estabelecem entre o capital e o trabalho, como no processo de produção, incluindo os aspectos econômicos, organizacionais e ambientais da produção de bens e serviços, tendo em vista que os direitos sociais dos trabalhadores urbanos e rurais estão assegurados constitucionalmente.

A saúde do trabalhador do setor público, servidores públicos, quanto à saúde e segurança no trabalho, não está garantida por legislação específica. E, por isso, entende-se que não há obrigatoriedade em se implementar qualquer ação de proteção a esse trabalhador. No entanto, observa-se que nos dispositivos relacionados abaixo, principalmente os da Constituição, não há distinção entre os trabalhadores do setor público e privado.

A Constituição Federal de 1988 dispõe como Princípios Fundamentais:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I- a soberania;

II- a cidadania;

III- a dignidade da pessoa humana;

IV- **os valores sociais do trabalho** e da livre iniciativa;

V- o pluralismo político. (grifo nosso)

O art. 6º da Constituição destaca que “são **direitos sociais** a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. (grifo nosso)

O art. 7º da Constituição Federal define como um dos direitos dos trabalhadores a redução dos riscos para a saúde presentes no trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança, sendo que o art. 196 da CF diz que a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, ao regulamentar os dispositivos constitucionais sobre a Saúde, dispõe, em seu artigo 6º, parágrafo 3º, que saúde do trabalhador deve ser entendida 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, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente

de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Assim, a execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador é atribuição do Sistema Único de Saúde - SUS, prescritas na Constituição e regulamentadas pela LOS.

O SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

As três instâncias do SUS (municipal, estadual e federal) têm competências comuns e complementares, sendo especificado em cada uma delas o campo da saúde do trabalhador, devendo as ações (disciplinadoras, normativas ou de execução concreta), serem executadas de forma conjunta, tornando exeqüível a intersectorialidade.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados, contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos obedecendo a alguns princípios básicos:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos, garantindo a transversalidade com a integração das ações nos três níveis de governo.

A LOS define ainda:

Art. 2º A saúde é um **direito fundamental** do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à **redução de riscos de doenças** e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso **universal e igualitário** às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado **não exclui** o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de **bem-estar físico, mental e social**. (grifo nosso)

O tema Saúde do Trabalhador foi tratado no Plano Nacional de Saúde (Portaria MS nº 2.607/04) na Diretriz “Promoção da saúde do trabalhador com melhoria das condições de vida e da atenção à saúde”, nos seguintes termos:

No conjunto das medidas voltadas à saúde do trabalhador, especial ênfase será dada à **prevenção de riscos e à promoção da qualidade de vida no trabalho**, entre as quais destacam-se a vigilância sanitária e ambiental dos processos de trabalho, assim como a vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho. [...]

A atenção integral à saúde do trabalhador será prestada, sobretudo, com o apoio da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST –, que deverá ser expandida por meio da implementação de 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), que atuarão de forma articulada com os demais serviços do SUS – atenção básica e serviços ambulatoriais e hospitalares – para o atendimento e registro de acidentes e doenças do trabalho.

Os profissionais do SUS deverão receber capacitação específica para o atendimento do trabalhador, de modo a detectar de forma precoce doenças e agravos relacionados ao trabalho, bem como deflagrar as medidas preventivas necessárias para o atendimento e o registro dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, estes últimos denominados unidades sentinelas em saúde do trabalhador. Os procedimentos para a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho nessa rede sentinela deverão observar o disposto na Portaria MS nº 777/2004.

O desenvolvimento de ações de caráter intersetorial – envolvendo, além do Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho e Emprego e o da Previdência Social, entre outros – constituirá uma estratégia essencial para a promoção de impacto positivo sobre a situação de morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho, assim como para a melhoria das condições de vida no trabalho. Nesse sentido, deverá ser implementado o diagnóstico e o registro de doenças e acidentes do trabalho para os trabalhadores da economia informal e aumentado para os da economia formal. (grifo nosso)

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST, fruto da articulação dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, e que se encontra em Consulta Pública, apresenta o seguinte propósito: “a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção-consumo, ambiente e saúde”.

As Diretrizes da PNSST são:

- I - Ampliação das ações de SST, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde.
- II - Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador.
- III – Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação.
- IV - Estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador.
- V - Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST.
- VI - Promoção de Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em Segurança e Saúde do Trabalhador.

No plano internacional, desde os anos 70, documentos da Organização Mundial da Saúde - OMS, como a Declaração de Alma Ata e a proposição da Estratégia de Saúde para Todos, têm enfatizado a necessidade de proteção e promoção da saúde e da segurança no trabalho, mediante a prevenção e o controle dos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho. Recentemente, o tema vem recebendo atenção especial no enfoque da promoção da saúde e na construção de ambientes saudáveis pela OMS. A Organização Internacional do Trabalho - OIT, na Convenção/OIT n.º 155/1981, adotada em 1981 e ratificada pelo Brasil em 1992, estabelece que o país signatário deve instituir e implementar uma política nacional em matéria de segurança e do meio ambiente de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Observa-se que foi através do Decreto n.º 127, de 22 de maio de 1991, que foi promulgada a Convenção n.º 161, da Organização Internacional do Trabalho – OIT, relativa

aos Serviços de Saúde do Trabalho, apesar de ter sido concluída, ainda, em 1985. Na parte que trata dos Princípios de uma Política Nacional, a Convenção n° 161 dispõe:

ARTIGO 1

Para os fins da presente Convenção:

a) a expressão "Serviços de Saúde no Trabalho" designa um serviço investido de funções essencialmente **preventivas** e encarregado de aconselhar o empregador, os trabalhadores e seus representantes na empresa em apreço, sobre:

i) os requisitos necessários para estabelecer e manter um ambiente de trabalho seguro e salubre, de molde a favorecer uma saúde física e mental ótima em relação com o trabalho;

ii) a adaptação do trabalho às capacidades dos trabalhadores, levando em conta seu estado de sanidade física e mental;

b) a expressão "representantes dos trabalhadores na empresa" designa as pessoas reconhecidas como tal em virtude da legislação ou da prática nacional.

[...]

ARTIGO 3

1 - Todo Membro se compromete a instituir, progressivamente, serviços de saúde no trabalho para todos os trabalhadores, **entre os quais se contam os do setor público**, e os cooperantes das cooperativas de produção, em todos os ramos da atividade econômica e em todas as empresas; as disposições adotadas deverão ser adequadas e corresponder aos riscos específicos que prevalecem nas empresas. (grifo nosso)

Segundo Vieira (2005), com a promulgação da Convenção n° 161 da OIT, os Serviços de Medicina do Trabalho passam a denominar-se Serviços de Saúde no Trabalho – SST onde se substitui a expressão “Médico do Trabalho” por “Pessoal dos Serviços de Saúde no Trabalho, manifestando dessa maneira o atual conceito de que segurança e saúde do trabalho deve ser compreendido como uma atividade multidisciplinar na qual a Medicina do Trabalho representa apenas um personagem nesse elenco de disciplinas.

[...] para a proteção da saúde do trabalhador não basta somente a aplicação de conhecimentos da área médica ou da engenharia, mas sim da conjugação de esforços desenvolvidos por uma equipe na qual deve participar além da medicina, a engenharia, a ergonomia, a higiene industrial, a assistência social e todas aquelas atividades que direta ou indiretamente colaboram e contribuem para o bem-estar físico, psíquico e social do trabalhador (VIEIRA, 2005, p. 109).

Demonstrou-se que apesar de não haver legislação específica para o setor público cuidar da saúde de seus trabalhadores, as normas gerais criam um cenário favorável para se implantar ações de saúde e proteção dos servidores públicos. É nessa linha de pensamento que o presente trabalho tem como proposta a implantação do exame periódico de saúde para os servidores do TCU.

E, nesse sentido, enquanto não houver legislação específica, sugere-se a utilização das legislações obrigatórias e dos consensos utilizados no setor privado, sempre com objetivo de promover a qualidade de vida do trabalhador, com foco na prevenção de doença, promoção de saúde e segurança no trabalho.

Dentre as legislações específicas, destacam-se as Normas Regulamentadoras estabelecidas pela Portaria nº 3.214/78 do Ministério do Trabalho, em especial a NR 7, que trata do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, que tem caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, principalmente.

Desde de 1994, todas as empresas estão obrigadas a elaborar e implementar o PCMSO, independente do número de empregados ou do grau de risco das atividades. O programa estabelece o prazo e a periodicidade para a realização das avaliações clínicas, assim como define os critérios para a execução e interpretação dos exames médicos complementares.

Por fim, com o objetivo de implantar o exame periódico de saúde no TCU e de exigir sua obrigatoriedade junto aos servidores; sugere-se, para isso, que na definição da regulamentação interna do processo contenha dispositivo combinado com o § 1º, do art. 130, da Lei 8.112/90, que dispõe:

Será punido com suspensão de até 15 (quinze) dias o servidor que, injustificadamente, recusar-se a ser submetido a **inspeção médica** determinada pela autoridade competente, cessando os efeitos da penalidade uma vez cumprida a determinação. (grifo nosso)

Para o termo: “inspeção médica”, entende-se o exame médico-pericial e o exame periódico de saúde.

3.3.2 Análise dos Dados sobre as Licenças para Tratamento da Saúde dos Servidores do TCU

Este trabalho apresenta um estudo epidemiológico das licenças para tratamento da própria saúde dos servidores do Tribunal de Contas da União.

