



Mestrado Profissional
em Gestão Pública



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
MESTRADO PROFISISONAL EM GESTÃO PÚBLICA PARA O
DESENVOLVIMENTO DO NORDESTE

TIRZE BARBALHO KROLLS

**PERÍCIA MÉDICA COMO RECURSO INFORMACIONAL
NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL
E NA GESTÃO PÚBLICA**

Recife
2020

TIRZE BARBALHO KROLLS

PERÍCIA MÉDICA COMO RECURSO INFORMACIONAL
NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL
E NA GESTÃO PÚBLICA

Dissertação no Mestrado Profissional em Gestão
Pública para o Desenvolvimento do Nordeste da
Universidade Federal de Pernambuco. Linha de
Pesquisa: Organizações e Desenvolvimento
Sustentável

Orientadora: Prof^a. Dra. Nadi Helena Presser.

Recife
2020

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

K93p

Krolls, Tirze Barbalho

Perícia médica como recurso informacional na vigilância em saúde do servidor público federal e na gestão pública / Tirze Barbalho Krolls. - 2020. 98 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Nadi Helena Presser.

Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2020.

Inclui referências e apêndices.

1. Perícia médica oficial. 2. Perfil de morbidade. 3. Educação e prevenção à saúde. I. Presser, Nadi Helena (Orientadora). II. Título.

351 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2020 – 010)

**PERÍCIA MÉDICA COMO RECURSO INFORMACIONAL NA VIGILÂNCIA
EM SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL E NA GESTÃO PÚBLICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Aprovada em: 14.02.2020

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Nadi Helena Presser (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Nancy Sánchez Tarragó (Examinadora Externa)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Francisco Jatobá de Andrade (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Deus é a minha fortaleza e a minha força, e ele perfeitamente desembaraça o meu caminho

2 Samuel 22:33

Muito a agradecer eu tenho hoje, ao chegar ao final deste mestrado. Em primeiro lugar dou graças ao meu bom Deus que me deu forças e abriu meu entendimento para conseguir aprender tanto conhecimento nesta área chamada Gestão Pública que para mim é nova e representou um enorme desafio.

Muito especialmente agradeço profundamente a minha orientadora Profa. Dra. Nadi Helena Presser, pela sua amizade, carinho, disponibilidade e por ter me guiado até aqui abrindo a minha mente para a pesquisa científica e metodologia, que muito agregaram a minha experiência como médica da UFRPE.

Gostaria de agradecer também à banca examinadora da minha dissertação, qualificação e na defesa, pela sua disponibilidade e orientação.

Quero ainda dizer muito obrigada aos meus queridos colegas da turma MGP16.1- 2018! pois sem o incentivo e encorajamento deles acho que não teria conseguido chegar até o fim.

Agradeço finalmente a minha família, especialmente meu esposo Olaf por ter me apoiado e dado suporte durante todo esse percurso.

RESUMO

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. Na condição de prática social, as ações de saúde do trabalhador apresentam dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis. Face a necessidade de enfrentamento dos problemas de saúde e de sua relação com as condições de trabalho e do meio ambiente dos servidores federais, a Administração Pública Federal, implementou políticas públicas para superar esse desafio. É objeto deste estudo o perfil de morbidade dos servidores da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), cujas informações são registradas no prontuário eletrônico da Perícia Oficial em Saúde. As informações relativas à saúde dos servidores são coletadas a partir da realização das perícias médicas realizadas na unidade Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) da UFRPE e registradas no prontuário eletrônico, disponível no banco de dados, eixo da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor (PASS), denominado Perícia Oficial em Saúde dos Servidores Públicos Federais da UFRPE. Este estudo propõe ações de educação e promoção de saúde para prevenir os principais riscos no ambiente de trabalho dos servidores da UFRPE. Mais propriamente, descreve o perfil de morbidade dos servidores que buscaram a perícia médica; analisa os principais fatores de risco no ambiente de trabalho e sua relação com o perfil de morbidade e estabelece prioridades para ações de educação e promoção a saúde. Os dados foram obtidos no sistema de informação SIAPENET- SIAPE SAÚDE, no Módulo Perícia Médica, prontuários eletrônicos, registrados no período de 2016 a 2018. Constatou-se, neste estudo, que o sistema informacional SIAPENET constitui-se de uma valiosa fonte de dados epidemiológicos dos servidores da UFRPE, se corretamente alimentado pelos profissionais responsáveis. Os resultados indicam como o principal motivo de licenças para tratamento de saúde dos servidores da UFRPE, as convalescenças pós tratamentos cirúrgicos diversos, seguido pelas patologias psíquicas e osteomusculares como os motivos de afastamentos de longo prazo e recorrências de adoecimento por doença do servidor. A pesquisa constatou que o grupo ocupacional de docentes é o mais exposto às doenças psíquicas e o grupo dos técnicos administrativos apresenta a maior incidência de patologias osteomusculares. A pesquisa apontou também que servidores que exercem cargos expostos a riscos biológicos, ergonômicos,

biológicos e ergonômicos, solicitam mais licenças para tratamento de saúde por doenças psíquicas e osteomusculares respectivamente, que os demais grupos de riscos, como químicos e físicos onde não se observa relação específica entre exposição a risco no trabalho e adoecimento. Salienta-se, porém, que de um modo geral, o adoecimento acontece em maior quantidade e gravidade no grupo ocupacional sem risco específico. Os resultados apontam para caminhos a serem seguidos, focando as ações diretamente para prevenção e solução problemas de saúde reais que atingem essas pessoas no ambiente de trabalho. Recomenda-se aos gestores da UFRPE especial atenção à saúde dos servidores com risco ergonômico para que adequações sejam feitas a partir dos laudos ergonômicos dos diversos ambientes da UFRPE, emitidos pela equipe de engenharia de segurança do trabalho, que faz parte da equipe SIASS do Departamento de Qualidade de Vida (DQV) da UFRPE, para prevenir fatores agravantes e patologias osteomusculares presentes no ambiente e nos processos de trabalho. Recomendamos ainda programas, treinamentos e estratégias para promover a melhora do relacionamento interpessoal entre os servidores e seus pares e com suas chefias, buscando minimizar conflitos e sofrimento psíquico no trabalho, para prevenção do adoecimento psíquico relacionado ao trabalho, especialmente no grupo ocupacional dos docentes.

Palavras-chave: Perícia Médica Oficial. Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Perfil de Morbidade. Educação e Prevenção à Saúde. Universidade Federal Rural de Pernambuco.

ABSTRACT

Occupational health is an area of public health which studies the relationship between work and health. As a social practice, actions on workers' health have inseparable social, political and technical dimensions. Given the need to address health problems and their relationship with the environment and working conditions of federal servants, the Federal Public Administration have implemented public policies to overcome this challenge. This study is aimed at determining the morbidity profile of the federal public servants of the Federal Rural University of Pernambuco (UFRPE), whose information is registered in the electronic files of the Official Health Expertise. Data related to public servers' health is collected from the already performed medical examinations in the Public Servers' Health Integrated System of the UFRPE (SIASS by acronyms in Portuguese), which have been registered in electronic medical records, and that are available in the Public Servants' Official Health Expertise database of the UFRPE. This study proposes education and health promotion actions directed at preventing the main existing risks within the work environment of UFRPE's employees. More specifically, it describes the morbidity profile of the public servants who passed by medical expertise processes; it analyzes the main risk factors present in the workplace, as well as their relation to the morbidity profile and, it establishes priorities for health education and promotion actions. Data were obtained from the SIAPENET-SIAPE SAÚDE information system, in the Medical Expertise Module, specifically, the electronic medical records within the 2016-2018 period. It was found that the SIAPENET information system is a valuable data source about UFRPE employees, if data is properly and responsibly entered by professionals in charge. Results indicate that convalescences after various surgical treatments is the main reason for health licenses of UFRPE's servers, followed by psychic and musculoskeletal pathologies. The research found that professors' occupational group is the most exposed to psychic diseases, while the administrative technicians have the highest incidence of musculoskeletal disorders. The study also pointed out that employees holding positions exposed to biological, ergonomic and biological / ergonomic risks, receive more licenses as a result of psychic and musculoskeletal diseases, than those ones submitted to chemical and physical risk. However, it is noteworthy that, in general, diseases happen in greater quantity and severity, within the occupational group that is not impacted by specific risks. The results also indicate the need to focus on actions directly aimed at preventing and solving real health problems affecting public servants in their workplaces. UFRPE managers are advised to pay special attention to health of public servants submitted to ergonomic risks, so that adjustments can be made in this subject, taking as a starting point the ergonomic reports of the various university environments, which is issued by the occupational safety engineering team, of the SIASS Quality of Life Department. This should prevent the appearance of aggravating factors and musculoskeletal disorders in the working environments and working processes. Programs, training and strategies to promote the improvement of interpersonal relationships among employees, pairs and their bosses is also recommended, in order to minimize conflicts and psychological distress at work, and to prevent work-related mental illness, especially in the professor's occupational group.

Keywords: Official Medical Expertise. Public Server's Integrated Health Care System. Morbidity Profile. Health Education and Prevention. Federal Rural University of Pernambuco.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Atendimento na Perícia Médica.....	54
Gráfico 2 - Número de servidores públicos periciados por ano (2016-2018).....	64
Gráfico 3 - Número de servidores públicos periciados recorrentes por ano (2016-2018)	65
Gráfico 4 - Distribuição das morbidades por gênero (2016-2018).....	66
Gráfico 5 - Distribuição dos servidores públicos periciados por faixa etária (2016-2018)	66
Gráfico 6 - Distribuição servidores públicos periciados e tempo serviço (2016-2018) .	67
Gráfico 7 - Distribuição dos servidores públicos periciados por cargo (2016-2018).....	68
Gráfico 8 - Distribuição das morbidades por ano (2016-2018).....	69
Gráfico 9 - Distribuição do número de diagnósticos e seu percentual pelos grupos de doenças (2016-2018)	70
Gráfico 11 – Patologias mais frequentes por faixa de tempo de serviço (2016-2018)...	72
Gráfico 12 - Principais patologias que levaram à convalescença pós cirúrgica (2016- 2018).....	74
Gráfico 13 - Distribuição das perícias e seu percentual por doenças do grupo F do CID 10 (2016-2018)	75
Gráfico 14 - Distribuição das ocorrências de morbidades por tipo de risco (2016-2018)	76
Gráfico15 - Distribuição das morbidades mais frequentes por cargos associados ou não com riscos (2016-2018).....	79
Gráfico 16 - Distribuição das Licenças por problemas de saúde (2016-2018)	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de servidores públicos periciados recorrentes (2016-2018).....	65
Tabela 2 - Distribuição das morbidades mais frequentes por cargo e gênero (2016-2018)	73
Tabela 3 - Distribuição das ocorrências de morbidade pelos riscos principais e cargos mais impactados (2016-2018)	77
Tabela 4 - Distribuição das Licenças por Tratamento de Saúde por Morbidade (2016- 2018).....	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação dos dispositivos legais utilizadas na pesquisa	57
Quadro 2 - Relação dos documentos institucionais.....	60

LISTA DE SIGLAS

APF	Administração Pública Federal
CID10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima versão
DQV	Departamento de Qualidade de Vida
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MPOG	Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão
OPAS	Organização Pan americana de saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONSRH	Orientação Normativa da Secretaria de Recursos Humanos
PAD	Processo Administrativo
PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
PROGEPE	Pró-reitora de Gestão de Pessoas
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
SIAPÉ	Sistema Integrado de Administração Pessoal
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal
SUS	Sistema único de Saúde
RJU	Regime Jurídico Único dos Servidores Cíveis da União
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRPE	Universidade Federal Rural de Pernambuco
EPI	Equipamentos de proteção individual
EPC	Equipamentos de proteção coletiva)
IMC	Índice de massa corpórea
MEC	Ministério da Educação e Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objeto de estudo.....	23
1.2 Problema de pesquisa.....	23
1.3 Objetivos	24
1.3.1 Objetivo geral.....	24
1.3.2 Objetivos específicos.....	24
1.4 Justificativa e contribuições	24
1.5 Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos	26
1.6 Estrutura da dissertação.....	27
2 QUADRO TEÓRICO	27
2.1 Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal	27
2.1.1 Saúde do trabalhador.....	30
2.1.2 A instituição da PASS e a operacionalização do SIASS	35
2.2 A vigilância em saúde e o campo de aplicação da epidemiologia	38
2.2.1 Propósitos e funções da vigilância em saúde- subdivisão vigilância epidemiológica.....	43
2.2.2 Morbidade ou morbidade	44
2.3. Perícias em saúde	49
2.3.1 Processo de perícia em saúde na UFRPE.....	53
2.3.2 Sistemas de Informação em Saúde.....	55
3 METODOLOGIA	57
3.1 Quanto aos fins e aos meios da pesquisa.....	57
3.2 Coleta de dados	60
3.3 Análise e interpretação dos dados	62
4.1 Perfil dos servidores públicos periciados da UFRPE.....	64
4.2 Perfil de morbidade dos servidores periciados da UFRPE (2016-2018).....	68

4.3	Proposição de ações educativas e de prevenção em saúde	82
4.3.1	Ações para a equipe multidisciplinar SIASS do DQV	82
4.3.2	Ações de vigilância em saúde mental/psíquica aos docentes	82
4.3.3	Ações de vigilância em saúde osteomuscular ao grupo ocupacional assistentes administrativos e técnicos administrativos.....	83
4.3.4	Plano para todos os servidores da UFRPE	83
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
5.1	Limitadores da pesquisa e recomendações.....	87
	REFERÊNCIAS	89
	<u>APÊNDICE A . Dicionário de variáveis</u>	96

1 INTRODUÇÃO

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. Na condição de prática social, as ações de saúde do trabalhador apresentam dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis.

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. (BRASIL, 2001, p. 17).

Condições do ambiente, saúde e segurança no trabalho são essenciais para a qualidade de vida dos homens e se constituem como um direito de cidadania (CAVALCANTE et al 2008). Todavia, várias definições de saúde, doença e trabalho têm sido adotadas ao longo do tempo, cujas concepções, ao tempo que orientam a prática dos profissionais, apontam para novos modos de apropriação e possibilidades de redimensionamento das questões que povoam o campo da saúde do trabalhador.

Estudos de Cavalcante et al (2008) apontam que a revolução industrial trouxe consequências, particularmente para a saúde do trabalhador, “[] representadas por grandes epidemias decorrentes das mudanças sociais e das alterações do sistema de produção, além dos graves problemas sociais do início do capitalismo industrial.” (CAVALCANTE et al, 2008, p. 242). A revolução industrial impôs transformações no modo de produção de bens e serviços e afetou, em vários aspectos, o contexto de vida e de trabalho das pessoas.

Mendes e Dias (1991) ressaltam que

a Medicina do Trabalho surge como uma especialidade médica, na Inglaterra, quando o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo. (MENDES; DIAS, 1991, p. 341).