A escolha de uma variável para ser usada no processo de descrição epidemiológica de um agravo à saúde, depende da utilidade de que se revista para esta descrição, bem como da fonte de dados disponíveis. Entre as numerosas variáveis usadas para descrever a distribuição de um evento, o sexo e a idade são as mais empregadas. Duas razões explicam a preferência: a enorme variabilidade dos agravos à saúde em relação ao sexo e à idade, e a facilidade de obtenção de dados sobre estas características, com alto grau de precisão (PEREIRA, 1995).

De acordo com Pereira (1995), três aspectos da prática da epidemiologia se destacam pelo grande impacto que podem causar nos resultados:

- a) a correta seleção da população para estudo;
- b) a apropriada aferição dos eventos e a adequada expressão dos resultados; e
- c) o controle das variáveis confundidoras, ou seja, das que confundem a interpretação dos resultados.

Foi considerado o conjunto da totalidade dos servidores do TCU, ACE – Analista de Controle Externo e TCE – Técnico de Controle Externo, com objetivo de analisar, fazer inferências, em termos das observações das características da população sobre o fenômeno dos **pedidos de afastamentos para tratamento da própria saúde dos servidores do TCU**, durante período de 1 (um) ano: setembro de 2005 a agosto de 2006, considerando as variáveis: cargo (ACE e TCE) e sexo.

Os dados das licenças para tratamento da própria saúde foram solicitados junto ao Serviço de Avaliação de Desempenho - SAD do TCU em setembro de 2006, separados por mês, sexo e cargo (ACE e TCE).

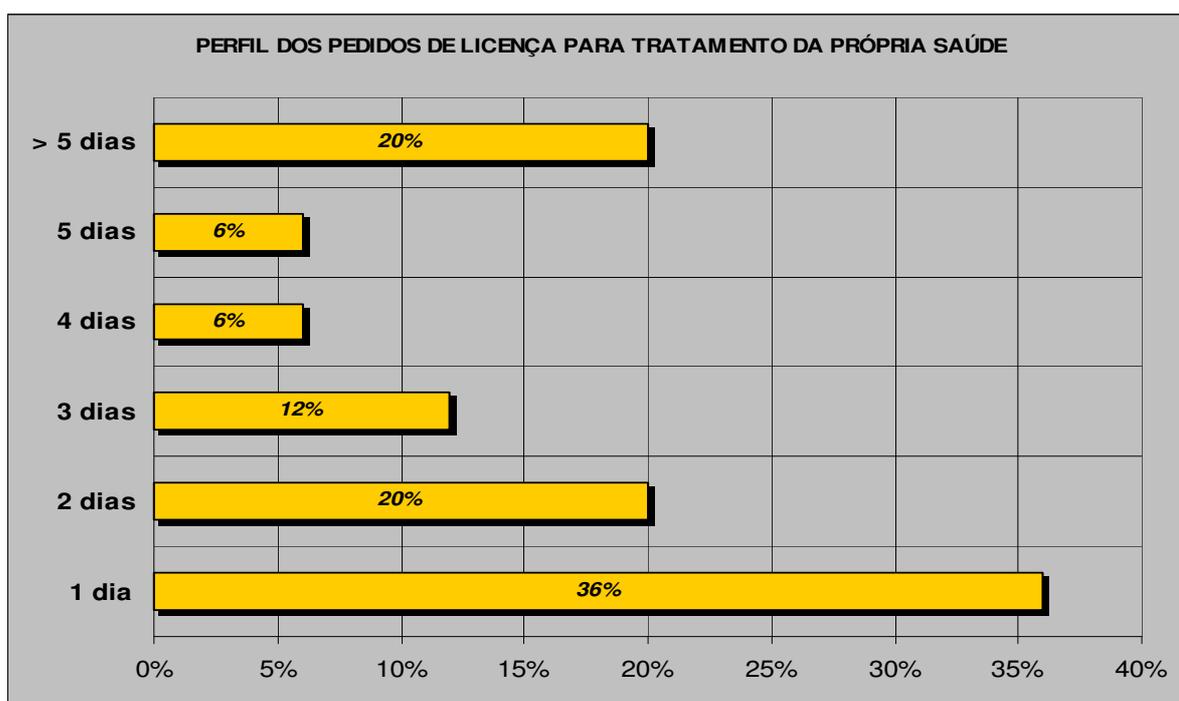
No entanto, os dados foram fornecidos pelo SAD, através do sistema de Gerenciamento de Recursos Humanos – GRH, não da forma solicitada, mas generalizada, ou seja, uma listagem geral das licenças do período solicitado por cargo e nome.

Segundo o SAD, o pedido não foi atendido em virtude do sistema não emitir relatório dos pedidos de afastamentos para tratamento da própria saúde dos servidores na forma solicitada: mês, sexo e cargo. Dessa forma, os dados brutos coletados foram ordenados manualmente por mês, sexo e cargo, a fim de viabilizar o seu exame e permitir uma visão global do fenômeno analisado.

Os valores dos dados foram organizados em tabelas e gráficos do *excel*, a fim de apresentá-los e descrever as variações de maneira mais efetiva, proporcionando uma visão sintética, clara e objetiva do fenômeno estudado, conforme as ilustrações apresentadas a seguir.

De acordo com o Gráfico 1 abaixo, o perfil dos pedidos de licença para tratamento da própria saúde dos servidores do Tribunal de Contas da União se configura da seguinte forma:

Gráfico 1 – PERFIL DOS PEDIDOS DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DA PRÓPRIA SAÚDE



Dos pedidos analisados, observa-se que 80% foram pedidos de curta duração, ou seja, de até 5 dias. Verifica-se que os afastamentos de até 2 dias correspondem a 56%.

Os pedidos de afastamentos de curta duração são representativos, conforme afirma Reis *et al* (2003, p. 617):

Vários estudos têm apontado que **afastamentos de curta duração** podem fornecer informações a respeito do estado de saúde de determinado grupo de trabalhadores, como também podem estar relacionados a fatores ligados à organização do trabalho, como duração da jornada, turnos e autonomia no trabalho, entre outros. (grifo nosso)

Observa-se que atualmente no TCU são convocados para Perícia Presencial os servidores que apresentam atestados a partir de 5 dias. Então, a rigor, 74% dos pedidos de licença para tratamento da própria saúde não são periciados com a presença do servidor, exceto, conforme dispõe o § 4º do Art. 203 da Lei 8.112/90:

§ 4º O servidor que durante o mesmo exercício **atingir o limite de trinta dias** de licença para tratamento de saúde, consecutivos ou não, para a concessão de nova licença, independentemente do prazo de sua duração, será submetido a inspeção por junta médica oficial. (grifo nosso)

A tabela 1 abaixo representa o levantamento dos dados, já organizados, dos afastamentos distribuídos por cargos, sexo e data.

Tabela 1 – QUANTIDADE DE DIAS DE LICENÇA MENSAL POR CARGO E SEXO

mês/ano	CARGO			
	ACE		TCE	
	masculino	feminino	masculino	feminino
set/05	138	158	212	288
out/05	286	398	388	568
nov/05	237	308	375	592
dez/05	130	289	286	387
jan/06	113	104	142	290
fev/06	442	313	296	514
mar/06	328	364	400	571
abr/06	362	246	513	556
mai/06	502	254	447	561
jun/06	473	323	464	515
jul/06	522	288	422	639
ago/06	489	281	443	624
total	4022	3326	4388	6105

Para fins de análise, a tabela 1 não se mostra representativa, pois os dados estão em números absolutos, apesar de estarem organizados.

Por meio dos dados ordenados obteve-se a análise utilizando os índices comparativos entre servidores, sexo e cargo; e a quantificação dos dias de afastamento.

Segundo a tabela 2, o número total de servidores ACE (em 31/03/2006) é de 1.251, sendo: 873 do sexo masculino, igual a 70% do total; e 378 do sexo feminino, ou seja, 30%.

Nesse sentido, para o estudo foi considerado como total de dias de trabalho o número de servidores multiplicado por 365 dias, totalizando 465.615 dias.

Tabela 2 – RELAÇÃO TOTAL DO N° DE SERVIDORES POR SEXO E DOS DIAS DE TRABALHO (ACE)

Sexo	N° de servidores (1)	servidores x 365 (2)	Porcentagem (%) (3)
masculino	873	318.645	70
feminino	378	137.970	30
total	1251	456.615	100

(1) N° de servidores = total de servidores ativos.

(2) Servidores x 365 dias = total dias de trabalho.

(3) Porcentagem (%) = relação entre servidores por sexo sobre o total.

Segundo a tabela 3, o número total de servidores TCE (em 31/03/2006) é de 947, sendo: 410 do sexo masculino, igual a 43% do total; e 537 do sexo feminino, ou seja, 57%.

Nesse sentido, para o estudo foi considerado como total de dias de trabalho o número de servidores multiplicado por 365 dias, totalizando 345.655 dias.

Tabela 3 – RELAÇÃO TOTAL DO N° DE SERVIDORES POR SEXO E DOS DIAS DE TRABALHO (TCE)

Sexo	N° de servidores (1)	servidores x 365 (2)	Porcentagem (%) (3)
masculino	410	149.650	43
feminino	537	196.005	57
total	947	345.655	100

(1) N° de servidores = total de servidores ativos.

(2) Servidores x 365 dias = total dias de trabalho.

(3) Porcentagem (%) = relação entre servidores por sexo sobre o total.

De acordo com a tabela 4, do total dos pedidos de afastamentos dos servidores ACE, verifica-se que 572 servidores solicitaram algum dia de afastamento, sendo 351 do sexo masculino e 221 do sexo feminino.

Dessa forma, observa-se, comparando as tabelas 2 e 4, que 40% dos homens ACE solicitaram algum dia de afastamento, contra 58% das mulheres ACE.