Considerando as precárias condições de trabalho, a proposta da medicina do trabalho expandiu-se rapidamente. Todavia, há de se considerar a importância da obra e presença de Giovanni Berlinguer no Brasil que, como assinala Fleury (2015, p. 3556),

“[] se fez notar em áreas tais como política de saúde, saúde do trabalhador, epidemiologia da determinação social do processo saúde e doença, reforma sanitária e, mais recentemente, bioética do cotidiano.”.

Na análise de Fleury (2015), ao introduzir o conceito de consciência sanitária na Itália e ao considerar a reforma sanitária como uma luta social, Berlinguer (1978) reafirma sua concepção ampliada na qual a transformação desejada envolve orientações culturais, institucionais, profissionais e administrativas de proteção à saúde. E, ao tomar a saúde na fábrica como seu objeto, Berlinguer (1983 apud FLEURY, 2015, p. 3556) ressalta que

“[] o verdadeiro ‘agente nocivo’ na fábrica moderna é o capital, a exploração e o parcelamento do trabalho”.

A contribuição de Berlinguer (1978; 1983; 1988; 2004) é alertar que as condições singulares de trabalho (por exemplo, de uma fábrica, de uma universidade) não são isoladas das condições estruturais e políticas. Isso quer dizer que as doenças profissionais tendem a se tornar sociais, a contagiar toda a população e vice-versa (FLEURY, 2015). Ou seja, as condições do ambiente externo (educação, transportes, habitação, poluição) influenciam de maneira notável na saúde dos trabalhadores. Por isso, a orientação de Berlinguer (1983) é pela tomada de consciência nas relações trabalho-saúde, para que a saúde se sobreponha à doença e que avance na direção da emancipação dos trabalhadores. Defende também a integração com as organizações dos trabalhadores, além de outras organizações da sociedade civil, pois, afinal, “as questões de saúde dos trabalhadores não dizem respeito apenas aos trabalhadores em si, mas a todo o conjunto da população” (ALVES, 2003).

No Brasil, mudanças na legislação visavam a melhoria das condições de trabalho. Sendo assim, a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e fundações públicas federais, especificamente na Subseção IV, versa sobre as situações dos adicionais de insalubridade, periculosidade ou atividades penosas.

A Lei 8080/90 que versa sobre o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), em seu artigo 5º, parágrafo 3º, define saúde do trabalhador:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, 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.

Com a institucionalização do SUS, os princípios de integralidade, universalidade e equidade e da participação social que são suas bases, passaram a nortear a instituição de políticas públicas na área de atenção e proteção aos servidores públicos. O governo federal e órgãos federais, estaduais e municipais percebem a necessidade de uma atuação mais comprometida neste campo. Por conseguinte, os conceitos de promoção, vigilância e participação em saúde são definidos como base dos programas que, na prática, deveriam realizar ações de vigilância epidemiológica e sanitária, promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e, também, recuperação e reabilitação da saúde daqueles servidores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

É importante entender tais conceitos, que apesar de sua similaridade, tem peculiaridades próprias determinando o seu campo de atuação e abrangência. Para o Ministério da Saúde (2017), a vigilância em saúde está relacionada às práticas de atenção e promoção de saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. A vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.

A vigilância epidemiológica é definida pela lei nº 8080/90 como 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.

A portaria 3.120 de 1998 compreende a vigilância em saúde do trabalhador como uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos sociais, tecnológicos, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana.

No Brasil, a definição legal de vigilância sanitária é consentida pela Lei Federal nº 8080/90, que expressa as diretrizes e trata da execução das ações desta entidade no âmbito e competência do Sistema Único de Saúde (SUS):

Definida no § 1º do Art. 6º da Lei nº 8.080/90, a vigilância sanitária é

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.

À medida que as populações das cidades aumentavam também os problemas cresciam e tornavam-se complexos. Com as populações aglomerando-se em cidades surgiram doenças como a peste, a cólera, a varíola, a febre tifóide e outras que com seus processos de transmissão ainda desconhecidos. Assim, a Vigilância Sanitária surgiu como resposta a estes problemas da convivência social.

Em se tratando de saúde, em qualquer situação que aumente a probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde, temos um fator de risco. Para a OMS(1988), o fator de risco de um dano é a característica ou circunstância que acompanha um aumento de probabilidade de ocorrência do fato indesejado sem que o dito fator tenha intervindo necessariamente em sua causalidade.

O Governo Federal na situação de empregador de pessoas tem a necessidade de responder por ações em saúde e segurança do trabalho dos servidores públicos federais. Porém, a falta de uniformidade no planejamento de ações, propiciou com que os Ministérios e os demais órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) tratassem as questões referentes à saúde e à segurança conforme os seus próprios entendimentos (BRASIL, 2010). Embora alguns órgãos estruturaram serviços de excelência em saúde, com ações nas áreas de assistência, perícia e promoção, realizando exames médicos periódicos, outros desenvolveram pouca ou nenhuma ação na área de saúde do servidor.

A inexistência de um sistema de informações que notificasse os agravos à saúde – licenças médicas, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais – impossibilitou a construção do perfil de adoecimento dos servidores públicos e dificultou o real dimensionamento das questões relacionadas à saúde do servidor. (BRASIL, 2010, p. 3).

Deste modo, no sentido de resolver antigas questões relacionadas à saúde e segurança no trabalho no serviço público, o Governo Federal, por meio do Ministério do Planejamento, criou em 2003 a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor e, em 2006, o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP).

Entretanto, é a partir de dezembro de 2007 que se estabelece o compromisso de construir e implantar uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e a garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos (BRASIL, 2010). Movimento que deu consequência à criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS).

Desde então, os principais desafios têm sido os de implementar uma política de atenção à saúde baseada na equidade e na universalidade de direitos e benefícios, na uniformização de procedimentos, na otimização de recursos e na implementação de medidas capazes de produzir impacto positivo na saúde dos servidores públicos federais (BRASIL, 2010).

A PASS é sustentada a partir dos eixos: vigilância e promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde. A política está fundamentada na abordagem biopsicossocial, em informação epidemiológica, na interrelação dos eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar, no conhecimento transdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se considerem os ambientes e as relações de trabalho. (BRASIL, 2008, p.1).

Para enfrentar o desafio proposto pela PASS, foi criado o Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), mediante Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, que tem a finalidade de articular os recursos existentes e propor medidas para a implementação das ações da PASS. O referido Decreto estabelece, no seu Art. 2º o objetivo de coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da Administração Federal Direta, Autárquica e Fundacional, de acordo com a PASS, estabelecida em lei.

Além de vários outros objetivos, de acordo com Brasil (2010), as iniciativas na área pericial visam a uniformização de procedimentos, a qualificação e a avaliação pericial e o controle gerencial. A informatização da perícia, com a introdução do

prontuário eletrônico subsidiado por protocolos técnicos, com parâmetros mínimos de dias para a concessão de licenças e critérios para as aposentadorias por invalidez, acoplados ao sistema de informações, possibilita transparência e uniformização das perícias oficiais em saúde.

A instituição da PASS e a operacionalização do SIASS incentivam o estabelecimento de acordos de cooperação técnica para otimizar recursos e formar redes de serviços com gestão compartilhada de ações, garantidas por um sistema de informações (CARNEIRO, 2011).

Atualmente já está implantado o Sistema Nacional de Informações em Saúde do Servidor (SINAISS). Segundo Carneiro (2011), o sistema de informações em saúde do servidor está estruturado por módulos do SIAPE- SAÚDE:

- a. Perícia em Saúde;
- b. Exames Médicos Periódicos;
- c. Vigilância e Promoção à Saúde;
- d. Exame Admissional;
- e. Módulo Gerencial.

O Módulo de Perícia em Saúde possibilita a consolidação de informações periciais de licenças médicas e odontológicas, de acidentes de trabalho, de doenças profissionais, de aposentadorias por invalidez e de readaptações funcionais. Esse módulo permite a marcação de perícias via internet, a indicação técnica do número de dias para afastamento, o cadastro nacional dos médicos e cirurgiões-dentistas assistentes via conselhos de classe - Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Federal de Odontologia (CFO), a comunicação eletrônica para as chefias, além de outras funcionalidades (BRASIL, 2010).

Perícia Oficial em Saúde “é o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do periciado por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado.” (BRASIL, 2017, p. 8). O médico ou o cirurgião-dentista que realiza ato pericial é o Perito Oficial em Saúde. O objetivo é subsidiar a Administração Pública Federal (APF) na fundamentação de decisão a que está obrigada.

O Perito Oficial em Saúde é responsável pelo estabelecimento da correlação entre o estado mórbido e a capacidade laborativa do

servidor, assim como do nexos entre o estado mórbido e o trabalho, bem como pela avaliação de pensionistas e dependentes nos dispositivos previstos na legislação. (BRASIL, 2017, p. 7).

O Módulo dos Exames Médicos Periódicos viabiliza o registro em prontuário eletrônico dos exames médicos periódicos dos servidores públicos federais. O Exame Médico Periódico está previsto na Lei 8.112/90 art. 206, regulamentado pelo Decreto 6.856/09 e Portaria SRH n. 4 de 15 de setembro de 2009. Deve ser realizado por médico especialista em medicina do trabalho ou se não houver médico do trabalho na localidade, por médico clínico familiarizado com os agravos e doenças que podem atingir os trabalhadores no ambiente de trabalho. Trata-se de um exame clínico preventivo e é a melhor forma de diagnóstico precoce de doenças e possíveis problemas de saúde na fase inicial, ou antes, que leve ao adoecimento e incapacidade laboral do servidor (BRASIL, 2010).

O Módulo de Vigilância e Promoção em Saúde viabiliza o registro de acidentes de trabalho, perícias para concessão de adicionais de insalubridade e periculosidade, laudos ergonômicos de postos de trabalho. Avalia o ambiente de trabalho com registros e monitoramento dos riscos físicos, químicos biológicos e ergonômicos, como: ruído, produtos químicos, poeiras, agentes biológicos -bactérias vírus e outros. Nesse módulo, trabalham também outros profissionais de saúde e segurança do trabalho como psicólogos, assistentes sociais, engenheiros e técnicos de segurança do trabalho, enfermeiros e dentistas, fazendo seus respectivos atendimentos e registros em prontuários, fichamentos e documentos específicos a cada uma das especialidades. Os módulos do sistema SIAPENET são integrados e permitem a troca de informações e encaminhamentos entre os profissionais responsáveis pelos processos de saúde e segurança no trabalho da Universidade.

Por fim, o Módulo de Exame Admissional, que está para ser implantado, deverá viabilizar o registro de prontuário eletrônico do exame médico admissional, feito antes da posse do candidato ao cargo, para verificar sua aptidão ao cargo pretendido. O módulo gerencial, acessado pela gerência do Departamento de Qualidade de Vida (DQV), cria as condições para a análise dos dados epidemiológicos e estatísticos e a emissão de relatórios gerenciais de todos os processos descritos.

Com tudo o que foi exposto, pode-se dizer que a institucionalização e normatização da atenção à saúde do servidor público obteve avanços, embora alguns

módulos ainda se encontram em processo de construção e implementação. O processo Perícia Médica está bem implementado e sendo utilizado nas Universidades Federais e nos Institutos Federais de Pesquisa e Educação. No caso específico da UFRPE, os dados epidemiológicos podem ser obtidos a partir de janeiro de 2016. Quanto à regulamentação da atividade pericial e da vigilância em saúde realizada na UFRPE, o DQV e os seus profissionais foram cadastrados como Unidade SIASS do Serviço Público Federal.

Os dados de adoecimento dos servidores, armazenados nos prontuários eletrônicos das perícias médicas realizadas na UFRPE viabilizam obter especificamente uma série de informações muito importantes que ajudarão a construir um perfil de adoecimento ou morbidade destes servidores.

A Perícia Oficial em Saúde produz informações para fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e suas alterações posteriores. De acordo com o Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, a perícia oficial em saúde compreende duas modalidades:

- a. Junta Oficial em Saúde: Perícia Oficial em Saúde realizada por grupo de três médicos ou de três cirurgiões-dentistas;
- b. Perícia Oficial Singular em Saúde: Perícia Oficial em Saúde realizada por apenas um médico ou um cirurgião-dentista.

Após a realização dos exames periciais necessários, a Perícia Oficial em Saúde emite laudos ou pareceres que servirão de fundamentação nas decisões das licenças por motivos de saúde. Licença por motivo de saúde é o “o direito de o servidor ausentar-se, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus, dentro dos prazos previstos, conforme a legislação vigente” (BRASIL, 2017, p. 10). Espécies de licença por motivo de saúde concedida mediante Avaliação Pericial, como previsto na Lei nº 8.112, de 1990:

- a. Licença para Tratamento da Própria Saúde - arts. 202, 203, 204. As licenças para tratamento de saúde podem ser tratadas de duas maneiras: Licença Dispensada de Perícia (inferior a 15 dias no período de 12 meses, a contar da data de início do primeiro afastamento) e Licença Concedida Mediante Avaliação Pericial (até 120 dias, ininterruptos ou não, no período de 12 meses).
- b. Licença por Motivo de Doença em pessoa da família - arts. 83 e 204. Considera-se pessoa da família: cônjuge ou companheiro; mãe e pai; filhos; madrasta ou

padrasto; enteado; dependentes que vivem a expensas do servidor e constem de seu assentamento funcional.

- c. Licença à Gestante - art. 207. Destina-se à proteção da gravidez, à recuperação pós-parto, à amamentação e ao desenvolvimento da relação do binômio mãe-filho, a partir do primeiro dia do nono mês de gestação (correspondente ao período entre 38 e 42 semanas), salvo antecipação do nascimento ou por prescrição médica.
- d. Licença por Acidente em Serviço - arts. 211 e 212. Configura acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.

Neste estudo, serão objetos de análise somente as licenças para tratamento da própria saúde do servidor e as licenças por acidente em serviço, ambas concedidas mediante avaliação pericial.

Nas universidades federais, a perícia médica é atividade dos médicos/odontólogos, servidores públicos designados oficialmente por meio de portaria emitida pela instituição ao qual fazem parte. Assim como em outras universidades federais a exemplo da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Federal do Ceará (UFCE), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal da Paraíba- UFPB e Institutos Federais Tecnológicos de educação de Pernambuco-IFPE e Paraíba (IFPB), a perícia médica está inserida nas áreas de promoção de qualidade de vida e atenção à saúde do servidor e subordinados a Pro-Reitoria de Gestão de Pessoas.

Na UFRPE, a Perícia Médica Oficial está funcionando junto ao Departamento de Qualidade de Vida (DQV), integrado à Pró- Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEPE). A unidade do SIASS foi instituída com uma equipe formada por corpo técnico especializado dentro das áreas de atuação definidas pela PASS:

- a. Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho (DSS): formado por dois engenheiros de segurança do trabalho, um médico do trabalho, um técnico de segurança do trabalho.
- b. Divisão de Assistência à Saúde do Servidor (DAS): formado por cinco médicos nas especialidades de cardiologia, clínica médica, ginecologia e psiquiatria, três psicólogas, uma assistente social, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, três dentistas e técnicos de saúde bucal.

- c. Laboratório de Exames Hematológicos e Bioquímicos: formado por três farmacêuticos e técnicos de laboratório.
- d. No âmbito de gestão, o DQV conta com uma diretora e servidores técnico administrativo de apoio e serviços gerais.

Quanto ao trabalho de perícia médica, todos os médicos do DQV foram designados Peritos Oficiais da unidade SIASS. Os Perícia Oficial em Saúde devem ser obrigatoriamente designados em documento legal, de acordo com a Orientação Normativa n. 41 da Secretaria de Administração Federal (SAF) de 4 de janeiro 1991 e do Art. 93 da Lei 8.112/90, ficando assim habilitados a realizar perícia singular e junta oficial em saúde, nas áreas periciais médica ou odontológica. As publicações ocorrem em boletim de pessoal, providenciado pelo órgão de origem do servidor designado perito oficial em saúde. A designação deverá ser feita pelo órgão sede da Unidade SIASS nos casos do Art. 93 da Lei 8.112/90, e outras formas de exercícios previstos em lei (BRASIL, 2017). Vale salientar que o cuidado ético é preservado, assim, o médico que realizar atendimento assistencial do servidor não realiza perícia oficial deste servidor.

Cada profissional responsável pela informação deve alimentar o sistema. Cada um tem uma senha pessoal e uma identificação digital para acessar a plataforma SIASS, Módulo SAÚDE, autorizados pela diretoria da DQV. Especificamente no módulo Perícias Médicas, somente tem acesso os Médicos Peritos Oficiais em Saúde designados para a unidade SIASS da UFRPE.

A atividade pericial realizada pelos médicos e odontólogos da UFRPE é de grande responsabilidade técnica, perante a instituição pública e perante o servidor público. Apesar de sua relevância para administração pública, alguns problemas têm sido enfrentados pelas equipes que compõe as unidades SIASS. Tanto na UFRPE como na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e no Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), cada vez mais o número de atendimentos de servidores de outros órgãos e instituições federais vem aumentando. Por outro lado, à medida que os profissionais de saúde se aposentam, as vagas dos médicos e odontólogos não têm sido repostas, ao contrário, foram extintas as carreiras dos profissionais de saúde nas instituições e órgãos federais. Atualmente na cidade de Recife existem apenas três unidades SIASS em funcionamento: UFPE, IFPE e UFRPE. Por conseguinte, servidores públicos federais de outros órgãos precisam se deslocar para fazer as perícias nos órgãos que tenham Unidade SIASS e junta médica constituída.

Atualmente a UFRPE mantém acordo de colaboração para atendimento pericial de servidores da Fundação Joaquim Nabuco (FUNDAJ), Departamento Nacional e Obras Contra Seca (DNOCS), de outras Universidades Federais do território nacional (para perícia em trânsito de servidores) e com os Institutos Federais Tecnológicos. (IFPE). Entretanto, as informações sobre esses atendimentos periciais não serão objeto de estudo.

1.1 Objeto de estudo

É objeto deste estudo o perfil de morbidade do servidor público periciado da UFRPE, cujas informações são coletadas dos registros das perícias realizadas na unidade SIASS da UFRPE, disponibilizadas e registradas nos Prontuário médicos disponíveis no banco de dados, eixo da PASS, denominado Perícia em Saúde da UFRPE. No prontuário de cada servidor periciado, são registradas informações sobre as doenças que levam ao absenteísmo, tempo de afastamento e número de ocorrências, quais as categorias profissionais mais atingidas, classificação por sexo, idade, cargo, distribuição por tipo de doença e por grupo de doenças.

1.2 Problema de pesquisa

Com base no exposto, o seguinte problema foi explorado ao longo deste estudo: **Quais ações de educação e promoção a saúde podem ser tomadas para prevenir riscos segundo o perfil de morbidade dos servidores da UFRPE, a partir da análise do sistema de informação de perícias médicas no período de 2016 a 2018?**

O período de análise se justifica porque a partir de janeiro de 2016 todas as perícias realizadas na unidade SIASS da UFRPE foram registradas no SIASS. As informações registradas e armazenadas podem ser acessadas pelos profissionais autorizados e servem como base para diversos estudos epidemiológicos sobre a saúde dos servidores.

O armazenamento dos dados obtidos nos prontuários médicos eletrônicos das perícias médicas e dos exames periódicos é de importância para o conhecimento dos agravos à saúde do servidor público. Ao exercer a atividade pericial na UFRPE, a pesquisadora, que é médica do trabalho, se depara que números crescentes de afastamento do trabalho por motivo de doença, relatos de condições insalubres e

perigosas no ambiente de trabalho, falta de equipamento de proteção individual (EPIs), relatos de dificuldade de relacionamento com colega e chefias e fatores psicossociais. Tais problemas necessitam intervenção da equipe multidisciplinar de atenção à saúde da Unidade SIASS da UFRPE e do apoio e decisão da administração local para elaboração de medidas preventivas e ações específicas de promoção de qualidade de vida e que permitam diminuir os agravos a saúde destes servidores. Para tal é preciso conhecer as causas de adoecimento desses trabalhadores segundo suas funções e cargos e os riscos específicos aos quais estão expostos para propor ações específicas, e justificam a contribuição social desta pesquisa.

1.3 Objetivos

Os objetivos desta dissertação definem o que se pretende com a pesquisa a partir de uma visão global do tema. Assim, estão relacionados ao conteúdo intrínseco do tema-problema e aos eventos que nele são observados e que devem ser estudados.

1.3.1 Objetivo geral

Propor ações de educação e promoção de saúde para prevenir principais riscos no ambiente de trabalho dos servidores da UFRPE.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Descrever as funcionalidades do sistema de informação de perícias médicas e o processo de perícia médica na UFRPE;
- b. Descrever o perfil de morbidade dos servidores que buscaram a perícia médica segundo o cargo;
- c. Analisar os principais fatores de risco no ambiente de trabalho e sua relação com o perfil de morbidade;
- d. Estabelecer prioridades para ações de educação e promoção a saúde.

1.4 Justificativa e contribuições

As ações de prevenção em saúde que fazem parte do calendário nacional do governo federal (tais como campanhas educativas sobre hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer de mama, câncer de próstata e doenças sexualmente transmissíveis) -

tem sido executadas satisfatoriamente no DQV assim como a realização das perícias médicas por meio do SIASS com seu registro no SIAPENET foram totalmente implantadas e funcionam bem na UFRPE. Observamos, porém, que o banco de informações armazenadas do SIAPENET, módulo Perícias Médicas, pode ser mais bem explorado pelos profissionais de saúde, especialmente os Médicos do DQV para fornecimento de informações epidemiológicas importantes sobre essa coletividade. De uma forma mais específica, estudos podem ser realizados para detecção de fatores de risco de adoecimento no ambiente de trabalho, em determinados cargos ou em determinados setores de trabalho. Salienta-se que no formato atual do sistema SIAPENET, as informações consolidadas e a emissão de gráficos e estáticas de adoecimento estão com acesso restrito no módulo gerencial apenas para o gestor do DQV.

Um estudo como este poderá contribuir e nortear, com ações específicas, a elaboração de políticas públicas de promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas ou não ao trabalho dos servidores. Executar ações de vigilância e de promoção à saúde, que alterem ambientes e processos de trabalho e produzam impactos positivos sobre a saúde dos servidores federais constitui o grande desafio da política de atenção à saúde do servidor (BRASIL, 2010).

Por conseguinte, ao tempo em que o Brasil realizou progressos na criação da PASS e do SIASS, também produziu notáveis quantidades de informação sobre a saúde dos servidores públicos federais. No entanto, até o presente, não vem sendo realizada a utilização dessas informações por profissionais com competência e atribuições para análise, interpretação e a consequente formulação de propostas para orientar políticas públicas governamentais bem como, ações institucionais, no contexto das universidades. Nessas condições, a utilização das informações registradas no PASS, bem como no SIASS resumem-se às atividades de coleta e de armazenamento de informações – estoques de informação – sem que ela cumpra a sua função precípua que é a de “informar”.

Nesse sentido, advogamos que informações abalizadas / consolidadas sobre a saúde do servidor podem revelar potencialidades, identificar problemas, subsidiar tomadas de decisões gerenciais, condições essenciais para apoiar a organização das unidades de saúde e a implantação de políticas que considerem peculiaridades

envolvidas com o bem estar do servidor em sua inter-relação constante e dinâmica com o meio laboral.

Por conseguinte, os resultados obtidos podem indicar o caminho a ser seguido, focando as ações diretamente para prevenção e solução dos problemas reais em saúde que atingem cada grupo homogêneo de risco, ou seja, aqueles agrupamentos de pessoas expostas a riscos específicos no ambiente de trabalho e mais vulneráveis, portanto, ao adoecimento por doenças que possam estar relacionadas com os riscos, respectivamente.

1.5 Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos

Levando em consideração a proteção do ser humano,

As informações produzidas pelo sistema informatizado SIAPE SAÚDE poderão ser objeto de estudo e divulgação pela Administração Pública Federal, observadas as restrições referentes aos dados de caráter sigiloso e/ou pessoal.” (BRASIL, 2017, p. 3).

Ou seja, de acordo com o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (BRASIL, 2017), para realização de pesquisas e posterior publicação na forma de textos científicos, devem ser respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Considerando que esta pesquisa dependia de informações sobre os servidores da Universidade, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma instância colegiada da UFPE de natureza consultiva, deliberativa, educativa, autônoma, para emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas. O CEP, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por finalidade o acompanhamento das pesquisas envolvendo seres humanos, preservando os aspectos éticos primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente considerados, levando-se em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira. O projeto foi aprovado pelo CEP/UFPE em dezembro/2019, parecer nº3782266 e, assim, foi dado seguimento à coleta dos dados da pesquisa.

1.6 Estrutura da dissertação

Esta dissertação está estruturada em seções, iniciando com a introdução em que, estão destacados o tema, os elementos que permitem caracterizar com maior clareza o objeto de estudo e o *locus* de análise, assim como o problema de pesquisa e seus objetivos, bem como a justificativa do trabalho. A segunda seção apresenta a revisão teórica, incluindo a compreensão da temática. Na terceira seção pode ser lido os procedimentos metodológicos adotados neste trabalho, desde o tipo de pesquisa, passando pelo processo de coleta de dados até a análise. Em seguida, outras seções mostram os resultados e as considerações finais. Por último, estão arroladas as referências citadas ao longo do trabalho.

2 QUADRO TEÓRICO

Esta seção apresenta as contribuições dos autores que tratam da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, trazendo uma retrospectiva sobre a evolução conhecimento em saúde do trabalhador, vigilância em saúde e epidemiologia e, em seguida, o debate se volta para o papel da perícia médica em subsidiar informações para a vigilância em saúde.

2.1 Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal

O campo de conhecimento Saúde do Trabalhador teve origem no século XIX na Inglaterra, com a revolução industrial (MENDES; DIAS, 1991). Consta na descrição de Mendes e Dias (1991) que teria sido a iniciativa de um proprietário de fábrica têxtil de nome Robert Dernharn que instituiu um serviço médico para seus funcionários, preocupado com o fato de que eles não dispunham de nenhum cuidado com a saúde. Teria sido a partir de então que os vários serviços foram sendo implantados em todos os países que passaram pelo processo de industrialização, com o objetivo de “assegurar a proteção dos trabalhadores contra riscos à saúde decorrentes do trabalho ou das condições deste e contribuir para a adaptação, estabelecimento e manutenção física e mental dos trabalhadores nos locais de trabalho”. (MENDES; DIAS, 1991 p. 341).

Na análise de Cavalcante et al. (2008), os paradigmas sobre o fenômeno saúde-doença modificaram-se com o passar do tempo, muito mais a partir da evolução da tecnologia e dos avanços socioeconômicos que envolveram as civilizações. O processo saúde-doença é uma expressão usada para fazer referência a todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou população e considera que ambas estão interligadas e são consequência dos mesmos fatores. Esses fatores, inclusive, não são estáveis; podem variar com o passar dos anos, de uma região para outra, de uma etnia para outra. Na evolução do processo tecnológico industrial, as novas doenças relacionadas ao trabalho e o reconhecimento da multicausalidade dos processos fez surgir a necessidade de novos saberes técnicos para intervenção nesses ambientes.

O conceito de multicausalidade, de acordo com Soares et al (2013), não exclui a presença de agentes etiológicos numa pessoa como fator de aparecimento de doenças. O conceito vai além e leva em consideração também aspectos ambientais, além de fatores psicológicos do paciente, seus conflitos familiares, seus recursos financeiros, nível de instrução, entre outros. Para ampliar a compreensão da problemática dos índices de acidentes dos trabalhadores de enfermagem, Soares et al (2013) abordaram o tema pelo viés teórico da multicausalidade, investigando causas, tais como, materiais envolvidos, organização do trabalho, aspectos comportamentais do trabalhador e questões institucionais.

As inter-relações existentes entre o meio ambiente e a saúde pública vêm sendo objeto de estudo de pesquisadores e profissionais ligados à saúde desde muito tempo. A definição de saúde ambiental, apresentada a seguir, oferece uma noção da riqueza e dos potenciais dessa associação:

Processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional em um contexto de democratização. Tal processo se dá em prol da promoção e da proteção à saúde dos cidadãos, cuja expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e de um ambiente ecologicamente equilibrado em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Nacional de Meio Ambiente (Sisnama), do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos (Singreh) e de outros afins. (BRASIL, 2007, p. 6).

Entre diversas abordagens para se entender o conceito de saúde, o plano coletivo de Narvai e São Pedro (2013) expande o entendimento sobre o processo saúde-doença, que é assumido não como a simples soma das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo isoladamente, senão a expressão de um processo social mais amplo, que

resulta de uma complexa trama de fatores e relações. Isso quer dizer que os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, água, ar, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares e sociais) podem causar doença, se agem com determinada intensidade, se pesam em excesso ou faltam, se agem sem controle (BERLINGUER, 1988). Essa relação é demarcada pelo modo de vida dos seres humanos, pelos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Tal constatação nos remete à reflexão de o processo saúde-doença ocorrer de maneira desigual entre os indivíduos, classes e povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade. (BERLINGUER, 1988). Compreendendo a condição de saúde também na sua dimensão social, compreende-se por que o direito à saúde deve ser entendido de maneira mais abrangente do que apenas o direito ao acesso aos serviços de saúde (NARVAI; SÃO PEDRO, 2013).