Após a análise, verifica-se que apesar de o número absoluto dos dias de afastamento de servidores ACE do sexo masculino ser superior ao do feminino, quando analisado em número relativo é menor que o feminino, pois o índice anual de afastamento, conforme ilustrado na tabela 4, é de 1,26% para o sexo masculino e de 2,41% para o feminino.

Tabela 04 – ANÁLISE DOS AFASTAMENTOS EM DIA E PERCENTUAL (ACE)

Sexo	Nº de Servidores (1)	Total em dias (2)	Índice anual (%) (3)	Média em dias (4)
masculino	351	4.022	1,26	4,60
feminino	221	3.326	2,41	8,80
total	572	7.348	1,61	5,88

(1) N° de servidores = o total de servidores que entraram com algum pedido de licença no período.

(2) Total de afastamentos em dias no período: 01/08/2005 a 31/09/2006.

(3) Índice anual = total de dias de afastamento efetivos por sexo sobre o seu total de dias de trabalho.

(4) Média em dias por sexo = índice anual (%) x 365.

De acordo com a tabela 5, do total dos pedidos de afastamentos dos servidores TCE, verifica-se que 513 servidores solicitaram algum dia de afastamento, sendo 260 do sexo masculino e 253 do sexo feminino.

Dessa forma, observa-se, comparando as tabelas 3 e 5, que 63% dos homens TCE solicitaram algum dia de afastamento, contra 47% das mulheres TCE.

Tabela 05 – ANÁLISE DOS AFASTAMENTOS EM DIA E PERCENTUAL (TCE)

Sexo	Nº de Servidores (1)	Total em dias (2)	Índice anual (%) (1)	Média em dias (2)
masculino	260	4.388	2,93	10,69
feminino	253	6.105	3,11	11,35
total	513	10.493	3,04	11,10

(1) N° de servidores = o total de servidores que entraram com algum pedido de licença no período.

(2) Total de afastamentos em dias no período: 01/08/2005 a 31/09/2006.

(3) Índice anual = total de dias de afastamento efetivos por sexo sobre o seu total de dias de trabalho.

(4) Média em dias por sexo = índice anual (%) x 365.

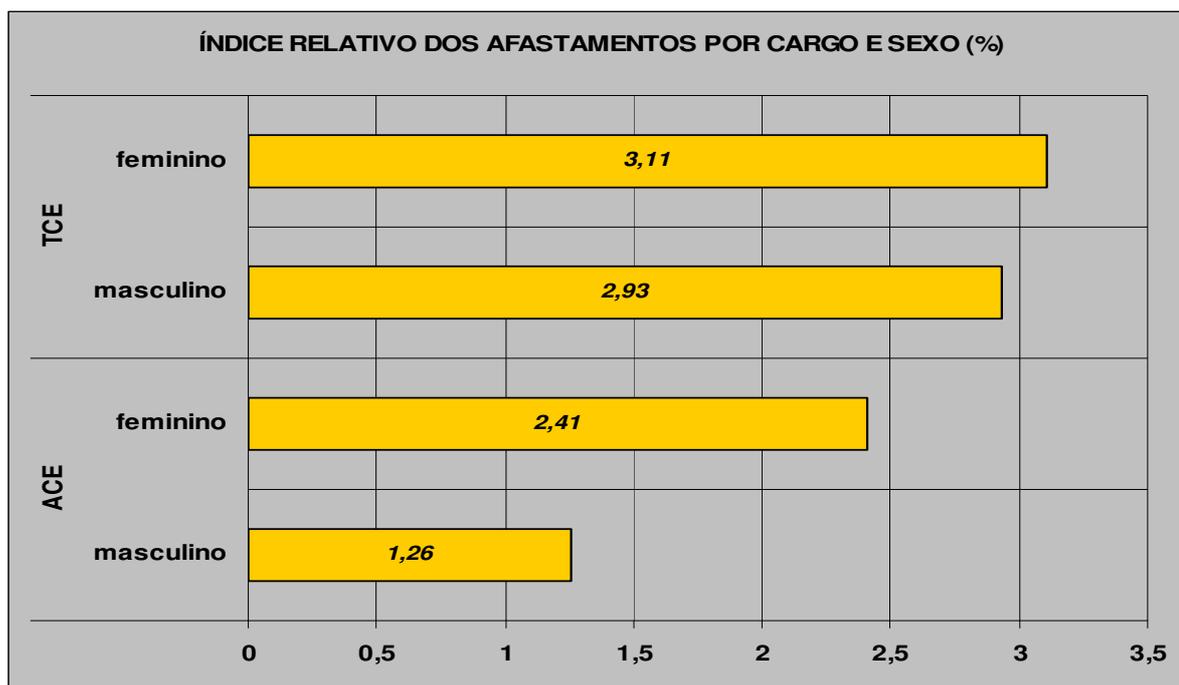
Após a análise, pode-se afirmar que o índice anual de afastamento dos TCE, conforme ilustrado na tabela 05, é de 2,93% para o sexo masculino e de 3,11% para o feminino.

Conclui-se que o índice anual de afastamento é maior entre os TCE, comparando com os ACE.

Segundo Pereira (1995), há diferença entre os sexos, no tocante a aspectos da mortalidade e da morbidade. A mortalidade é maior entre os homens, a mulher vive de 4 a 10 anos mais do que os homens. A morbidade é maior entre as mulheres, e elas utilizam os serviços de saúde 20% a mais do que homens.

Nesse sentido, Reis *et al* (2003, p. 621) em seu estudo, afirma que “mulheres se afastam mais dos que os homens”, o que foi ratificado na análise. O gráfico 2 ilustra bem a comparação dos índices por cargo e sexo.

Gráfico 2 – ÍNDICE RELATIVO DOS AFASTAMENTOS POR CARGO E SEXO



Os gráficos 3 e 4, abaixo, demonstram a evolução histórica acumulada das licenças para tratamento da própria saúde. Apresentam-se para verificação visual das variações e tendências.

Gráfico 3 – DIAS DE AFASTAMENTOS ACUMULADOS TCE

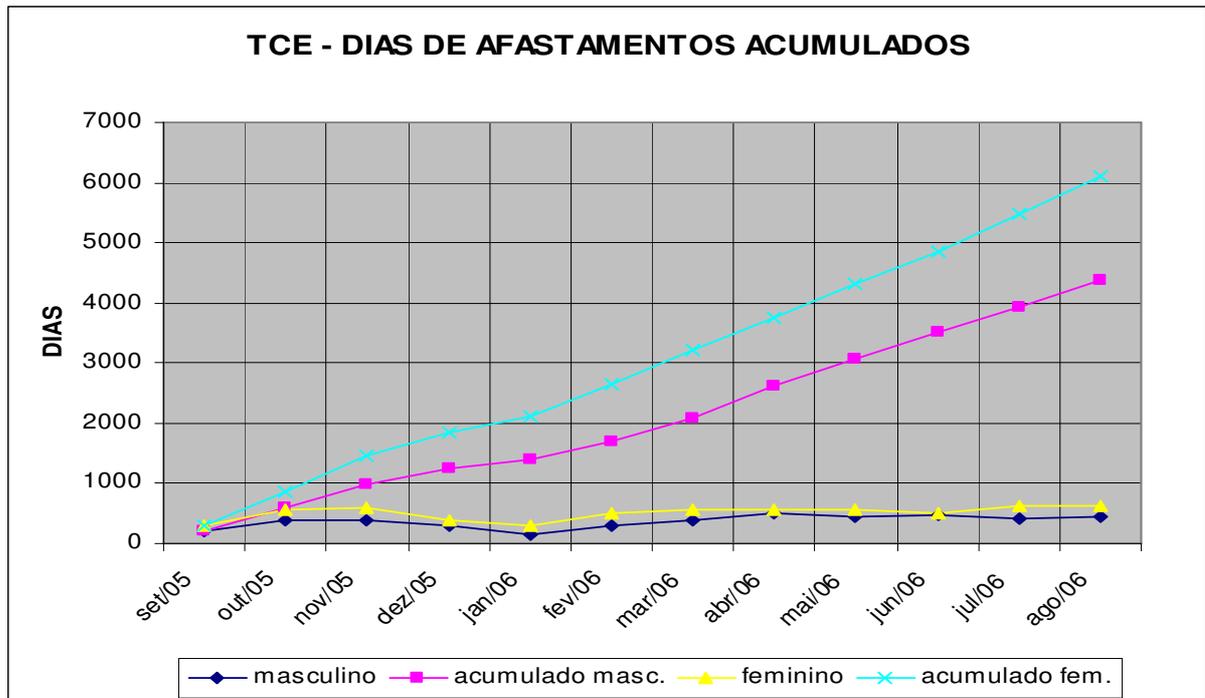
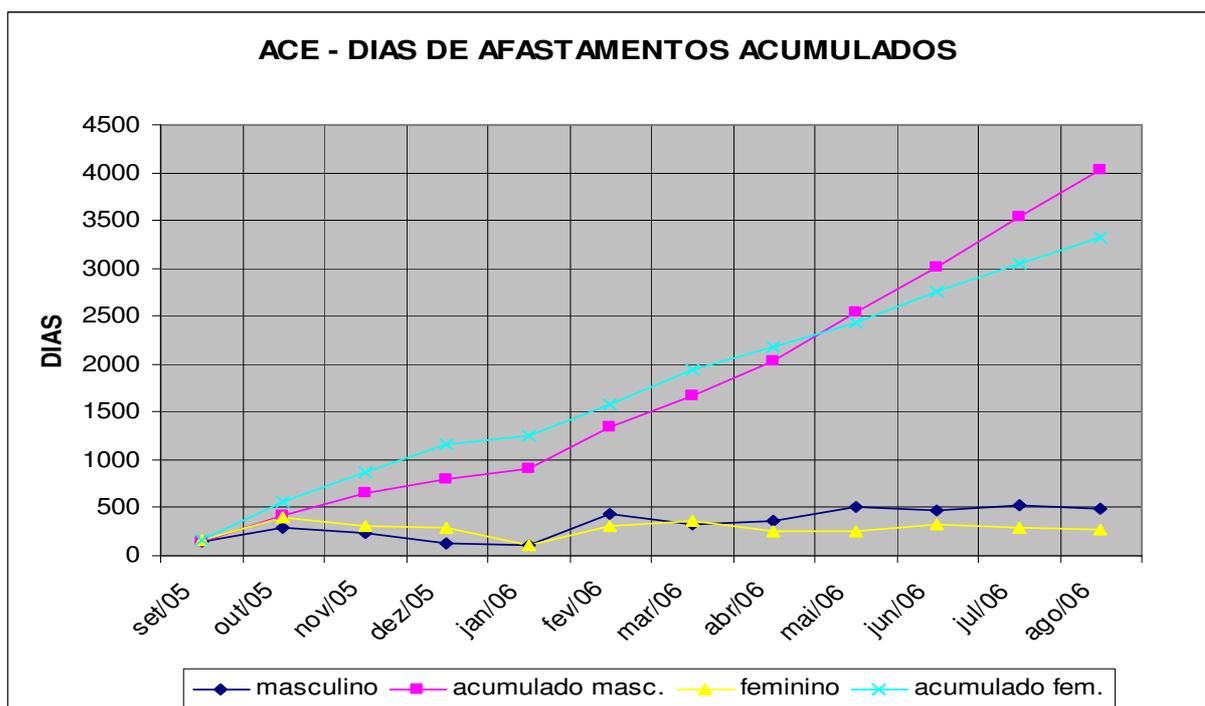


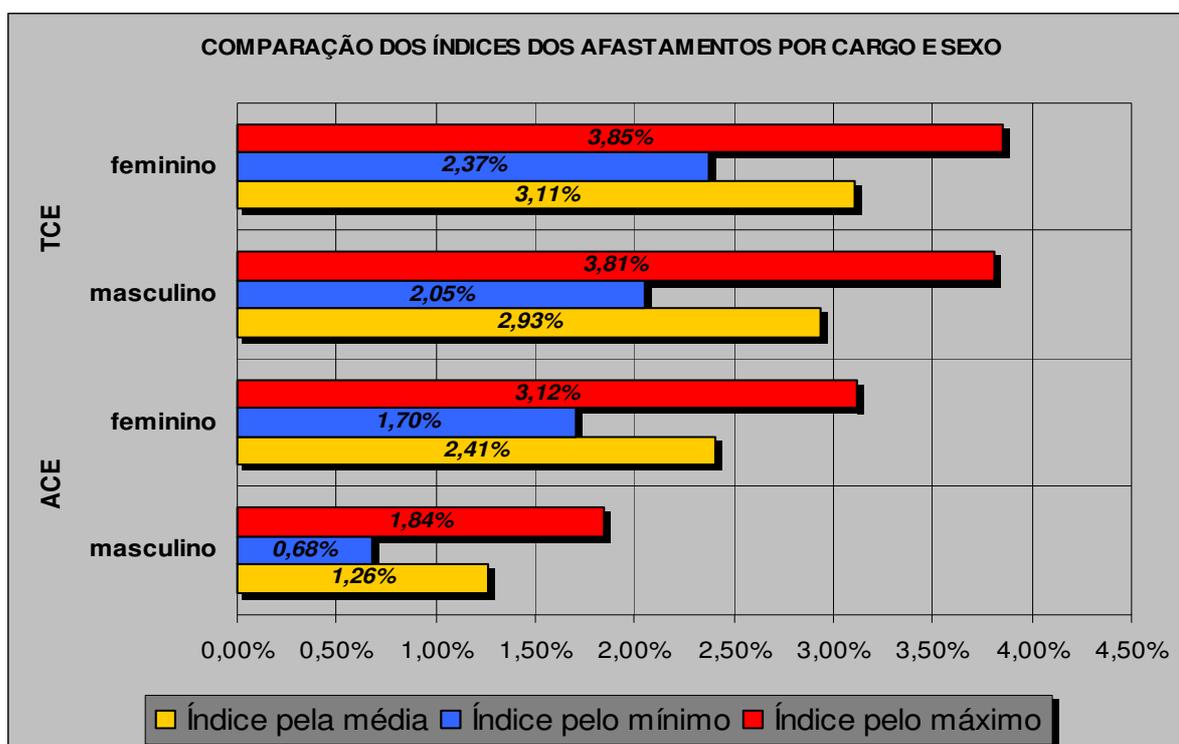
Gráfico 4 – DIAS DE AFASTAMENTOS ACUMULADOS ACE



No gráfico 5, observa-se a comparação dos índices relativos dos afastamentos por cargo e sexo: a) pela média; b) pelo mínimo; e c) pelo máximo. Sendo que representam:

- a) **o índice pela média**, a situação atual dos afastamentos;
- b) **o índice pelo mínimo**, o valor estatístico estimado, situação positiva, que se pode chegar com a implantação do exame periódico de saúde e de programas de saúde para o servidor; e
- c) **o índice pelo máximo**, valor estatístico estimado, situação negativa, onde o índice pode atingir caso não sejam realizadas ações de prevenção de doença e promoção de saúde no trabalho.

Gráfico 5 – ÍNDICE RELATIVO DOS AFASTAMENTOS POR CARGO E SEXO



Quanto à finalidade dos programas de prevenção, destaca-se que a do exame periódico de saúde é investigar se já ocorreu alguma alteração na saúde dos servidores, antes mesmo do aparecimento das manifestações clínicas, possibilitando um tratamento adequado a estas patologias que, até então, poderiam ser desconhecidas ou passar despercebidas pelo próprio servidor.

Pode-se dizer que essa investigação é uma ação preventiva, em que a eterna vigilância é o fator preponderante para uma boa qualidade da saúde do servidor, nesse sentido, observa-se a importância do Exame Periódico de Saúde.

3.3.3 Custo das Licenças para Tratamento da Saúde dos Servidores no TCU e as Vantagens dos Investimentos em Prevenção

Para quantificar os valores apresentados, obteve-se junto à DIPAG (Diretoria de Pagamento), dados referentes à folha de pagamento dos servidores ACE e TCE. A partir desses dados foram calculados os custos dos afastamentos, considerando a média bruta da remuneração por cargo.

De acordo com as tabelas 06, 07 e 08, verificam-se os custos por dia, discriminados por cargo, sexo e total.

Tabela 06 – CUSTO DAS LICENÇAS PARA TRATAMENTO DA PRÓPRIA SAÚDE

	CARGO			
	ACE		TCE	
	masculino	feminino	masculino	feminino
Custo por dia	443,33	443,33	321,33	321,33
Dias de afastamentos	4.022	3.326	4.388	6.105
Custo	R\$ 1.783.073,26	R\$ 1.474.515,58	R\$ 1.409.996,04	R\$ 1.961.719,65
Custo parcial		R\$ 3.257.588,84		R\$ 3.371.715,69
Custo total				R\$ 6.629.304,53

Tabela 07 – CUSTO DAS LICENÇAS PARA TRATAMENTO – VALOR MÍNIMO

	CARGO			
	ACE		TCE	
	masculino	feminino	masculino	feminino
Desvio padrão	153,73	81,15	110,27	120,98
Média	335,17	277,17	365,67	508,75
Índice da média	1,26%	2,41%	2,93%	3,11%
Mínimo (1)	181,44	196,01	255,4	387,77
Índice do mínimo (2)	0,68%	1,70%	2,05%	2,37%
Custo por dia	443,33	443,33	321,33	321,33
Custo pela média	R\$ 1.783.073,26	R\$ 1.474.515,58	R\$ 1.409.996,04	R\$ 1.961.719,65
Total				R\$ 6.629.304,53
Custo pelo mínimo (3)	R\$ 965.243,94	R\$ 1.042.752,82	R\$ 984.803,21	R\$ 1.495.225,61
Total				R\$ 4.488.025,58
Redução do custo	R\$ 817.829,32	R\$ 431.762,76	R\$ 425.192,83	R\$ 466.494,04
Total				R\$ 2.141.278,95

(1) Mínimo = média - desvio padrão.

(2) Índice do mínimo = (índice da média x mínimo) / média.

(3) Custo pelo mínimo = (índice do mínimo x custo pela média) / índice da média.

Tabela 08 - CUSTO DAS LICENÇAS PARA TRATAMENTO - VALOR MÁXIMO

	CARGO			
	ACE		TCE	
	masculino	feminino	masculino	feminino
Desvio padrão	153,73	81,15	110,27	120,98
Média	335,17	277,17	365,67	508,75
Índice da média	1,26%	2,41%	2,93%	3,11%
Máximo (1)	488,90	358,32	475,94	629,73
Índice do máximo (2)	1,84%	3,12%	3,81%	3,85%
Custo por dia	443,33	443,33	321,33	321,33
Custo pela média	R\$ 1.783.073,26	R\$ 1.474.515,58	R\$ 1.409.996,04	R\$ 1.961.719,65
Total				R\$ 6.629.304,53
Custo pelo máximo (3)	R\$ 2.600.902,58	R\$ 1.906.225,14	R\$ 1.835.188,87	R\$ 2.428.213,69
Total				R\$ 8.770.530,28
Aumento do custo	R\$ 817.829,32	R\$ 431.709,56	R\$ 425.192,83	R\$ 466.494,04
Total				R\$ 2.141.225,75

(1) Máximo = média + desvio padrão.