Como área de estudos e intervenção, historicamente, no que diz respeito ao seu escopo, a saúde ambiental dedicou-se, nas décadas de 50 a 70, sobretudo no saneamento básico clássico: abastecimento de água potável, esgotamento sanitário e coleta e tratamento de resíduos sólidos. Com o tempo, de acordo com Nardocci et al (2013), com o aguçamento de problemas ambientais, suas preocupações foram se ampliando e incorporando outros objetos e áreas de pesquisa, como “[] poluição atmosférica, poluição eletromagnética, poluição por agrotóxicos” e diversificando seu enfoque para “[] questões relacionadas a aspectos sociais e desigualdades socioeconômicas, diferenças culturais e de hábitos de vida” e aspectos mais amplos, como “[] mudanças climáticas globais e guerras.” (NARDOCCI et al, 2013, p. 73).

Com a intensificação do processo de urbanização no mundo na segunda metade do século XX, Nardocci et al, (2013) concluem que o ambiente urbano propiciou o surgimento e o agravamento de várias patologias, muitas delas ligadas ao modo de vida urbano, seus processos produtivos e devido à circulação de pessoas e mercadorias. Sobretudo nos países em desenvolvimento, mas não só neles, o crescimento da população urbana provocou também o aumento das disparidades sociais e ambientais urbanas, assim como as disparidades nas condições de saúde (NARDOCCI et al, 2013).

Ao mesmo tempo em que o mundo vive uma época de evolução dos modos de produção e desenvolvimento industrial, novas doenças e agravos surgem a partir desse desenvolvimento produtivo. Assim, a saúde do trabalhador torna-se uma das grandes preocupações em saúde pública. Isso requer que o fundamento das ações em saúde e

segurança no trabalho deve ser a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

2.1.1 Saúde do trabalhador

Ao fazer uma retrospectiva da evolução histórica desde o nascimento da medicina do trabalho até o modelo atual de atenção à saúde do trabalhador, Costa (2019) se refere a esse modelo como fruto de uma construção coletiva. Segundo o autor, o marco histórico remonta a Carta de Otawa apresentada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Esse documento, por sua vez, teve como base a Declaração de Alma, Ata de 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão. O referido documento já preconizava que a atenção primária a saúde das comunidades seria essencial para promoção da saúde das populações dos países e que os governos deveriam promover políticas públicas que priorizassem a atenção básica. (COSTA, 2009).

Na conferência de Otawa, as discussões focaram na necessidade dos países em promover um atendimento à saúde de suas populações de forma equitativa e efetiva, de forma a atender as demandas surgidas a partir da industrialização e suas consequências para a saúde das pessoas. (COSTA, 2019, p.110).

Mendes e Dias (1991) complementam e descrevem que dentro da atenção básica, insere-se historicamente também a atenção à saúde do trabalhador. Na medida em que avança o conhecimento tecnológico e a complexidade dos processos de produção, surgem novas doenças e agravos à saúde dos trabalhadores. Esses, por sua vez, ficam cada vez mais insatisfeitos diante dos riscos ao qual estão expostos e de uma medicina do trabalho que não consegue responder a essas demandas com soluções eficazes de prevenção. Descrevem ainda os autores, que a partir desse movimento dos trabalhadores e seus questionamentos, surge a necessidade de ampliação do conhecimento com a agregação de novas áreas de conhecimento técnico que também contribua para intervir nos ambientes de trabalho. As equipes responsáveis pela saúde dos trabalhadores crescem e tornam-se multiprofissionais.

Atualmente falamos em saúde do trabalhador, pois a demanda partiu do movimento social dos trabalhadores, trouxe então a elaboração de leis específicas em cada país, visando melhorar as condições dos ambientes de trabalho, a valorização do saber dos trabalhadores, a

realização de estudos e investigações independentes e outras conquistas. (MENDES; DIAS, 1991, p. 345).

De acordo com Nardocci et al (2013), uma boa revisão da história da saúde do trabalhador pode ser encontrada no livro de Donald Hunter, *The Disease of Occupations* (Hunter, 1970) e já no século XVIII, Bernardino Ramazzini descreveu as doenças características de diversas profissões em seu livro pioneiro ‘As doenças dos trabalhadores’. Ou seja, “Muitas lutas foram travadas até o início do século XX, quando apareceram as primeiras grandes fábricas e se começou a considerar mais seriamente os efeitos do trabalho sobre a saúde do trabalhador.” (NARDOCCI et al, 2013, p. 107). Melhor dizer, segundo os autores, que foi na segunda metade do século XX, quando se observou grande desenvolvimento das indústrias e, paralelamente, acentuou-se a preocupação com a saúde do trabalhador e das ciências a ela relacionadas ou subordinadas.

Martins et al. (2016) fazem uma observação quanto as bases conceituais adotadas pela medicina do trabalho como área de conhecimento na época. Segundo eles, essas bases conceituais eram pautadas na visão dicotômica e hegemônica do processo saúde-doença, abordagem cujo foco privilegiava a medicina tecnicista, para atender a demanda do capital.

A visão era pautada no conceito de saúde ocupacional com foco na preservação da força de trabalho e restrita as atividades de assistência, fiscalização, perícias médicas, exames periódicos e prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho. (MARTINS, 2016, p. 1430).

A trajetória histórica trazida por Martins e Molinaro (2013), descreve como o conceito da medicina do trabalho evoluiu com a ampliação do conhecimento científico e agregação de outros saberes técnicos. Ocorre a multidisciplinaridade de atuação das equipes de saúde e fala-se então na saúde ocupacional. Os autores relatam mais adiante, que ao longo do tempo e das transformações do mundo do trabalho e das condições ambientais, essa abordagem foi um avanço, mas ainda não consegue responder as demandas dos trabalhadores frente aos prejuízos causados à sua saúde. Tais problemas são advindos dos novos processos de trabalho surgidos com o avanço tecnológico e com as mudanças econômicas, sociais e ambientais nos países industrializados. (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Os agravos à saúde das pessoas que trabalham não advêm exclusivamente do local de trabalho, mas de todos os pontos possíveis do meio ambiente, e, por isso, sua denominação foi mais bem definida como Saúde do Trabalhador (LAUREL; NORIEGA, 1989; MENDES; DIAS, 1991; NARDOCCI et al, 2013).

Mesmo com os grandes avanços da ciência, ainda há, no Brasil e no mundo, nas considerações de Nardocci et al (2013, p. 109) “ [] diversas situações em que o trabalhador pode ficar exposto a agentes químicos, físicos, mecânicos ou biológicos e, em decorrência, pode apresentar agravos à sua saúde como acidentes típicos do trabalho ou doenças ocupacionais.”. Estudos apontam que doenças ocupacionais podem ainda ser originadas por fatores menos visíveis ou evidentes, como os psicossociais, a organização do trabalho, os turnos do trabalho (diurno e noturno, finais de semana), questões ergonômicas (MENDES; DIAS, 1991; FISCHER; MORENO; ROTENBERG, 2003 NARDOCCI et al, 2013).

De acordo com Nardocci et al (2013), em determinadas situações, o trabalhador pode não receber nenhuma atenção médica por estar fisicamente distante das equipes de saúde. Em outras, mesmo nas grandes cidades, por não se dispor de um sistema de saúde pública suficientemente abrangente ou adequada, pois, o simples tratamento do trabalhador doente e o seu regresso ao local de trabalho e, conseqüentemente, à exposição ocupacional, suscita, algum tempo depois, a sua volta ao médico com os mesmos sinais e sintomas anteriores. Isso leva a uma evidente deterioração da saúde e, em consequência, a um custo socioeconômico cada vez mais elevado ao Estado e ao trabalhador.

Esse ciclo só pode ser rompido quando, paralelamente ao tratamento do trabalhador doente, houver o “tratamento” de seu respectivo local de trabalho ou atividade, transformando-os em salubres. Esse é o objetivo da Saúde do Trabalhador que, através da Higiene Ocupacional, faz o reconhecimento e a avaliação do risco e indica as medidas de controle adequadas à exposição ocupacional. Assim, em harmonia com o trabalhador sadio e um local de trabalho também sadio, atingem-se os objetivos maiores da Saúde do Trabalhador. (NARDOCCI et al, 2013, p. 110).

Compreendida dessa perspectiva, a Saúde do Trabalhador está intimamente ligada ao ambiente de trabalho e ao meio ambiente e tem um vasto e importante papel a desempenhar. Além disso, nas análises de Nardocci et al (2013), no Brasil e no mundo, as preocupações se voltaram também para a sustentabilidade e o futuro do planeta, isto é, a relação com a saúde de toda a humanidade, em escalas variadas de tempo (de hoje

às futuras gerações) e de espaço (de nossa vizinhança ao globo terrestre, como as mudanças climáticas globais, as poluições transfronteiriças e seus possíveis impactos na saúde).

Essa perspectiva mais ampla foi sendo adotada em diversas regiões do globo. Em especial, segundo Galvão, Finkelman e Henao (2010), os indicadores de saúde ambiental selecionados em 2009 pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para monitorar as tendências de alguns países da América Latina relativos aos trabalhadores e à saúde ocupacional são:

- a. Taxa de incidência de acidentes de trabalho,
- b. Taxa de mortalidade por acidentes de trabalho,
- c. Cobertura de vacinação contra hepatite B nos trabalhadores de saúde,
- d. Número e taxas de casos e de mortes por intoxicação por agrotóxicos.

Martins et al. (2016) salientam que o processo de industrialização das nações desenvolvidas ocorreu tardiamente no Brasil, a partir dos anos 40, e, que até então, a saúde dos trabalhadores era negligenciada pelo estado brasileiro. De acordo com os autores, a regulação do trabalho em forma de legislação ocorreu com a promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) durante o governo de Getúlio Vargas, a partir de 1943 e com a promulgação da CLT a saúde do trabalhador passou a ser contemplada mediante as Normas Regulamentadoras em Saúde e Segurança do Trabalho-NRs. Brasil (1978). Na mesma época, em 1950, um comitê misto da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde ocupacional como a ciência que visa à promoção e manutenção do bem-estar físico, social e mental dos trabalhadores em todas as ocupações (ILO, 1998 apud NARDOCCI et al, 2013).

De acordo com Martins e Molinaro (2013), a partir dos anos 80, com a redemocratização do país e a promulgação da nova Constituição Federal em 1988, ocorrem importantes conquistas sociais. Dentre elas, segundo os autores, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que universaliza o atendimento à saúde e o Regime Jurídico Único dos Servidores Cíveis da União (RJU), conforme Lei 8.112/90, que desenha uma nova estruturação jurídica e institucional do serviço público.

Quanto a saúde do servidor público, Martins et al. (2016) mostram um panorama geral de ações fragmentadas e pontuais dos diversos órgãos e instituições federais em relação à atenção à saúde e segurança no trabalho do servidor público. Eles citam que,

além de não haver uma normatização única que permitisse ações públicas de promoção a saúde com igualdade, equidade e efetividade, “não havia informações disponíveis sobre a saúde e ambiente de trabalho das instituições públicas que fornecessem uma base para direcionar as ações de prevenção da gestão pública.” (MARTINS et al, 2016, p. 1430).

Para Raminger e Nardi (2018) as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador trouxeram avanços, principalmente incentivando o investimento na formação dos servidores e na sua remuneração, mas pode-se dizer que a saúde dos servidores e as formas de prevenção de adoecimento e promoção de saúde ficaram ainda em segundo plano. Com a crescente insatisfação dos trabalhadores e as reivindicações por melhores condições de segurança e saúde no ambiente de trabalho, o estado é pressionado a tomar alguma atitude e buscar solução para os problemas (RAMINGER; NARDI, 2018).

Segundo Ramminger e Nardi (2007),

a partir dos anos 2000, o estado se vê pressionado, num cenário de mudanças tecnológicas e econômicas, com aumento de acidentes e doenças do trabalho, reivindicações dos movimentos da sociedade civil organizada como os sindicatos e outros, a estruturar e implementar políticas de saúde e segurança para a categoria dos servidores públicos. (RAMMINGER; NARDI, 2007, p. 218).

O Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) reconheceu então que assistência à saúde do servidor era realizada sem normatização e constatou que os gastos com adoecimento e aposentadoria por invalidez eram muito significativos, como se lê nas seções que se seguem.

Os princípios de integralidade, universalidade e equidade e da participação social que são as bases do SUS serviram também para nortear a instituição de políticas públicas na área de atenção e proteção aos servidores públicos. No processo de construção dessas políticas públicas, o modelo se desenvolveu com a participação ativa de diferentes atores institucionais: representantes do governo federal, estadual e municipal, representantes da sociedade civil, dos trabalhadores e servidores públicos. Coloca-se em prática o novo conceito de saúde do trabalhador em sua concepção mais ampla e moderna. Como estabelecido na Lei 8.112/1990, a promoção, vigilância e participação em saúde, definidos como base dos programas, traduzem-se na realização de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, promoção e proteção da saúde dos

trabalhadores e na recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores adoecidos ou submetidos a riscos e agravos provenientes das condições de trabalho.

2.1.2 A instituição da PASS e a operacionalização do SIASS

Em 2005, o MPOG propôs a criação do Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOP), com a intenção de estruturar e regulamentar um sistema de proteção social para os servidores públicos. Esse modelo é posteriormente aperfeiçoado e reformulado, sendo então instituído o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), pelo Decreto 6.833 de 29/04/2009 (BRASIL, 2009). Essa reformulação permite avançar da concepção tradicional da saúde ocupacional para o conceito de saúde do trabalhador. Nessa concepção, as relações de trabalho-saúde são analisadas de modo multidisciplinar e com a participação dos trabalhadores, como servidores ativos e centrais no planejamento e implementação das ações de transformação dos processos de trabalho (MINAYO; GOMEZ, 2011).

Em 2006, o MPOG promoveu, em Brasília, o 1º Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor (ENASS), com a proposta de discutir as bases de uma nova Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). Esse evento teve a participação de vários representantes dos servidores federais, dos sindicatos e das associações de servidores e instituições públicas. Como resultado deste trabalho coletivo foi lançada em 2007 a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal PASS, cujo eixo é baseado na vigilância e promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde. Para ser implementada, a PASS necessitava de um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e a garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos. Tudo isso torna-se realidade a partir do Decreto 6933/09, com a instituição do SIASS.

O SIASS passou então por um processo de construção coletivo para garantir a implantação da PASS, que, por seu turno, tem como objetivo a execução das ações de promoção e acompanhamento da saúde dos servidores, prevenção de agravos, perícia e assistência (BRASIL, 2008). Para atingir seus propósitos, o SIASS contou também, na ocasião, com o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor (CGASS) que é o seu órgão de decisão, formado por representantes dos seguintes ministérios: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que o coordena; Ministério da Casa Civil;

Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda, Ministério da Previdência Social, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Justiça.