(2) Índice do máximo = (índice da média x máximo) / média.

(3) Custo pelo máximo = (índice do máximo x custo pela média) / índice da média.

A relação custo-benefício de programas de promoção de saúde, segundo Karch (2002), nos estudos mais pessimistas, tem demonstrado um retorno na ordem de 20% sobre o investimento, ou seja, “para cada R\$1,00 aplicado você tem um retorno de R\$1,20”. Ainda, de acordo com o autor: “outros proporcionam retorno altíssimo, na razão de 1 para 10, dependendo do foco de análise”. Por exemplo, alguns focam unicamente os gastos médicos-hospitalares e não a produtividade, outros só o índice de absenteísmo. Para este autor, a implantação de um programa de promoção de saúde bem estruturado e operacionalizado e corretamente avaliado é efetivamente vantajoso.

Ainda sobre as vantagens dos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, Tessari (2005) afirma que os recursos aplicados no setor não constituem despesa e, sim investimento:

Existem estudos que mostram que para cada real investido em prevenção são economizados cinco, evitando-se internações e o uso de medicamentos, como, por exemplo, no caso de diabetes, hipertensão ou mesmo obesidade, que já chega há índices alarmantes no Brasil.

De acordo com o Ministério do Planejamento, numa visão mais otimista:

Segundo estimativas preliminares da Secretaria de Recursos Humanos, com base em estudos da Organização Mundial de Saúde, para cada R\$1,00 investido em prevenção economiza-se cerca de R\$16,00 ao combater as doenças ocupacionais, diminuindo os afastamentos por doença, o absenteísmo ou as aposentadorias por invalidez (BRASIL, 2006, p. 108).

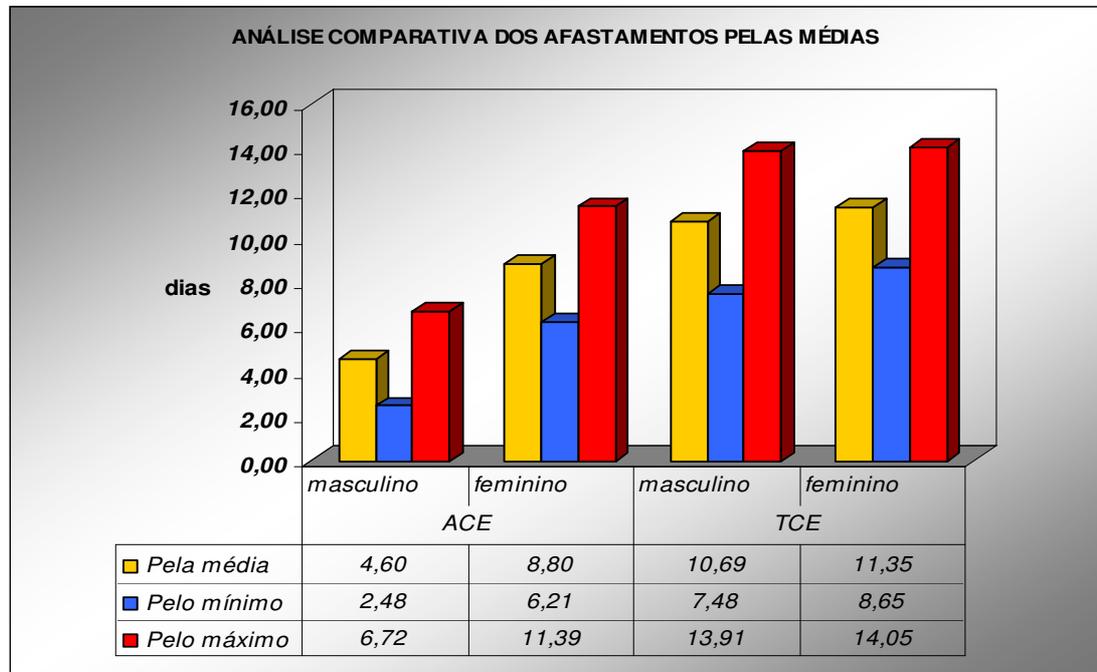
Observa-se na tabela 07 a economia dos afastamentos por cargo, sexo e total, e essa redução ficaria em torno de R\$2,1 milhões, considerando que são valores subestimados.

Nesse sentido, será apresentada a seguir um uma tabela descritiva com as principais variáveis diagnosticadas que não foram incluídas no cálculo e, por agregar valores, subestimam os custos demonstrados nas tabelas: 06, 07 e 08:

	Variáveis	Justificativas
a.	Foram analisados apenas os afastamentos para tratamento da própria saúde.	Não foram incluídos as licenças por motivo de doença em pessoa da família nem os atestados de comparecimento.
b.	O cálculo em dia foi feito com base nos 365 dias do ano.	80% dos pedidos das licenças para tratamento da própria saúde são de atestados de até 5 dias, ou seja, excluem os finais de semana.
c.	A produtividade do servidor desprotegido pela organização.	Servidores desmotivados, são descomprometidos com a organização, produzem menos e com baixa qualidade.
d.	Responsabilidade social da organização com o recurso humano.	Há uma valorização da imagem da organização perante o público externo.
e.	Vida útil do servidor na ativa.	Não foram incluídas as aposentadorias precoces nem a estimativa da melhoria da qualidade de vida no trabalho dos servidores.

O gráfico 6, por fim, demonstra a análise comparativa dos afastamentos pelas médias em dias.

Gráfico 6 – ANÁLISE COMPARATIVA DOS AFASTAMENTOS PELAS MÉDIAS EM DIAS



Portanto, de acordo com o gráfico 6, verifica-se que se não houver investimento na prevenção, a tendência é atingir o custo pelo valor máximo, acarretando um aumento nos níveis de morbidade e no dispêndio de recursos humanos, e uma baixa na produtividade.

3.3.4 Experiências de Outras Instituições

Qualquer que seja a atividade econômica impulsionadora de um país, a mesma encontra no trabalho realizado pelo ser humano o instrumento viabilizador final dos objetivos pretendidos. Tal fato demonstra o interesse que se deve ter em relação à saúde do trabalhador, qualquer que seja seu nível de trabalho. Daí a preocupação maior, demonstrada pelas autoridades do país, em proteger o trabalho em suas várias implicações (RIO, 1999).

Pesquisadores há muito tempo verificaram uma íntima relação entre a atividade exercida pelo trabalhador e o tipo de doença que o mesmo adquiriu, com isso gerando um interesse cada vez maior de proteção a esse trabalhador em seu ambiente de trabalho.

Dessa forma, a área de saúde do trabalhador tem sido objeto de muitas pesquisas epidemiológicas como esta, pois têm o objetivo de promover a saúde física e mental do trabalhador e, ainda, de identificar riscos à saúde, relacionados a condições e ambientes de trabalho. A simples vigilância dos riscos e dos danos possibilita a realização de estudos descritivos, cujos dados são úteis para verificar a existência de problemas, para levantar hipóteses e para monitorar a evolução desses dados.

Nesse sentido, é através de estudo metodológico como este e da troca de experiência profissional que permitem o aprimoramento do conhecimento dos fenômenos e, assim, obtêm-se, como resultado, propostas de melhoria.

Então, a partir de Modelos de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças adotados em organizações do setor público e do privado, foi elaborado um questionário dirigido e preenchido pelos convidados, pessoas envolvidas diretamente nesses modelos. Foram, para isso, convidados 2 (duas) empresas públicas e 2 (dois) órgãos públicos, respectivamente:

- Caixa Econômica Federal – CEF;
- Eletronorte;
- Superior Tribunal de Justiça – STJ; e
- Procuradoria Geral da República – PGR.

Seguem as descrições das perguntas e respostas do questionário e, a partir da análise, propõe-se um Modelo para o TCU baseado nas seguintes premissas:

1) Qual é a fundamentação legal adotada por sua organização?

CEF	Eletronorte	STJ	PGR
“NR 7 e CLT”	“NR 7, NR 9, NR 10 e Acordo coletivo de trabalho.”	“Ato nº 100, de 20 de maio de 205.”	“Portaria da PGR.”

Análise:

- a) A CEF e a Eletronorte são empresas públicas e estão sujeitas ao regime da CLT; e, por isso, estão obrigadas a manterem o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, que está regulamentado na NR-7. Dessa forma, todos os funcionários são submetidos ao exame periódico.
- b) O STJ e a PGR regulamentaram o exame periódico por intermédio de norma interna.

- c) No STJ, o exame periódico é obrigatório para os seus servidores, conforme disciplina o Ato nº 100/2005. Nesse Ato, há dispositivo combinado com o § 1º, do art. 130, da Lei 8.112/90.
- d) Na PGR, o exame é opcional.

2) O Serviço de Saúde de sua organização possui quantos colaboradores?

PROFISSIONAIS	CEF (1)	Eletronorte	STJ	PGR
MÉDICO	16	04	19	14
ENFERMEIRO	09	00	02	20
PSICÓLOGO	11	04	05	02
NUTRICIONISTA	00	02	03	01
FISIOTERAPEUTA	00	00	05	00
ASSISTENTE SOCIAL	12	01	03	01
EDUCAÇÃO FÍSICA	00	08	00	00
CIRURGIÃO-DENTISTA	28	02	09	09
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA	19	00	00	00
TERAPEUTA OCUPACIONAL	00	00	00	00
TÉCNICO EM SEGURANÇA	48	00	00	00
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM	14	02	19	01
TOTAL	157	23	65	48

(1) “Possuímos ainda convênios com clínicas especializadas por todo o país.”

Análise:

- a) A CEF possui 68.500 funcionários em âmbito nacional e ainda tem convênios com clínicas especializadas por todo o país. Realiza o PCMSO, homologação de afastamentos e, ainda, várias ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e segurança no trabalho. O atendimento assistencial e o pronto atendimento são realizados pela assistência à saúde dos funcionários, “plano”, que é gerido pelos próprios funcionários: “auto gestão”.
- b) A Eletronorte possui 900 funcionários em Brasília. Realiza o PCMSO, homologação de afastamentos e, ainda, várias ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e segurança no trabalho. Não realizam atendimento assistencial nem pronto atendimento (emergências).
- c) O STJ possui em torno de 3.000 servidores em Brasília. Realiza o exame periódico, atividade de perícia médica, atendimento assistencial, pronto atendimento e várias ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e segurança no trabalho. O plano de saúde é “auto gestão”.
- d) A PGR possui em torno de 1.600 servidores em Brasília. Realiza o exame periódico, atividade de perícia médica, atendimento assistencial, pronto

atendimento e várias ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e segurança no trabalho.

3) Quais são os exames solicitados previamente (rotina)?

EXAMES	CEF	Eletronorte	STJ	PGR
SANGUE:				
HEMOGRAMA COMPLETO	X	X	X	X
SÓDIO				
POTÁSSIO				
URÉIA	X	X		X
CREATININA	X	X		X
ÁCIDO ÚRICO	X	X		X
GLICOSE DE JEJUM	X	X	X	X
COLESTEROL TOTAL	X	X	X	X
HDL	X	X	X	X
LDL	X	X	X	X
TRIGLICERÍDEOS	X	X	X	X
VLDL		X	X	
TSH		X	X	
T4 livre				
TGO, TGP		X		X
Gama GT		X	X	X
BILIRRUBINAS				
PSA (homens > 45 anos)	X	> 40 anos	X	X
<i>Outros:</i>		Machado Guerreiro		
URINA:				
EAS	X	X	X	X
FEZES:				
EPF	X			X
SANGUE OCULTO (pessoas > 40 anos)				

Análise:

- Só houve conformidade entre as instituições apenas em quatro exames: hemograma completo, perfil lipídico, PSA e o EAS.
- Nenhuma instituição faz solicitação dos exames: sódio, potássio, T4 livre, bilirrubinas e sangue oculto nas fezes.

4) São realizados outros exames complementares?

EXAMES COMPLEMENTARES	CEF	Eletronorte	STJ	PGR
ECG	O Médico do Trabalho poderá solicitar qualquer exame que julgue necessário.	X	X	X
EEG		Periculosidade		
RX de Tórax (PA e Perfil esquerdo)		Fumante		
ACUIDADE VISUAL		X	Motorista	X
ACUIDADE AUDITIVA		Periculosidade	Telefonista	
MAMOGRAFIA (mulheres > 40 anos)		X	X	X
DENSIOMETRIA ÓSSEA (pessoas > 45 anos)				
Outros?			(1)	

(1) “USG Próstata (homens acima de 40 anos). Mamografia (acima de 40 anos) e USG transvaginal (para todas as empregadas). Teste ergométrico acima de 40 anos.”

Análise:

- Há conformidade entre as instituições nos exames: ECG e Mamografia para mulheres acima de 40 anos.
- Nenhuma instituição solicita densiometria óssea.

5) No exame periódico são realizadas:

AVALIAÇÕES	CEF	Eletronorte	STJ	PGR
DO RISCO CORONARIANO?	X	X	X	X
DO NÍVEL DE ESTRESSE?	X	X	X	X
DO IMC?	X	X	X	X
DOS PONTOS DE DORES?	X			
DA DEPRESSÃO?	X			
DO ALCOOLISMO?	X	X	X	X

Análise:

- Exceto as avaliações dos pontos de dores e da depressão, todas as instituições realizam as outras avaliações indicadas.
- A CEF indicou que realiza todas as avaliações indicadas, porém quando perguntada sobre os protocolos adotados pela instituição, não souberam responder.

6) O efetivo de profissionais está adequado em quantidade e especialidade?

CEF	Eletronorte	STJ	PGR
“Sim, conforme a NR 4.”	“Sim.”	“Sim.”	“Sim.”

Análise:

- a) Todas as instituições responderam que sim.
- b) Os profissionais da Eletronorte são terceirizados.

7) Quantos funcionários/servidores sua organização possui (aproximadamente)?

CEF	Eletronorte	STJ	PGR
“68.500 (âmbito nacional).”	“900, na Sede, em Brasília.”	“+ ou – 3000 servidores.”	“1600.”

Análise:

- a) Exceto a CEF, o número de funcionários/servidores refere-se a Brasília.
- a) O número de servidores da PGR é parecido com o número de servidores do TCU lotados em Brasília.

8) Os dados obtidos são organizados num banco de dados?

CEF	Eletronorte	STJ	PGR
“Sim, JAVA SCRIPT.”	“Sim, SD2000.”	“Sim, próprio de programa EPS”	“Sim.”

Análise:

- a) Todas as instituições responderam que utilizam um sistema de banco de dados para armazenar e gerenciar os dados obtidos no exame periódico.

9) O que a “alta administração” acha do exame periódico?

CEF	“O exame periódico deve ser realizado não apenas para atender legislação, mas como importante instrumento para avaliar a saúde dos empregados, adotando um programa eficiente de prevenção de doenças no trabalho.”
Eletronorte	“Existe grande interesse e investimento.”
STJ	“A Presidência do órgão efetivou o exame através de Ato Administrativo, mostrando a importância deste procedimento médico dentro da gestão pública.”
PGR	“Tem apoio de modo total.”

Análise:

- a) De forma geral, todas as instituições têm o apoio da alta administração.
- b) Destaca-se a resposta da CEF, quando afirma que “O exame periódico deve ser realizado não apenas para atender legislação”.

10) Qual é a sua opinião sobre o exame periódico de saúde?

CEF	“Outras questões de saúde, além das relacionadas ao trabalho, devem ser abordadas, tais como cardiologia, nutrição, tabagismo, alcoolismo, depressão e outros, a fim de prevenir absenteísmo e promover a qualidade de vida do empregado.”
Eletronorte	“Muito bom, pois permite ao empregado a realização de <i>check-up</i> anual.”
STJ	“É de grande importância para a promoção da saúde e melhor relacionamento entre os servidores e a secretaria de saúde, orientando e educando para a responsabilização do indivíduo pela sua saúde.”
PGR	“Grande utilidade. Imprescindível.”

Análise:

- De forma geral, todos responderam que é importante o exame periódico de saúde.
- Destaca-se a resposta do STJ, quando afirma que: “para a promoção da saúde e melhor relacionamento entre os servidores e a secretaria de saúde”.

11) Há estudo em sua organização quanto aos níveis de afastamentos (absenteísmo) antes e depois da implantação do exame periódico?

CEF	Eletronorte	STJ	PGR
“Não.”	“Desconheço.”	“Não.” (1)	“Sim.”

(1) “Outros indicativos são avaliados, como redução de internações, maior participação nos Programas Preventivos.”

Análise:

- A vigilância dos índices de absenteísmo possibilita a realização de estudos descritivos, cujos dados são úteis para verificar a existência de problemas, para levantar hipóteses, para gerenciar ações e para monitorar a evolução desses dados.

Conclui-se, assim, as descrições das perguntas e respostas do questionário aplicado.

Destaca-se a colaboração dos representantes da CEF, da Eletronorte, do STJ e da PGR que participaram da pesquisa. Todos se mostraram atenciosos e privilegiados pelo convite.

4. PROPOSTA DO MODELO PARA O TCU

4.1 Modelo de Exame Periódico de Saúde para o TCU

A proposta de implantação do exame periódico de saúde para os servidores do Tribunal de Contas da União é uma medida utilizada para proporcionar uma melhoria de saúde em todos os níveis (físico, mental e emocional), com caráter preventivo e utilizada na promoção, no controle de saúde geral e ocupacional, e na valorização do servidor; representa também a oportunidade de a equipe de saúde estreitar a relação com o servidor, fazendo com que ele se sinta valorizado como ser humano e participante ativo no desenvolvimento do TCU.

De acordo com Rio (1999, p. 153): “os exames periódicos são um momento privilegiado para a avaliação da aptidão do empregado às funções que exerce”. Além do mais, é através deles que se fazem:

- O monitoramento biológico contínuo de empregados expostos a riscos ambientais;
- O levantamento das manifestações clínicas de empregados expostos a riscos ergonômicos;
- O acompanhamento dos resultados nas mudanças ambientais ou ergonômicas que visam à melhoria das condições de trabalho;
- O núcleo dos programas especiais (prevenção de doenças músculo-esqueléticas, programa de conservação auditiva, controle de hipertensos, planejamento familiar, etc.).

O autor supracitado afirma ainda que o exame periódico deva ser tratado como uma oportunidade de conhecer melhor o servidor, sob vários aspectos: físico, mental e social; dessa forma, no momento da sua realização, deve-se solicitar ao servidor informações as mais detalhadas possíveis sobre seus hábitos pessoais, sobre sintomas que apresente ou tenha observado durante o período em que se encontra trabalhando. É importante pesquisar, também, sua saúde atual e pregressa, possíveis problemas familiares ou dificuldades pelas quais esteja passando ou tenha passado e que possam estar afetando o desenvolvimento normal de sua atividade laborativa. É necessário descobrir suas expectativas perante o

trabalho e contrariedades vividas nele, já que no momento do exame admissional, que possivelmente foram omitidas.