Para cumprir tal determinação legal, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) promoveu reuniões com vários órgãos da Administração Pública Federal (APF) com o objetivo de iniciar os projetos de implantação das Unidades SIASS em todos Estados da federação. Para tanto, considerou-se, segundo Taissuke (2016), órgãos que tivessem experiência ou serviços de saúde já instalados para os seus servidores. Dentre os órgãos da APF, as universidades federais eram as mais bem estruturadas em relação aos serviços de saúde e à composição de uma equipe multiprofissional. Por isso, em diversos Estados elas ficaram à frente dos projetos de implantação da PASS (TAISSUKE, 2016).

Para Cozendey e Andrade, (2014), a implantação do SIASS representa um avanço do Estado em relação a sua responsabilidade social. As questões relativas à saúde dos servidores não se constituíam prioridades e só se tornavam problemas quando o adoecimento ocasionava ausência ao trabalho. O investimento na área de saúde do servidor público ficou às expensas do entendimento individual de cada gestor que estabeleceu níveis diferenciados de prioridades às atividades de saúde, sem existir, entretanto, qualquer tipo de relação estruturada entre os órgãos.

Gonçalves et al (2016) concluíram que, das ações previstas pela PASS, a que mais tem avançado é a organização do SIASS, que passou a regimentar normas de saúde e segurança, padronizar procedimentos e alocar recursos, tendo a informação como centralidade no exercício das ações, na formatação e na prática da comunicação em saúde. Todos os órgãos públicos, portanto, devem estar alinhados com esses direcionamentos e promover ações para melhorar a saúde de seus servidores.

A organização do SIASS contempla uma política sustentada a partir de três grandes eixos: assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde fundamentada em gestão com base em informação.

Em relação à assistência e à perícia, é preciso distinguir a atuação do profissional que examina a pessoa com o objetivo de tratá-la, daquele que a examina na qualidade de perito. De acordo com Brasil (2017), na assistência, o paciente escolhe o profissional livre e espontaneamente e confia-lhe o tratamento da sua enfermidade. Na perícia, o servidor é solicitado por uma autoridade a comparecer diante de um perito ou de uma junta, designados por essa autoridade, para verificar seu estado de saúde, com fins de decisão de direitos ou aplicação de leis. O interesse de obter o benefício pode

levar o periciado “[] a prestar, distorcer ou omitir informações que levem ao resultado pretendido e o perito pode entender que existe simulação.” Na relação assistencial, “[] o paciente tem todo o interesse de informar ao profissional que o assiste seus sintomas e as condições de seu adoecimento, tendo a convicção de que somente assim o profissional poderá chegar a um diagnóstico correto e subsequente tratamento. (BRASIL, 2017, p. 4).

Conceitua-se como promoção e vigilância à saúde dos servidores, para o SIASS, “[] as ações de saúde que visam intervir no processo de adoecimento em seus aspectos individuais e em suas relações coletivas no ambiente de trabalho (BRASIL, 2017, p. 9). A Promoção à saúde, portanto deve ser entendida na sua relação com a prevenção dos acidentes e das doenças ocupacionais a que estão expostos os servidores nas diversas atividades exercidas e no tratamento de possíveis danos e agravos decorrentes.

Carneiro (2011) entende que a vigilância e a promoção da saúde são fundamentadas em uma abordagem biopsicossocial do processo saúde - doença no trabalho, na gestão compartilhada das questões de saúde por gestores e servidores e na necessidade de capacitação permanente. Por isso, segundo esse autor, o relacionamento entre a vigilância e promoção em saúde deve ser dinâmico. A vigilância trabalhando no sentido de melhorias nos ambientes e processos de trabalho e a promoção em saúde incrementando a qualidade de vida no trabalho.

Ao realizar ações de vigilância em saúde, é preciso levar em consideração os riscos ocupacionais aos quais o trabalhador está exposto em seu ambiente de trabalho, os riscos específicos ocupacionais regulamentados por lei são: os riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos. A classificação de riscos específicos acima relacionados, segue o que determina o Ministério do Trabalho por meio das normas regulamentadoras de medicina e segurança do trabalho, de acordo com a Lei nº 6.514, de 1977 e da Portaria n.º 3.214 de 1978 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Especificamente na norma número 15 (NR15) estão descritos os parâmetros para classificação de atividade laboral de riscos:

- a. Riscos biológicos- exposição laboral, não intermitente ou contato com vírus, bactérias, parasitas, protozoários, fungos entre outros.
- b. Riscos químicos- exposição laboral ou contato com substâncias químicas prejudiciais a saúde acima dos limites de tolerância biológica indicados na NR15. Consideram-se agentes de risco químico as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo do trabalhador pela via respiratória, nas

formas de poeiras, fumos, gases, neblinas, névoas ou vapores, ou que seja, pela natureza da atividade, de exposição, possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou por ingestão.

- c. Riscos físicos- exposição laboral não intermitente a agentes físicos. Consideram-se agentes de risco físico as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, calor, frio, pressão, umidade, radiações ionizantes e não-ionizantes, vibração etc., e acima dos limites de tolerância (de acordo com NR15).
- d. Riscos Ergonômicos- qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde. São exemplos de risco ergonômico: o levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho, fatores cognitivos como sobrecarga e sofrimento psíquico e emocional (segundo norma regulamentadora NR17 da CLT).

As diretrizes gerais para implementação de ações de vigilância e promoção à saúde estão definidas na Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), instituída pela Portaria Normativa nº 03 de 07 de maio 2010, que foi construída coletivamente a partir de fóruns, encontros e oficinas técnicas (CARNEIRO, 2011).

2.2 A vigilância em saúde e o campo de aplicação da epidemiologia

Arreaza e Moraes (2010) reconhecem que a proposta de vigilância em saúde tem enfrentado inúmeros desafios na busca de novas formas da operacionalização de práticas que considerem as complexas dimensões do processo saúde-doença. Na análise de Silva (2008), a incorporação da noção de risco e especialmente a busca de identificação dos fatores de risco envolvidos na determinação do processo saúde/doença vêm provocando a modernização das estratégias de ação no campo da vigilância em saúde. Isto se dá, de acordo com o autor, tanto pela ampliação e diversificação do seu objeto, quanto pela incorporação de novas técnicas e instrumentos de intervenções sobre danos, indícios de danos, riscos e condicionantes e determinantes dos problemas de saúde. Os fatores de risco se referem ao conjunto de motivos, ou razões que podem estar

envolvidos na determinação de um problema de saúde (evento, agravo). Fatores de risco são os componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde (GOMES, 2015).

Neste sentido, na análise de Silva (2008), o gerenciamento de risco é entendido como um processo que abrange a identificação de pontos críticos de controle, sua avaliação, e a adoção de medidas de intervenção que objetivam sua prevenção tanto em caráter individual quanto coletivo. Um exemplo diz respeito às ações de prevenção dos riscos ocupacionais e ambientais, aos quais estão expostos trabalhadores e a população de modo geral, sendo que a implementação dessas atividades de vigilância apresentam algumas características que se diferenciam das demais práticas de vigilância, exigindo uma intensa articulação intersectorial, pois na maioria das vezes, muitos dados sobre a exposição aos fatores ambientais são obtidos fora do setor saúde. Da mesma forma, as “condições nas quais o trabalho é realizado podem atuar tanto na melhoria das habilidades humanas, oferecendo melhor qualidade de vida e saúde, quanto provocando o processo de adoecimento e sofrimento.” (SILVA, 2008, p. 40).

Neste aspecto, deve-se buscar a perspectiva de uma abordagem mais integrada e eficaz no desenvolvimento das ações e atividades, e, de acordo com Silva (2008), principalmente aquelas que caracterizam a responsabilização do estado quando da intervenção necessária em áreas específicas de atuação, que contemplem funções de vigilância, monitoramento e controle da manifestação de agravos e fenômenos inusitados ou não, essencialmente aqueles com características de relevância, magnitude e amplitude epidemiológica e coletiva.

Sem a intenção de desconsiderar os primeiros desenvolvimentos de bases científicas, que foram utilizados pela vigilância, Silva (2008) cita o conceito clássico de Langmuir (1963) (apud LANGMUR, 1976), o qual ampliou e fortaleceu os aspectos qualitativos da vigilância em saúde pública. Langmuir (1963) definiu vigilância em saúde como uma ação que correspondia, essencialmente, à detecção, análise e disseminação de informação sobre doenças relevantes, que deveriam ser objeto de monitoramento contínuo. De acordo com Silva (2008), esse autor foi cuidadoso ao distinguir a vigilância tanto da responsabilidade das ações diretas de controle, que deveriam ficar afetas aos níveis locais de saúde; quanto da epidemiologia no sentido amplo de método ou de ciência, embora reconhecesse a importância da interface entre essas atividades.

Como argumentam Monken e Barcellos (2005), cada período explicativo ao longo do tempo produziu metodologias para a análise de condições de saúde e

estruturou um modo de pensar e agir no campo. Originalmente, a vigilância epidemiológica significava a “observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”. (FUNASA, 2002, p. 11). Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, por meio de medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma coletiva. Posteriormente, na vigência de campanhas de erradicação de doenças - como a malária e a varíola, de acordo com a FUNASA (2002), a vigilância epidemiológica passou a ser referida como uma das etapas desses programas, “na qual se buscava detectar, ativamente, a existência de casos da doença alvo, com vistas ao desencadeamento de medidas urgentes, destinadas a bloquear a transmissão.” (FUNASA, 2002, p. 11).

Na primeira metade da década de 60 consolidou-se, internacionalmente, uma conceituação mais abrangente de vigilância epidemiológica. em que eram explicitados seus propósitos, funções, atividades, sistemas e modalidades operacionais. Vigilância epidemiológica passou, então, a ser definida como

o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças. (FUNASA, 2002, p. 11).

Epidemiologia é a ciência que estuda o processo saúde - doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013).

No Brasil, de acordo com a Funasa (2002), a noção de vigilância epidemiológica foi inicialmente utilizada em alguns programas de controle de doenças transmissíveis, coordenados pelo Ministério da Saúde. A experiência da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) motivou a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica a outras doenças evitáveis por imunização, de forma que, em 1969, foi organizado um sistema de notificação semanal de doenças, baseado na rede de unidades permanentes de saúde e sob a coordenação das secretarias estaduais de saúde.

Oliveira e Cruz (2015) discutem os avanços e os desafios no percurso da institucionalização da vigilância em saúde no Brasil que se desdobra nos campos da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, procurando analisar essa trajetória à luz dos principais marcos estabelecidos no âmbito político-institucional. Para entender melhor o cenário atual da vigilância em saúde os autores resgatam uma breve trajetória das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, tendo-se em mente que os seus objetivos e instrumentos de intervenção foram se constituindo de forma diferenciada no Sistema Único de Saúde (SUS), como reflexo das mudanças ocorridas no contexto histórico e político do País. De acordo com esses autores, o percurso da vigilância epidemiológica no Brasil e em vários outros países esteve bastante associado às doenças transmissíveis. Até a década de 1940, o termo vigilância era empregado principalmente com a finalidade de observação sistemática de contatos de doentes, porém assumiu um significado mais amplo nos anos de 1950, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde, com o propósito de aprimorar as medidas de controle, configurando a noção de vigilância epidemiológica. Contudo, a concepção de vigilância epidemiológica enquanto ‘informação para ação’ só veio a ser introduzida oficialmente no País na década de 1970 com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), impulsionada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas) (WAKIMOTO, 1997 apud OLIVEIRA; CRUZ, 2015). O SNVE foi formalizado pela Lei 6.259 do mesmo ano e decreto 78.231, que a regulamentou em 1976, incorporou o conjunto de doenças transmissíveis então consideradas de maior relevância sanitária no país.

Nos anos de 1990, foi implantado o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), uma importante experiência no controle de doenças e agravos inusitados à saúde para o campo da vigilância epidemiológica. Nesse período, os propósitos, as estratégias e as ações da vigilância epidemiológica foram redefinidas, tendo sido concebida sua definição na Lei Orgânica 8.080/90 como

um conjunto de atividades que proporciona a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, em nível individual ou coletivo, com objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos. (BRASIL, 1990, Art. 6, § 2º).

Essa definição expandiu o conceito de vigilância, inicialmente restrito às doenças transmissíveis, às doenças não transmissíveis (anomalias congênitas, desnutrição, doenças crônico-degenerativas etc.) e aos outros agravos, como acidentes e violências. Barata (1993) comenta que esse termo ia se transformando ao longo do tempo, entretanto seu *locus* de atuação não conseguia ultrapassar a doença enquanto evento tomado como objeto, dificultando uma abordagem sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Mas, de acordo com Silva (2008), a política de atenção à saúde e das ações de vigilância em saúde se construirá por meio de articulação e integração dos princípios e diretrizes, bem como das ações desenvolvidas por diversas áreas, tais como a atenção primária, as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e outras políticas públicas setoriais. Tal estratégia objetiva a potencialização dos recursos e tecnologias disponíveis, para que de maneira consistente e sistemática possa se materializar o direito universal à saúde através da promoção e proteção dos indivíduos dentro de ambientes ecologicamente equilibrados.

Na década de 1990, a intenção de intervir nos fatores de risco ambiental já aparecia na Lei nº 8.080, estimulando o debate sobre as ações de vigilância ambiental, porém a implementação de uma área de vigilância ambiental no âmbito do Ministério da Saúde começou a ser pensada e discutida com a elaboração da Política Nacional de Saúde Ambiental, em 1998, principal iniciativa em relação à temática saúde e ambiente.

A vigilância sanitária é reconhecida como um conjunto de estratégias institucionais, administrativas, programáticas e sociais, integradas e orientadas por políticas públicas que se destinam a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, com base em serviços e em ações integrais e essenciais à defesa e à promoção da vida em seu ambiente (LUCHEESE, 2001).

Contudo, sabe-se que inúmeras são as questões organizacionais e as limitações político-institucionais que incidem sobre os agentes e instituições envolvidas na discussão e elaboração de políticas de atenção à saúde, fundamentalmente a complexidade que envolve a própria atenção primária. A descentralização na área de vigilância é uma estratégia de busca da efetiva consolidação de suas funções, com o estímulo ao desenvolvimento de sistemas de vigilância ativos, dotados de capacidade técnica e operacional, capazes de realizar ações de controle necessárias e adequadas, dentro de um processo permanente de planejamento, acompanhamento e avaliação.

2.2.1 Propósitos e funções da vigilância em saúde- subdivisão vigilância epidemiológica

De acordo com a Funasa (2002), a vigilância epidemiológica tem, como propósito, fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pela decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos. Para subsidiar esta atividade, deve tornar disponíveis informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças ou agravos, bem como dos seus fatores condicionantes, em uma área geográfica ou população determinada.

Os dados e informações que alimentam o Sistema de Vigilância Epidemiológica, segundo a Funasa (2002), são os seguintes:

- a. Dados demográficos, socioeconômicos e ambientais: permitem quantificar a população e gerar informações sobre suas condições de vida: número de habitantes e características de sua distribuição, condições de saneamento, climáticas, ecológicas, habitacionais e culturais.
- b. Dados de morbidade: podem ser obtidos mediante a notificação de casos e surtos, de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, de investigação epidemiológica, de busca ativa de casos, de estudos amostrais e de inquéritos, entre outras formas.
- c. Dados de mortalidade: são obtidos através das declarações de óbitos, processadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade. Mesmo considerando o sub-registro, que é significativo em algumas regiões do país, e a necessidade de um correto preenchimento das declarações, trata-se de um dado que assume importância capital entre os indicadores de saúde. Esse sistema está sendo descentralizado, objetivando o uso imediato dos dados pelo nível local de saúde.
- d. Notificação de surtos e epidemias: a detecção precoce de surtos e epidemias ocorre quando o sistema de vigilância epidemiológica local está bem estruturado, com acompanhamento constante da situação geral de saúde e da ocorrência de casos de cada doença e agravo de notificação. Essa prática possibilita a constatação de qualquer indício de elevação do número de casos de uma patologia, ou a introdução de outras doenças não incidentes no local e, conseqüentemente, o diagnóstico de uma situação epidêmica inicial, para a adoção imediata das medidas de controle.

2.2.2 Morbidade ou morbidade

A quantificação das doenças ou cálculo das taxas e coeficientes de morbidade e morbimortalidade são tarefas essenciais para a vigilância epidemiológica e controle das doenças (GOMES, 2015). Morbidade ou morbidade, segundo Gomes (2015), é uma variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto de indivíduos que adquiriram doenças num determinado intervalo de tempo. A denotação de morbidade demonstra o comportamento ou evolução das doenças ou agravos à saúde numa população exposta. A taxa de morbidade pode ser expressa pelo número (percentual) de portadores de uma determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento.

De acordo com Pereira (2007), a morbidade é frequentemente estudada segundo quatro indicadores básicos:

- I. a incidência,
- II. a prevalência,
- III. a taxa de ataque e
- IV. a distribuição proporcional.

A incidência de uma doença, em um determinado local e período, é o número de casos novos da doença que iniciaram no mesmo local e período. Traz a ideia de intensidade com que acontece uma doença numa população, mede a frequência ou probabilidade de ocorrência de casos novos de doença na população. Alta incidência significa alto risco coletivo de adoecer.

Coefficiente de Incidência = n° de casos novos de determinada doença em um dado local e período / População do mesmo local e período x 10ⁿ

Prevaler significa ser mais, preponderar, predominar. A prevalência indica qualidade do que prevalece. Prevalência implica em acontecer e permanecer existindo num momento considerado. Portanto, a prevalência é o número total de casos de uma doença, existentes num determinado local e período.

Coefficiente de Prevalência = nº de casos existentes (novos + ant.) em dado local, momento ou período / População do mesmo local e período x10n

O coeficiente de prevalência é mais utilizado para doenças crônicas de longa duração. Ex: hanseníase, tuberculose, AIDS, tracoma ou diabetes. Casos prevalentes são os que estão sendo tratados (casos antigos), mais aqueles que foram descobertos ou diagnosticados (casos novos). A prevalência, como ideia de acúmulo, de estoque, indica a força com que subsiste a doença na população.

A prevalência pode ser pontual ou no período (lápica):

- a. Prevalência pontual (instantânea ou prevalência momentânea) é medida pela frequência da doença ou pelo seu coeficiente em um ponto definido no tempo, seja o dia, a semana, o mês ou o ano. No intervalo de tempo definido da prevalência pontual, os casos prevalentes excluem aqueles que evoluíram para cura, para óbito ou que migraram.
- b. Prevalência num período ou lápica abrange um lapso de tempo mais ou menos longo e que não concentra a informação em um dado ponto desse intervalo. Na prevalência lápica estão incluídos todos os casos prevalentes, inclusive os que curaram, morreram e emigraram.

Taxa de Ataque é também um indicador muito usado. É o coeficiente ou taxa de incidência de uma determinada doença para um grupo de pessoas expostas ao mesmo risco limitadas a uma área bem definida. É muito útil para investigar e analisar surtos de doenças ou agravos à saúde em locais fechados.

Taxa de ataque = N° de casos de uma determinada doença num dado local e período / População exposta ao risco x 100

Lebrão (1997) entende que as estatísticas de morbidade têm hoje uma importância cada vez maior, pois elas são mais reveladoras que as de mortalidade, uma vez que estas mostram um quadro de saúde como ela foi, enquanto que para se perceber a saúde como ela é, é necessário utilizar as estatísticas de morbidade. As estatísticas de morbidade “representam as condições de saúde de uma população com muito mais sensibilidade que as taxas de óbitos.” (LEBRÃO, 1997, p. 51).

De acordo com Lebrão (1997) a importância das informações sobre morbidade diz respeito às respostas dos seguintes pontos:

- a. quantas pessoas sofrem de determinadas doenças, com que frequência e por quanto tempo;
- b. que demanda exercem essas doenças sobre os recursos médicos de saúde pública e que perda financeira causam;
- c. qual a letalidade das diferentes doenças;
- d. em que extensão as pessoas estão prevenidas contra essas doenças ao efetuar suas atividades normais;
- e. em que extensão as doenças estão concentradas em grupos específicos da população, por exemplo, de acordo com a idade, sexo, grupo étnico, ocupação ou lugar de residência;
- f. qual a variação desses fatores no tempo;
- g. qual o efeito da atenção médica e dos serviços de saúde pública sobre o controle da incidência da doença.

Em geral, como se segue, são as tradicionais fontes de informação para os estudos de morbidade:

- i. Notificação compulsória de doenças: Ainda que a finalidade principal da notificação não seja a estatística, os organismos oficiais de saúde costumam recorrer a ela como fonte de dados. Porém, mesmo que ela seja uma fonte valiosa, o seu aproveitamento é limitado por certos inconvenientes e, em particular, pelo fato de que ela se restringe a um número limitado de doenças. As críticas a esses sistemas passivos, ocorrem por conta da:
 - subnotificação de doenças,
 - falta de representatividade dos casos que são notificados,
 - falta de oportunidade no registro,
 - falta de sensibilidade e/ou especificidade e,
 - diagnósticos incorretos pelos médicos.
- ii. Estatísticas hospitalares: Embora sejam muitas as restrições às estatísticas hospitalares no campo da epidemiologia, deve-se lembrar que ela é o único registro sistemático de informações de morbidade. Os dados hospitalares têm a vantagem de serem relativamente seguros, uma vez que dizem respeito a pacientes que, com raras exceções, foram vistos por profissionais médicos. Nasce daí a impossibilidade de se calcular coeficientes, uma vez que não só não

se conhece o denominador da fração, pois a população de risco quase nunca é circunscrita, como no numerador ter-se-á doenças e, não, doentes. Assim, é preciso ter em mente que essas informações nunca serão representativas da morbidade da coletividade, como de resto também não o são todas as informações provenientes da demanda aos serviços de saúde. Costuma-se dizer que as estatísticas hospitalares são seletivas pois somente fornecem informações relativas às doenças graves o bastante para exigirem hospitalização e, parciais porque apenas uma parcela delas chega ao hospital, pelas várias razões que levam um doente a não ter uma internação: podem não ser considerados necessitados, estão muito distantes dos hospitais, são ignorantes da existência dos recursos, não têm condições financeiras, não obtêm vagas, têm medo ou, ainda, são excluídos por alguma razão administrativa. É possível que se esteja medindo mais a oferta de recursos do que realmente a necessidade da população. Locais onde a oferta for menor do que o necessário, a demanda será pequena, pela própria imposição da falta de recursos. Por outro lado, a existência de grandes centros hospitalares e especializados, tenderá a atrair a demanda. Assim, é preciso ter em mente que essas informações nunca serão representativas da morbidade da coletividade, como de resto também não o são todas as informações provenientes da demanda aos serviços de saúde. É possível que se esteja medindo mais a oferta de recursos do que realmente a necessidade da população. Locais onde a oferta for menor do que o necessário, a demanda será pequena, pela própria imposição da falta de recursos. Por outro lado, a existência de grandes centros hospitalares e especializados, tenderá a atrair a demanda.

- iii. Estatísticas de serviços de assistência ambulatorial: No conjunto das fontes que fazem o grande mapa da morbidade de uma localidade, as informações provenientes dos atendimentos ambulatoriais devem ter lugar certo, uma vez que grande parte da morbidade dita "leve" estará presente aí, sem que seja necessário lançar mão de processos caros e difíceis como um inquérito domiciliar, por exemplo. Uma grande parte das causas de morbidade mais frequentes nas populações tem uma letalidade relativamente baixa e outras não aparecem representadas na mortalidade a não ser indiretamente, como acontece com as doenças mentais. Essa fonte passa a ter importância cada vez maior pois, progressivamente, o atendimento ambulatorial vem se tornando o fim na assistência médica, pelo alto custo da hospitalização e pelas mudanças na

tecnologia, que permitem que muitas doenças que antigamente eram de tratamento hospitalar passassem a ser resolvidas em nível de ambulatório.

- iv. Registros especiais de doenças: Os registros especiais de doenças, por sua vez, são úteis na obtenção de coeficientes de incidência e prevalência, medidas de prognóstico baseadas em tábuas de vida¹ e, principalmente, a tendência da incidência, permitindo que a ocorrência seja examinada independentemente das mudanças na terapêutica, o que pode confundir as tendências de mortalidade. Uma doença, para propósitos de registro, não pode ser considerada independentemente da pessoa que é vítima dela. Assim, um registro não deve ser confundido com notificação. As doenças infecciosas devem ser notificadas às autoridades médicas a fim de que certos procedimentos de saúde pública possam ser postos em ação. Finalmente pode-se dizer que nos países onde a população não tem acesso fácil aos serviços de saúde, as informações provenientes das fontes rotineiras dão conhecimento da morbidade de apenas uma parte dessa população, ignorando um importante segmento, geralmente o mais pobre, o mais necessitado e aquele que realmente deve ser o alvo das políticas e programas de saúde, principalmente em atenção primária para todos.
- v. Registros de óbitos: Foi-se o tempo em que a manifestação de uma doença infecciosa aguda era seguida de morte dentro de 24 horas, fazendo com que a mortalidade fosse uma medida direta, confiável, oportuna e acurada da expansão de uma epidemia incontrolável, tornando, dessa forma, as estatísticas de morbidade a medida mais sensível e oportuna das doenças.
- vi. Inquéritos domiciliares: dão a oportunidade de olhar para todos e encontrar não somente aquelas pessoas que estão no sistema de saúde mas, aquelas que não estão, e saber porque não estão. É provável que as características e problemas de saúde dos que não procuram ou dos que não recebem atendimento, sejam diferentes dos usuários dos serviços de saúde. Os inquéritos domiciliares são a única fonte que permite que se calcule coeficientes pois o denominador é conhecido, além de concentrarem no indivíduo entrevistado todas as informações a respeito da morbidade e da utilização dos recursos de saúde que teriam de ser coletadas em vários lugares.

¹ Tábua de Mortalidade, também chamada de Tábua de Vida ou Tábua Atuarial, é uma tabela utilizada principalmente no cálculo atuarial, em planos de previdência e seguros de vida, tanto no setor público quanto no setor privado, para calcular as probabilidades de vida e morte de uma população, em função da idade.

- vii. Outras fontes, tais como: registros de médicos particulares, Seguro Social e de Saúde, Censo Populacional.

2.3. Perícias em saúde

Dentre as ações governamentais para implementação do SIASS, foi elaborado e publicado o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal na Portaria SRH/MO N° 797 de 22/03/2010. O objetivo do governo federal era unificar os procedimentos e parâmetros para aplicação das normas legais relacionadas ao ato pericial, fornecendo orientações e norteando as decisões dos peritos médicos oficiais, de toda a equipe multiprofissional das unidades SIASS, dos gestores e operadores das unidades de gestão de pessoas e dos próprios servidores públicos. (BRASIL, 2017).

Segundo os princípios da perícia oficial, a perícia médica está inserida no eixo da vigilância em saúde do servidor público federal que faz parte da PASS e os registros informatizados obtidos no sistema informatizado do SIASS que se chama SIAPENET permitem a elaboração dos dados epidemiológicos desses servidores. Mediante análise dos dados de adoecimento e saúde dos servidores, estudos mais avançados nortearam as ações específicas e elaboração de políticas públicas de promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas ou não ao trabalho dos servidores (BRASIL 2009).

De acordo com o Manual, temos que “Os profissionais designados devem ter competência técnica e habilidade para avaliar o estado de saúde do servidor e analisar sua capacidade laborativa quando acometido por qualquer doença ou agravo a sua saúde”. (BRASIL, 2017, p. 1; 2).

Ainda refere o manual de Perícia Oficial do Servidor (BRASIL, 2017) que o papel desempenhado pela perícia oficial em saúde tem relevada importância social. Atua no sentido de assegurar os direitos do servidor quanto as suas necessidades de afastamento do trabalho por motivo de doença e outros especificados em lei sem prejuízo em sua remuneração e em seus benefícios. Também atua para defender o interesse da administração pública federal não permitindo favorecimentos ilegítimos na busca de ganhos secundários, e, ainda, fornece respaldo técnico e científico para decisões administrativas.

O perito deve ter senso de justiça, ética e imparcialidade para decidir de forma justa quanto ao direito dos trabalhadores e quanto a não permitir favorecimentos ilegítimos. A perícia deve obedecer aos

princípios de integralidade, considerando a avaliação do indivíduo como um todo e os aspectos biopsicossociais desse e ainda a perícia deve considerar a integração com a equipe multiprofissional onde atua fazendo integração com outros profissionais de saúde e segurança do trabalho, que contribuam com diferentes saberes no processo de afastamento e reabilitação do servidor em suas capacidades laborativas. (BRASIL, 2017, p. 1; 2).

Define-se como licença por motivo de saúde o direito de o servidor ausentar-se, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus, dentro dos prazos previstos, conforme a legislação vigente. Espécies de licença por motivo de saúde estão definidas na Lei nº 8.112 de 1990 - Licença para tratamento da própria saúde, nos artigos 202, 203, 204. Pretende-se com essa análise verificar quais os agravos e doenças que mais acometem os servidores públicos da UFRPE e se estes agravos estão relacionados com o trabalho ou não.

Os Peritos Oficiais em Saúde cumprem importante atribuição de defesa dos interesses do Estado e dos servidores no âmbito da Administração Pública Federal (APF).

O perito, gozando de plena autonomia, tem o dever de informar aos setores próprios da APF sobre os resultados da perícia oficial em saúde e instruí-la no que for necessário. Sua atuação deve ser pautada pelo Código de Ética e pelas leis que regem a Administração Pública, sendo vedado sujeitar-se a demandas que possam influenciar o seu parecer. (BRASIL, 2017, p.3).

O perito é um servidor com autoridade constituída para chamar a si a responsabilidade de corrigir ato sob a sua alçada que gerou privação de direito ou lesão à coisa pública. No caso de haver suspeita de privação de direito ou lesão à coisa pública praticada por outro perito, o fato deverá ser comunicado à autoridade competente e ser objeto de apuração nos moldes previstos na Lei nº 8.112, de 1990. O Gráfico 1 é uma representação desse atendimento.