Nesse sentido, Segundo o Ministério da Saúde (2001), a *anamnese* ocupacional faz parte da entrevista médica, que compreende a história clínica atual, a investigação sobre os diversos sistemas ou aparelhos, os antecedentes pessoais e familiares, a história ocupacional, hábitos e estilo de vida, o exame físico e a propedêutica complementar. De acordo com a situação específica, a exploração das condições de exposição a fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e condições de trabalho, levantadas a partir da entrevista com o paciente/trabalhador, poderá ser complementada por meio da literatura técnica especializada, da observação direta do posto de trabalho, da análise ergonômica da atividade, da descrição dos produtos químicos utilizados no processo de trabalho e da respectiva ficha toxicológica obtida diretamente dos responsáveis pelo processo, como encarregados, gerentes, fabricantes de produtos e junto aos próprios trabalhadores.

É preciso realizar um exame periódico de saúde com destaque em cada detalhe, nos exames prévios, no interrogatório, no exame físico e nas avaliações complementares, não apenas com a obrigação de cumprir uma determinada exigência legal, mas também como uma oportunidade de orientar o servidor sobre os aspectos que certamente resultariam em uma vida melhor e mais saudável, como por exemplo, hábitos pessoais, tipo de alimentação, controle e tratamento de doenças relacionadas ao trabalho ou não, administração do seu tempo livre e lazer, administração do estresse, e outros fatores relacionados com a vida do servidor.

No exame periódico de saúde deve-se preconizar tratamento diferenciado para aqueles que durante o exame admissional ou na consulta assistencial apresentaram alguma alteração clínica, hipertensão arterial, diabetes, lipedemia, deficiência da capacidade auditiva ou visual, e, ainda, os têm um histórico familiar de câncer, deverão ter uma avaliação especial, como complemento de programas que podem ser desenvolvidos na organização, para controle dessas doenças.

Conforme entendimento, pela ausência de legislação específica, o setor público não está obrigado a implantar ações de segurança e saúde dos seus servidores. No entanto, observa-se que em algumas normas, principalmente na Constituição Federal de 1988, não são feitas nenhuma distinção entre os trabalhadores do setor público e privado.

As organizações privadas, por sua vez, estão obrigadas por lei a zelar pela segurança e saúde dos seus trabalhadores. Porém, elas estão cada vez mais investindo, não preocupadas apenas com o cumprimento das normas de segurança e saúde do trabalhador, mas de olho no retorno do capital aplicado.

As principais normas, que obrigam a maioria das organizações do setor privado, estão prescritas nas Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança do Trabalho – NRs, são:

- a) NR 4 – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT;
- b) NR 5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- c) NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO;
- d) NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA; e
- e) NR 17 – Ergonomia.

Portanto, para garantir a implantação, operacionalização e o gerenciamento do exame periódico de saúde dos servidores no TCU, desde as ações de promoção até as ações de reabilitação, com efetividade e continuidade, propõe-se, conforme:

a) Diretrizes:

- Promover saúde e prevenir doenças dos servidores do TCU, os da Sede, em Brasília, e os das SECEXs, nos estados.
- Reduzir os índices de absenteísmo e o custo dos afastamentos.
- Promover a valorização do capital humano com responsabilidade social.
- Profissionalizar e estruturar as unidades de assistência à saúde.
- Consolidar o sistema de informação de gestão de saúde.

b) Legislações:

Enquanto não houver legislação específica que trata da obrigatoriedade do setor público em prestar assistência à saúde e segurança do servidor público no trabalho, sugere-se a adoção das normas relacionadas abaixo. Destaca-se que essas normas já foram discutidas anteriormente neste trabalho:

<p>a) Constituição Federal de 1988:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. 1º, inciso IV (Dos Princípios Fundamentais); - Art. 6º, <i>caput</i> (Dos Direitos Sociais); - Art. 7º <i>caput</i> (Dos Direitos Sociais)e inciso XXII ; e - Art. 196 (Saúde).
<p>b) Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arts. 2º e 3º.
<p>c) Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. 130, § 1º; e - Art. 230.
<p>d) Decreto nº 127, de 22 de maio de 1991 (Promulga a Convenção nº 161, da Organização Internacional do Trabalho – OIT, relativa aos Serviços de Saúde do Trabalho):</p>
<p>e) Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978 (Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Lei do Trabalho, com redação dada pela Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977):</p> <ul style="list-style-type: none"> - NR 7 - PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional).
<p>f) Normatização Interna: Resolução.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A fim de regulamentar o funcionamento e a obrigatoriedade do exame periódico de saúde dos servidores do TCU.

c) Organização dos colaboradores da área de saúde:

MÉDICO	14	<p>1- Dos profissionais relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 1 (um) médico do trabalho; b) 1(um) médico psiquiatra; c) 1 (um) ergonômista (que poderá ser qualquer dos profissionais da saúde). <p>2- Apoio:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) alguns profissionais (nutrição, fisioterapeuta, educação física, dentista e enfermagem) poderão trabalhar com auxílio de estagiários, com efetividade e baixo custo.
ENFERMEIRO	03	
PSICÓLOGO	03	
NUTRICIONISTA	02	
FISIOTERAPEUTA	01	
ASSISTENTE SOCIAL	02	
EDUCAÇÃO FÍSICA	01	
DENTISTA	02	
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA	00	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	00	
AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	01	
TÉCNICO EM SEGURANÇA	00	
AUXILIAR/TÉC. DE ENFERMAGEM	05	
TOTAL	34	

Ressalta-se que o quantitativo dos profissionais sugeridos acima representa o mínimo para viabilizar a proposta.

d) Exames laboratoriais prévios:

SANGUE:	VLDL
HEMOGRAMA COMPLETO	TSH
URÉIA	TGO, TGP
CREATININA	Gama GT
ÁCIDO ÚRICO	PSA (homens > 45 anos)
GLICOSE DE JEJUM	URINA:
COLESTEROL TOTAL	EAS
HDL	FEZES:
LDL	EPF
TRIGLICERÍDEOS	SANGUE OCULTO (pessoas > 40 anos)

Os exames laboratoriais estão sujeitos a alterações, conforme o consenso entre os profissionais envolvidos no processo.

e) Exames complementares:

ECG (a definir a periodicidade)	
EEG	Quando necessário, após avaliação médica.
RX de Tórax (PA e Perfil esquerdo)	
ACUIDADE VISUAL	
ACUIDADE AUDITIVA	
MAMOGRAFIA (mulheres > 40 anos)	
DENSIOMETRIA ÓSSEA (pessoas > 45 anos)	

Os exames complementares estão sujeitos a alterações, conforme o consenso entre os profissionais envolvidos no processo.

f) Avaliações dos níveis de saúde:

DO RISCO CORONARIANO	Definir o protocolo (recomendações /consensos) a ser utilizado, conforme conclusão dos profissionais envolvidos no processo.
DO IMC	
DO ALCOOLISMO	
DO NÍVEL DE ESTRESSE	
DOS PONTOS DE DORES	
DA DEPRESSÃO	

g) Sistema de informação:

É essencial para operacionalização e gerenciamento do exame periódico de saúde um sistema de banco de dados capaz de garantir a segurança da informação, garantindo alguns pré-requisitos básicos de segurança, tais como: integridade, confidencialidade e disponibilidade. Permitindo, assim, que os dados coletados e armazenados sejam manipulados por intermédio de um sistema gerenciador de banco de dados relacional.

A proposta primeira é criar o exame periódico de saúde agregado a um sistema de banco de dados capaz de ser expandido e relacionado com outras atividades: a pericial e a assistencial, até a consolidação de todas as informações em um único sistema, que poderia ser definido: “Sistema de Gestão de Saúde”.

h) Ações de saúde:

As ações de prevenção de doença, promoção de saúde e segurança no trabalho devem ser planejadas de acordo com mapeamento institucional das doenças dos servidores, que se consegue através do exame periódico.

Todas as ações devem ser discutidas e planejadas com a administração, a fim de garantir a continuidade normal da atividades da instituição e o acesso igualitário e universal do servidores.

i) Custo:

Caso o servidor não tenha plano de saúde, ou o plano não cubra algumas despesa, o dispêndio seria por conta da organização, ou seja, do TCU, pois trata-se de proposta relacionada à saúde e segurança no trabalho.

Conforme já demonstrado anteriormente, os planos de saúde têm uma boa receptividade em relação aos programas de prevenção, pois reduzem os custos com consultas e internações.

j) Benefícios e resultados pretendidos:

1.	Reduzir os custos operacional, econômico, administrativo e social dos afastamentos e das aposentadorias precoces;
2.	Obter o mapeamento institucional das doenças pela população;
3.	Implementar nas SECEX dos estados;
4.	Efetivar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças;
5.	Identificar, eliminar e neutralizar os riscos ocupacionais;
6.	Incentivar hábitos saudáveis;
7.	Diagnosticar precocemente patologias e problemas ocupacionais;
8.	Avaliar o nível de estresse, os pontos de dores, os indicadores de depressão e o risco coronariano;
9.	Controlar o Índice de Massa Corporal – IMC e a obesidade;
10.	Adequar a transformação do novo perfil do servidor, em virtude das mudanças de regras para aposentadoria, que passa a exigir do servidor uma permanência maior na ativa;
11.	Promover a reabilitação funcional, principalmente, no ambiente de trabalho;
12.	Criar o programa de atividade física e orientação nutricional;
13.	Melhorar o clima organizacional;
14.	Ampliar a ginástica laboral e corretiva;
15.	Promover ações e eventos educativos sobre promoção de saúde e prevenção de doenças;
16.	Diminuir o número de acidentes de trabalho;
17.	Fortalecer a atividade médica pericial;
18.	Aumentar a produtividade, o comprometimento e a motivação dos servidores;
19.	Melhorar a qualidade de vida e a valorização do servidor;
20.	Valorizar a imagem da organização com o público externo;
21.	Reduzir o número das principais doenças crônicas não transmissíveis: cardiovasculares, cânceres e diabetes;
22.	Prevenir LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho);
23.	Reduzir os gastos com consultas e hospitalização;
24.	Prestar assistência ao servidor vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional ou do trabalho.
25.	Criar um programa destinado à saúde da mulher.

l) Vigilância do absenteísmo:

Deve-se ser realizado sistematicamente, pois é através do acompanhamento de uma série histórica que se pode planejar investimentos e ações, para se atingir a um índice mínimo de afastamentos, considerado satisfatório.