A Perícia Oficial em Saúde produz informações para fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e suas alterações posteriores. De acordo com o Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, a perícia oficial em saúde compreende duas modalidades:

- c. Junta Oficial em Saúde: Perícia Oficial em Saúde realizada por grupo de três médicos ou de três cirurgiões-dentistas;
- d. Perícia Oficial Singular em Saúde: Perícia Oficial em Saúde realizada por apenas um médico ou um cirurgião-dentista.

Após a realização dos exames periciais necessários, a Perícia Oficial em Saúde emite laudos ou pareceres que servirão de fundamentação nas decisões das licenças por motivos de saúde. Licença por motivo de saúde é o “o direito de o servidor ausentar-se, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus, dentro dos prazos previstos, conforme a legislação vigente” (BRASIL, 2017, p. 10). Espécies de licença por motivo de saúde concedida mediante Avaliação Pericial, como previsto na Lei nº 8.112, de 1990:

- e. Licença para Tratamento da Própria Saúde - arts. 202, 203, 204. As licenças para tratamento de saúde podem ser tratadas de duas maneiras: Licença Dispensada de Perícia (inferior a 15 dias no período de 12 meses, a contar da data de início do primeiro afastamento) e Licença Concedida Mediante Avaliação Pericial (até 120 dias, ininterruptos ou não, no período de 12 meses).
- f. Licença por Motivo de Doença em pessoa da família - arts. 83 e 204. Considera-se pessoa da família: cônjuge ou companheiro; mãe e pai; filhos; madrasta ou padrasto; enteados; dependentes que vivem a expensas do servidor e constem de seu assentamento funcional.
- g. Licença à Gestante - art. 207. Destina-se à proteção da gravidez, à recuperação pós-parto, à amamentação e ao desenvolvimento da relação do binômio mãe-filho, a partir do primeiro dia do nono mês de gestação (correspondente ao período entre 38 e 42 semanas), salvo antecipação do nascimento ou por prescrição médica.
- h. Licença por Acidente em Serviço - arts. 211 e 212. Configura acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.

Neste estudo, serão objetos de análise somente as licenças para tratamento da própria saúde do servidor e as licenças por acidente em serviço, ambas concedidas mediante avaliação pericial.

Nas universidades federais, a perícia médica é atividade dos médicos/odontólogos, servidores públicos designados oficialmente por meio de portaria emitida pela instituição ao qual fazem parte. Assim como em outras universidades federais a exemplo da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Federal do Ceará (UFCE), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal da Paraíba- UFPB e Institutos Federais Tecnológicos de educação de Pernambuco-IFPE e Paraíba (IFPB), a perícia médica está inserida nas áreas de

promoção de qualidade de vida e atenção à saúde do servidor e subordinados a Pro-Reitoria de Gestão de Pessoas.

Na UFRPE, a Perícia Médica Oficial está funcionando junto ao Departamento de Qualidade de Vida (DQV), integrado à Pró- Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEPE). A unidade do SIASS foi instituída com uma equipe formada por corpo técnico especializado dentro das áreas de atuação definidas pela PASS:

- e. Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho (DSS): formado por dois engenheiros de segurança do trabalho, um médico do trabalho, um técnico de segurança do trabalho.
- f. Divisão de Assistência à Saúde do Servidor (DAS): formado por cinco médicos nas especialidades de cardiologia, clínica médica, ginecologia e psiquiatria, três psicólogas, uma assistente social, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, três dentistas e técnicos de saúde bucal.
- g. Laboratório de Exames Hematológicos e Bioquímicos: formado por três farmacêuticos e técnicos de laboratório.
- h. No âmbito de gestão, o DQV conta com uma diretora e servidores técnico administrativo de apoio e serviços gerais.

Quanto ao trabalho de perícia médica, todos os médicos do DQV foram designados Peritos Oficiais da unidade SIASS. Os Perícia Oficial em Saúde devem ser obrigatoriamente designados em documento legal, de acordo com a Orientação Normativa n. 41 da Secretaria de Administração Federal (SAF) de 4 de janeiro 1991 e do Art. 93 da Lei 8.112/90, ficando assim habilitados a realizar perícia singular e junta oficial em saúde, nas áreas periciais médica ou odontológica. As publicações ocorrem em boletim de pessoal, providenciado pelo órgão de origem do servidor designado perito oficial em saúde. A designação deverá ser feita pelo órgão sede da Unidade SIASS nos casos do Art. 93 da Lei 8.112/90, e outras formas de exercícios previstos em lei (BRASIL, 2017). Vale salientar que o cuidado ético é preservado, assim, o médico que realizar atendimento assistencial do servidor não realiza perícia oficial deste servidor.

Cada profissional responsável pela informação deve alimentar o sistema. Cada um tem uma senha pessoal e uma identificação digital para acessar a plataforma SIASS, Módulo SAÚDE, autorizados pela diretoria da DQV. Especificamente no módulo Perícias Médicas, somente tem acesso os Médicos Peritos Oficiais em Saúde designados para a unidade SIASS da UFRPE.

A atividade pericial realizada pelos médicos e odontólogos da UFRPE é de grande responsabilidade técnica, perante a instituição pública e perante o servidor público. Apesar de sua relevância para administração pública, alguns problemas têm sido enfrentados pelas equipes que compõe as unidades SIASS. Tanto na UFRPE como na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e no Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), cada vez mais o número de atendimentos de servidores de outros órgãos e instituições federais vem aumentando. Por outro lado, à medida que os profissionais de saúde se aposentam, as vagas dos médicos e odontólogos não têm sido repostas, ao contrário, foram extintas as carreiras dos profissionais de saúde nas instituições e órgãos federais. Atualmente na cidade de Recife existem apenas três unidades SIASS em funcionamento: UFPE, IFPE e UFRPE. Por conseguinte, servidores públicos federais de outros órgãos precisam se deslocar para fazer as perícias nos órgãos que tenham Unidade SIASS e junta médica constituída.

Atualmente a UFRPE mantém acordo de colaboração para atendimento pericial de servidores da Fundação Joaquim Nabuco (FUNDAJ), Departamento Nacional e Obras Contra Seca (DNOCS), de outras Universidades Federais do território nacional (para perícia em trânsito de servidores) e com os Institutos Federais Tecnológicos. (IFPE). Entretanto, as informações sobre esses atendimentos periciais não serão objeto de estudo.

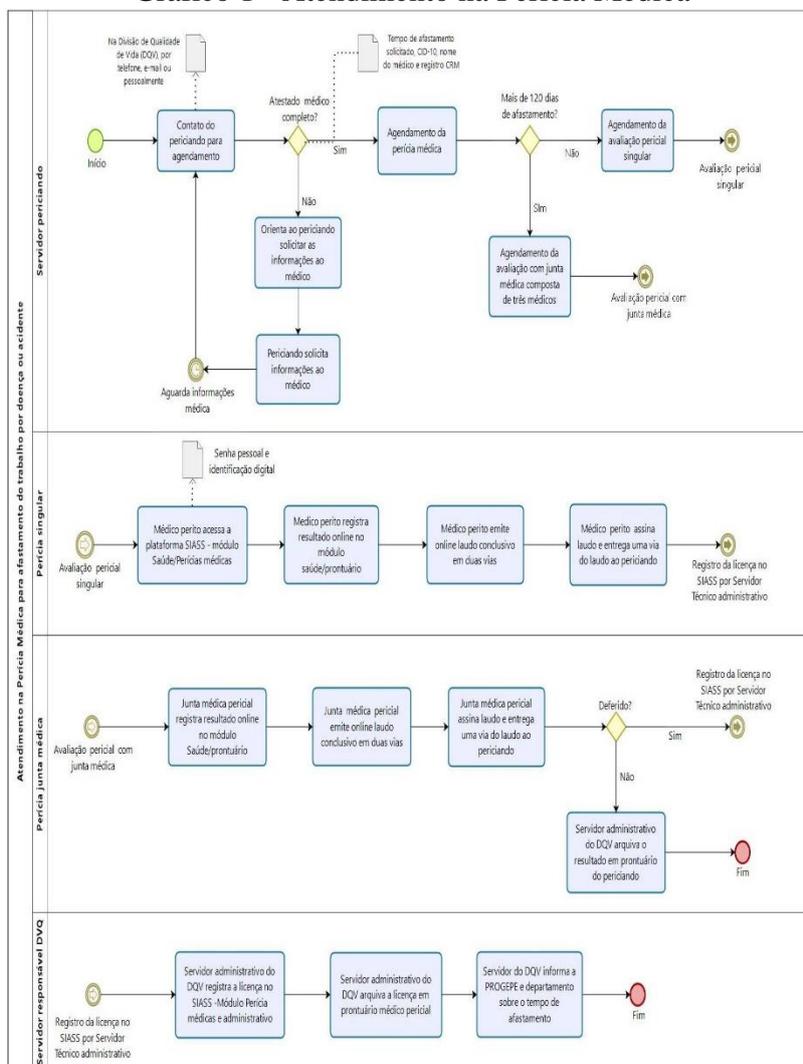
2.3.1 Processo de perícia em saúde na UFRPE

O processo de atendimento na perícia médica inicia quando o servidor (aqui denominado periciando) necessita de afastamento do trabalho por doença ou acidente. O mesmo deve agendar sua perícia comparecer ao Departamento de Qualidade de Vida (DQV), munido de seu atestado médico ou se comunicar com o DQV por meio de telefone ou *e-mail* e agendar sua perícia com o responsável técnico administrativo do DQV, como se lê no Gráfico 1.

Quando se tratar de licenças a partir de cinco até 120 dias de afastamento, o periciando será submetido à perícia singular com apenas um médico. Nos casos em que a quantidade de dias de afastamento for superior a 120 dias consecutivos ou não, o servidor será submetido à avaliação por perícia com junta oficial em saúde. A junta será composta de três médicos e/ou dentistas, em caso de perícia odontológica.

Ao final do atendimento, como mostra o Gráfico 1 abaixo, o servidor recebe laudo contendo o resultado da perícia sinalizando deferimento ou não da sua licença médica. O laudo sinaliza também a necessidade ou não de reavaliação pericial e a data para o comparecimento para reavaliação.

Gráfico 1 - Atendimento na Perícia Médica



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Segundo Brasil (2017), licenças médicas ou odontológicas de até cinco dias num período de 12 meses não precisam ser periciadas e são registradas no sistema SIASS pelo pessoal administrativo do DQV. Além das licenças médicas, existem outras demandas administrativas e judiciais que necessitam a realização de perícia: essas solicitações podem ser efetivadas por meio do envio de processos administrativos provenientes da PROGEPE, da Procuradoria Jurídica, da própria Reitoria ou mediante ofícios de outros órgãos do Sistema Público Federal conveniados com a UFRPE.

2.3.2 Sistemas de Informação em Saúde

Segundo Brasil, Ministério da saúde, (2015). Os Sistemas de informação em saúde (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes interrelacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde. Assim, os sistemas de informação em saúde congregam um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde (MARIN, 2010).

Na área da saúde, interoperabilidade é a capacidade de diferentes sistemas de informação com tecnologias distintas e aplicações de software de se comunicar, trocar dados e usar a informação que foi trocada. A interoperabilidade é um dos requisitos básicos para o desenvolvimento de uma estratégia efetiva de e-Saúde (estratégia por meio eletrônico). A Resolução WHA/OMS nº 66.24, de 27 de maio de 2013, trata exatamente da importância da interoperabilidade e da adoção de padrões para tal finalidade, recomendando aos países-membros da Organização Mundial de saúde(OMS) que desenvolvessem suas estratégias de e-Saúde considerando a interoperabilidade como um de seus alicerces (WHO, 2013).

O SIASS é a plataforma desenvolvida pelo Governo Federal para registrar as informações relativas à saúde do servidor federal. Cada profissional responsável pela informação deve alimentar o sistema. Cada um tem uma senha pessoal e uma identificação digital para acessar a plataforma SIASS, módulo SAÚDE.

No módulo de PERÍCIAS MÉDICAS tem acesso somente os médicos peritos oficiais em saúde designados para a unidade SIASS da UFRPE. Para realizar a perícia do servidor, o médico perito ou a junta médica oficial deve primeiro acessar o sistema SIAPE SAÚDE com seu respectivo CPF e senha. A seguir entra no módulo PERÍCIAS MÉDICAS, na agenda do dia. Nessa agenda aparecem os servidores que deverão realizar perícia nessa data. A agenda também é acessada pelo pessoal técnico administrativo autorizado pela Diretoria do DQV da UFRPE.

Ao acessar o nome do servidor, o sistema abre um prontuário eletrônico no qual o médico perito ou a junta médica oficial registra todos os dados clínicos do periciando: anamnese com descrição de sintomas e história clínica, resultados de exames complementares e descrição do exame físico, diagnósticos, recomendações e conclusão pericial. Ao concluir a perícia o médico perito ou a junta médica oficial deferem ou não o pleito do servidor. O laudo (que já é previamente formatado no sistema é então emitido em duas vias e assinado pelos profissionais responsáveis e uma das vias é entregue ao servidor e a outra é arquivada em prontuário físico do servidor no DQV.

A seguir, são apresentados os procedimentos metodológicos que foram seguidos para alcançar os objetivos propostos.

3 METODOLOGIA

3.1 Quanto aos fins e aos meios da pesquisa

Neste estudo foi aplicada a tipologia de pesquisa de Vergara (2016). A autora classifica as pesquisas quanto aos meios e quanto aos fins.

Quanto aos fins, uma parte desta pesquisa é descritiva, uma vez que, de acordo com Vergara (2016), expõe características de uma população ou fenômeno. Em outra parte, esta pesquisa mostra a relação e a dependência de variáveis. Uma parte é uma pesquisa de intervenção, pois a pesquisadora propõe ações educativas e preventivas para bloquear as causas dos problemas identificados.

Quanto aos meios, esta pesquisa é basicamente realizada em documentos. Cellard (2008) considera que a análise documental tem o propósito de produzir ou reelaborar conhecimentos e criar maneiras de conhecer os fenômenos. Neste estudo, a informação jurídica é vista como esclarecimento útil para a pesquisadora elaborar e justificar sua interpretação e sintetizar as informações para fundamentar suas análises. De acordo com Miranda e Miranda (2017), as fontes de informação jurídica se constituem de bases de busca de informação da comunidade jurídica e dos pesquisadores, visando atender aos interesses de suas pesquisas.

Consideramos fontes de informação jurídica toda publicação jurídico-legislativa (leis; emendas constitucionais; constituições; decretos, códigos; estatutos; diários oficiais; jurisprudências; súmulas; bases de dados; pessoas, repertórios, vocabulários jurídicos, pareceres, periódicos, coletâneas de textos de dispositivos legais, bibliotecas jurídicas etc.) produzidas por órgãos governamentais (senado federal; câmaras dos deputados; assembleias legislativas; câmara de vereadores; tribunais; ministérios públicos etc.). (MIRANDA; MIRANDA, 2017, p. 81).