A vigilância dos índices de absenteísmo possibilita a realização de estudos descritivos, cujos dados são úteis para verificar a existência de problemas, para levantar hipóteses, para gerenciar ações e para monitorar a evolução desses dados.

m) Operacionalização:

O objetivo da operacionalização é mostrar que o TCU está interessado em prestar a assistência ao servidor. Dessa forma, cabe ao TCU, por meio das unidades responsáveis, ir ao encontro do servidor, fornecer os meios para garantir essa assistência. O servidor tem que se sentir valorizado e o tratamento o mais humanizado possível. Nesse sentido, recomenda-se que:

- O servidor receba um envelope em seu ambiente de trabalho, convidando-o para participar do exame periódico de saúde, com as informações e os pedidos de exames prévios anexados.
- Os materiais dos exames laboratoriais prévios sejam colhidos no TCU e os resultados encaminhados por *e-mail*.
- Os atendimentos sejam realizados pontualmente e com hora marcada a critério do servidor.
- Sejam padronizados os formulários e os questionários relacionados ao exame periódico, de acordo com os dados do sistema de informação, para que não haja diferença nas informações e nos exames de saúde, conforme os profissionais avaliadores. Ou seja, o profissional que examinar o servidor na Sede ou no estado estará vinculado às informações padronizadas.
- Que sejam adotadas as legislações do setor privado, no que couber, em especial a NR 7 (PCMSO), este programa estabelece o prazo e a periodicidade para a realização das avaliações clínicas, assim como define os critérios para a execução e interpretação dos exames médicos complementares.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A presente pesquisa teve como objetivo geral a proposta da construção de um modelo teórico para a promoção de saúde, prevenção de doenças e segurança no trabalho aplicada aos servidores do Tribunal de Contas da União a partir do exame periódico de saúde. Considerando a análise quantitativa das licenças para tratamento da própria saúde dos servidores e as experiências em outras instituições.

As normas consultadas não fazem qualquer restrição em se implantar programas de prevenção de doença, promoção de saúde e segurança no trabalho aos servidores públicos.

A partir dos resultados obtidos da pesquisa, com relação aos afastamentos, no período estudado, constatou-se que a maior incidência, está entre o sexo feminino, com índices de 2,41%, contra 1,26% do sexo masculino, para o cargo de Analistas de Controle Externo (ACE); e 3,11%, contra 2,93% do sexo masculino, para de Técnicos de Controle Externo (TCE).

Não foi encontrada em nenhuma das fontes de pesquisa, objeto de estudo deste trabalho, qualquer informação sobre um indicativo de índice satisfatório, recomendável, de afastamento para tratamento da própria saúde do trabalhador.

Atualmente são convocados para Perícia Presencial os servidores que apresentam atestados a partir de 5 dias. Então, a rigor, 74% dos pedidos de licença para tratamento da própria saúde não são periciados com a presença do servidor.

Verificou-se que os custos dos afastamentos no período estudado foram de R\$ 6.629.304,53, mas com a implementação de programas de prevenção de doenças e promoção de saúde, como o exame periódico de saúde, esses custos podem ser reduzidos em torno de R\$ 2,1 milhões por ano. No entanto, podem aumentar, também, em torno de R\$ 2,1 milhões por ano, caso não implantado nenhum programa.

A relação custo-benefício de programas de promoção de saúde é vantajosa para o Estado, até as pesquisas mais pessimistas mostram um retorno de 20% sobre o capital investimento, segundo Karch (2002). E ainda, para o autor, o servidor percebe no trabalho

uma atividade prazerosa na ausência de doença. Já para OMS, para cada R\$ 1,00 investido, economiza-se cerca de R\$ 16,00.

Observou-se que a finalidade do exame periódico de saúde é investigar se já ocorreu alguma alteração na saúde dos trabalhadores, antes mesmo do aparecimento das manifestações clínicas, possibilitando um tratamento adequado a estas patologias que, até então, poderiam ser desconhecidas ou passar despercebidas pelo próprio servidor.

Pode-se dizer que essa investigação é uma ação preventiva, em que a eterna vigilância é o fator preponderante para uma boa qualidade vida no trabalhador, nesse sentido, observa-se a importância do exame periódico de saúde.

Pelo exposto, recomenda-se:

- Adequar o número de colaboradores da área de saúde, pelo menos, ao número mínimo de profissionais sugeridos.
- Reestruturação da atividade pericial.
- Criação de uma unidade de saúde ocupacional.
- Criar a cobertura do Anexo III, como área de apoio e de assistência das unidades de saúde do Serviço Integrado de Saúde.
- Criar o sistema de informação, banco de dados, de gestão de saúde do TCU.
- Implantar o exame periódico de saúde, a fim de promover saúde, prevenir doenças e garantir a segurança no trabalho. Com ênfase na saúde da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATLAS - Brasil – Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria 3214 de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras -NR – do Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à **Segurança e Medicina do Trabalho**. in: ATLAS Manual de Legislação. 59. ed. São Paulo, 2006.

ALMEIDA, I. M. Dificuldades no diagnóstico de doenças ocupacionais e do trabalho. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 74, n.1/2, p. 35-48, 1998.

AUGUSTO, L. G. S. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 12, n. 4, p. 177-187, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legisla.htm>>. Acesso em: 05 agosto de 2006.

_____. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 05 de agosto de 2006.

_____. Decreto nº 127, de 22 de maio de 1991. Promulga a Convenção nº 161, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, relativa aos Serviços de Saúde do Trabalho. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0127.htm>. Acesso em: 05 de agosto de 2006.

_____. Lei nº 8.080, 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 e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 05 de agosto de 2006.

_____. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Estabelece o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 25 de agosto de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Vigilância ambiental em saúde**. Brasília: Funasa, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>>. Acesso em: 08 de agosto de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.604/GM, de 10 de dezembro de 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM_2607.pdf>. Acesso em: 08 de agosto de 2006.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação Geral de Planejamento, Orçamento e Finanças. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP**: relatório de atividades 2005. Brasília: MP, 2006.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Minuta para consulta. Brasília: Fundacentro, 2004. Disponível em <<http://www.mte.gov.br/Empregador/SegSau/Conteudo/7307.pdf>>. Acesso em: 02 de setembro de 2006.

BURGESS, W. A. **Identificação de Possíveis Riscos à Saúde do Trabalhador nos Diversos Processos Industriais**. Belo Horizonte: ERGO, 1995.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos na empresa**: planejamento, recrutamento, seleção de pessoal. v 2. São Paulo: Atlas, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.488, de 11 de fevereiro de 1998. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1998/1488_1998.htm. Acesso em: 28 de agosto de 2006.

COUTO, H. A. **Temas de saúde ocupacional**: coletânea dos cadernos ERGO. Belo Horizonte: ERGO, 1987.

DEJOURS, C. A Violência Invisível. Tradução de Ciccacio e Ferreira do *Le Courrier*. In: Caros Amigos, São Paulo: Casa Amarela, n.26, p. 16-17. 1999.

DIACOV, N.; LIMA, J. R. S. Absenteísmo odontológico. **Revista de Odontologia da UNESP**. São Paulo, v. 17, p. 183-189, 1988.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli, J.T.P., Rigotto, R.M. & Rocha, L.E. **Isto é Trabalho de Gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KARCH, R. 2002. Disponível em: <www2.manager.com.br/entrevista>. Acesso em 01 de junho de 2006.

LACAZ, F. C. **Saúde do Trabalhador: Identidade do Campo e Perspectivas**. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 5., São Paulo, 1997.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

MARTINS, R. J. et al. Absenteísmo por motivos odontológicos e médico nos serviços público e privado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 30, n. 111, p. 09-15, 2005.

MEDEIROS, J. B. **Redação científica: a prática de fichamento, resumos, resenhas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Eds.). **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

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

NOGUEIRA, D. P.; AZEVEDO, C. A. B. Absenteísmo – doença em mulheres. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 38, n. 10, p. 48-51, 1982.

OTERO, J. J. G. **Riesgos del trabajo del personal sanitario**. 2. ed. Madrid: McGRAW-HILL – INTERAmericana de ESPAÑA, 1993.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal**: odontologia social e preventiva. 3. ed. São Paulo: Santos, 1992.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 18, n. 69, p. 65-70, 1982.

REIS, R., et al. Absenteísmo, doença e enfermagem. **Revista de Saúde Pública**. v. 27, n. 5, p. 616-623, 2003. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em 10 de outubro de 2006.

RIO, R. P. **PCMSO – Programa de controle médico de saúde ocupacional**: guia prático. 3. ed. Belo Horizonte: Editora Health, 1999.

TESSARI, M. Ano internacional da educação física e do esporte. Santa Catarina, 2005. Disponível em: <www.crefsc.org.br/artigos/artigo22.html>. Acesso em: 27 de agosto de 2006.

TRIVELLATO, G. C. **Metodologias de reconhecimento e avaliação qualitativa de riscos ocupacionais**. São Paulo: Fundacentro, 1998.

VIEIRA, S. I. **Manual de saúde e segurança do trabalho**. São Paulo: Ltr, 2005. 1 v.