Os Quadros 1 e 2 apresentam a relação dos dispositivos legais e documentos institucionais que embasaram a pesquisa.

Quadro 1 - Relação dos dispositivos legais utilizadas na pesquisa

Legislação	Descrição
Constituição Federal 5 de Outubro de 1988	Da seguridade social: Art. 196 – A saúde é um direito de todos e um dever do

	estado, garantindo mediante políticas e econômicas [...]. Art. 200 – Ao Sistema Único de Saúde compete [...] executar as ações de saúde do trabalhador.
Lei Orgânica da Saúde 8080/ 19/91990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Art. 5º. - É objetivo do sistema Único de Saúde SUS, item III. Art. 6º. § 3º. Entende-se por saúde do trabalhador - Ações de Promoção e Proteção a Saúde dos trabalhadores.
Lei 8.112/ 11/12/1990 com alteração dada pela Lei nº 11.907/2/2009, e pela MP nº 479/2009.	Dispõe sobre o regime jurídico único dos servidores públicos civil da União, das Autarquias e das Fundações públicas federais e alterações.
Decreto nº 99.328/19/6/1990	Instituiu o Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE) e integra o Sistema SIAPE SAÚDE.
Decreto nº 436/28/1/1992	Altera Decreto nº 347/21/11/1991, determina a utilização do sistema SIAFI e SIAPE no âmbito do Executivo Federal.

Decreto nº 6.833/2009	Institui o Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) e o Comitê de Atenção à Saúde do Servidor
Decreto 6856/2009	Regulamenta o art. 206 da Lei nº 8.112/90 dispondo sobre os exames médicos periódicos.
Decreto 7.003/09	Regulamenta a licença para tratamento de saúde, de que tratam os arts. 202 a 205 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e dá outras providências.
Portaria Normativa nº 3/7/5/2010	Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública federal (SIPEC).
Decreto nº 7.602/7/11/2011	Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST).
Portaria Normativa nº. 3/25/3/2013	Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do Servidor Público Federal.
Manual de Perícias Médicas (BRASIL, 2017)	Funções do perito, p. 3. Procedimentos da Perícia Oficial em Saúde p. 43. Laudo oficial p. 52. Doenças especificadas em lei p. 61.

Acesso: https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml	Prontuários médicos de perícia oficial em saúde do Servidor público federal da UFRPE
---	--

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Dentro do universo dos requisitos legais que orientam a perícia oficial em saúde, este trabalho se utilizou de leis, decretos, portarias, manuais e também documentos institucionais da UFRPE (Quadros 1 e 2), fontes de informação instituídas publicamente no Brasil. Considerando seu valor agregado e a qualidade das informações disponibilizadas nas referidas fontes a fim de subsidiar e dar credibilidade à pesquisa, tomam lugar de evidência neste estudo, originados de autoridade competente.

Quadro 2 - Relação dos documentos institucionais

Documentos	Conteúdo utilizado
Relatório de Gestão do Exercício de 2018. (UFRPE, 2019).	Organograma da UFRPE, p.16. Gestão de riscos ambientais, p. 28-30.
Plano de desenvolvimento Institucional (PDI) UFRPE 2013-2020 (UFRPE, 2018)	Qualidade de Vida, promoção a saúde e segurança no trabalho, p. 105.
Sítio da PROGEPE - perícia médica oficial em saúde. Fonte www.sugep.ufrpe.br	Formulários e lista de documentos necessários à perícia médica oficial.
Planilha de acompanhamento de concessão de adicionais de insalubridade/periculosidade e penosidade	Documento interno do SSSO- Seção de saúde e segurança ocupacional do DQV- departamento de qualidade de vida atualizado em dezembro de 2019. acesso: cstsugep.rede e no SIAPENET: modulo órgão Acesso em 20.01.2020.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nesse sentido, o presente estudo foi um pouco além no sentido que se valeu também de informações quali/ quantitativas coletadas nos prontuários médicos de perícia médica dos servidores da UFRPE para observação da relação de variáveis e formulação de propostas de intervenção.

3.2 Coleta de dados

Os dados foram acessados a partir dos registros do sistema informatizado de informação SIAPENET- SIAPE SAÚDE, no Módulo Perícia Médica, prontuários eletrônicos, no período de 2016 a 2018. Os dados referentes aos servidores públicos federais são registrados pelos peritos médicos do Departamento de Qualidade de Vida da UFRPE por ocasião de cada perícia médica realizada.

A coleta dos dados iniciou tão logo a Comissão de Ética da UFRPE autorizou a pesquisa. A fim de alcançar os objetivos propostos, os dados selecionados de cada servidor foram: idade, sexo, cargo, lotação, tipo de licença, tempo de serviço público no cargo, dias perdidos, CID- das patologias e grupo e patologias, tipo de exposição a risco ocupacional. A distribuição por tipo de doença ou grupo de doenças é feita de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) em sua décima revisão chamada CID10 (OMS,1997).

A CID 10 é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10. Utiliza-se uma codificação alfa numérica, onde as letras do alfabeto designam grandes grupos de doenças relacionadas ou que acometem o mesmo segmento ou sistema fisiológico do ser humano e os números a seguir as letras especificam o tipo de doença ou agravo a saúde. Assim temos então como exemplo: doenças cardiovasculares são do grupo I do CID-10 ou doenças respiratórias do grupo J do CID -10, doenças mentais e comportamentais são do grupo F e assim por diante.

A partir de janeiro de 2016 todas as perícias realizadas na unidade SIASS da UFRPE foram registradas no SIASS. Para cada servidor que se apresenta no DQV para realização de perícia médica, é aberto um prontuário eletrônico no SIAPENET-Módulo saúde- perícias médicas. Nesse prontuário eletrônico vão sendo inseridas todas as perícias médicas que forem realizadas em cada servidor. De modo que nesse prontuário individual tem se todos os registros das fichas clínicas com os dados médicos periciais do servidor, o número de licenças, assim como os dias de afastamento concedidos e também os indeferimentos. Quanto ao total de perícias para tratamento de saúde realizadas e registradas no SIAPENET / módulo saúde - perícia médica. Foram realizadas um total de 1232 perícias médicas.

Foram excluídas destes números as perícias realizadas em servidores públicos de outros órgãos e as perícias de outros tipos que não foram objeto deste estudo. As informações registradas e armazenadas foram coletadas pela pesquisadora, uma das profissionais autorizada ao acesso, e serviram de base para responder ao problema e aos objetivos desta pesquisa.

Foram coletadas ainda informações dos servidores que estavam expostos a riscos específicos no ambiente de trabalho, os quais são classificados em riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos. Dentro dos riscos ergonômicos se levou em consideração os fatores psicossociais e cognitivos. Esses dados não estavam presentes nos prontuários de perícia média dos servidores da UFRPE do SIAPENET e foi preciso buscá-los em outra fonte: tabela de acompanhamento de concessão de adicionais de periculosidade, insalubridade e penosidade do DSST- divisão de saúde e segurança do trabalho do DQV- departamento de qualidade de vida. (acesso intranet: cstsugepe.rede em 12/2019). É preciso esclarecer que a maioria dos servidores periciados ficou classificada no grupo de não expostos a riscos específicos no ambiente de trabalho, pois não se enquadravam na exposição aos riscos específicos determinados pela Norma regulamentadora n. 15 do TEM e que são os riscos físicos, químicos, biológicos. Não foi possível determinar nas fontes consultadas se estes servidores estariam expostos a riscos ergonômicos incluídos aí os riscos psicossociais e cognitivos ou outros tipos de risco no ambiente de trabalho pois ainda não foram mapeados nestes ambientes de trabalho.

Os dados coletados foram relativos à quantidade de dias afastados de trabalho num período de 12 meses para os anos de 2016, 2017 e 2018 para analisar o impacto de determinadas patologias no absenteísmo por doença, na universidade. Após o tratamento dos dados, o foco de análise girou em torno das doenças que podem ser provocadas ou agravadas por fatores existentes no ambiente de trabalho. evitou-se os relacionamentos com patologias inerentes à faixa etária dos servidores, ou seja, as patologias degenerativas que surgem com a idade avançada e aquelas relacionadas especificamente ao sexo feminino e ao masculino comuns na população brasileira. Tais doenças não estão relacionadas ao ambiente de trabalho dos servidores e, portanto, não são objeto desta pesquisa.

3.3 Análise e interpretação dos dados

Após coletados, os dados foram submetidos ao processo de limpeza, integração e seleção. No processo de limpeza foram descartados os dados que não contribuíram para a análise dos objetos de pesquisa. Isto é, foram eliminados dados dos atendimentos dos servidores da FUNDAJ, da DNOCS, de outras Universidades Federais do território nacional (para perícia em trânsito de servidores) e dos Institutos Federais Tecnológicos (IFPE).

Posteriormente, os dados selecionados foram integrados em agrupamentos por função ou categorias profissionais: professores e técnicos administrativos, porém de acordo ao grupo ocupacional específico exposto aos mesmos riscos no ambiente de trabalho (físicos químicos, biológicos e ergonômicos), ex.: professores, profissionais de saúde, médicos veterinários, técnicos e auxiliares em agropecuária, técnicos de laboratório etc.

Como dito, após coletados, os dados foram submetidos ao processo de limpeza, integração e seleção, transferidos para uma planilha Excel e a seguir submetidos a *software* de mineração de dados para análises estatísticas: SPSS Statistics v.20 e depois a *software* de análise, visualização e representação dos resultados: Gephi v. 0.9.2.

O trabalho foi realizado com uma população completa: todos os registros de perícias médicas dos servidores que compareceram a perícia na UFRPE por licença para tratamento de saúde nos anos de 2016 a 2018. Portanto, não é essencialmente necessário a análise de probabilidade estatística.

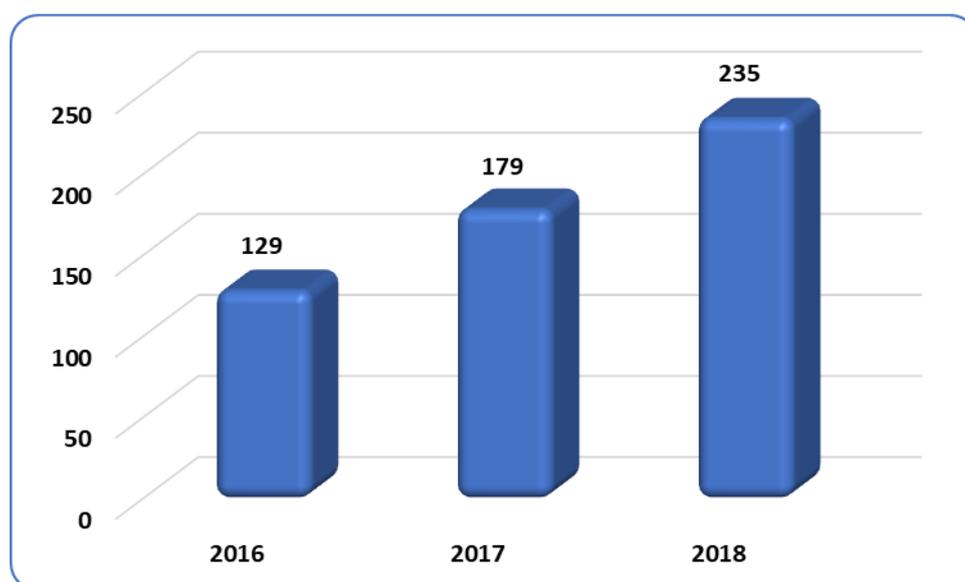
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção apresentam-se os resultados obtidos na pesquisa, análise dos dados e discussão em torno dos objetivos propostos.

4.1 Perfil dos servidores públicos periciados da UFRPE

Ao longo do período 2016-2018, 381 servidores públicos passaram por processos de perícia médica na unidade SIASS da UFRPE, sendo estudados todos no presente estudo. A distribuição dos servidores periciados por ano aparece no Gráfico 2.

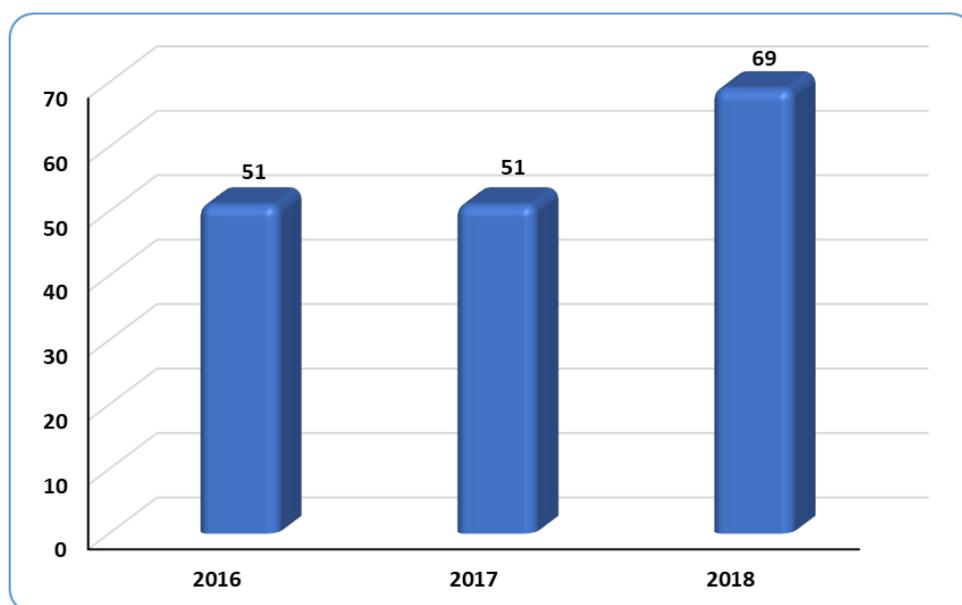
Gráfico 2 - Número de servidores públicos periciados por ano (2016-2018)



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

No gráfico 2 já pode se observar que houve um aumento quase linear nos anos de 2016, 2017 e 2018 no número de servidores periciados, o que significa que mais pessoas estão adoecendo e que também há recorrência de adoecimento em um grupo das mesmas pessoas contribuindo para o absenteísmo - doença. Verifica-se no gráfico 3 que no período 2016-2018, há servidores que são recorrentes, ou seja, que passaram por vários processos de perícia médica (não apenas por um).

Gráfico 3 - Número de servidores públicos periciados recorrentes por ano (2016-2018)



Fonte: Dados da pesquisa

No entanto, o número de servidores periciados recorrentes permaneceu constante em 2016 e 2017 incrementando-se unicamente em 2018 (Gráfico 3). De fato, o percentual de servidores recorrentes diminuiu ao longo do período (Tabela 1).

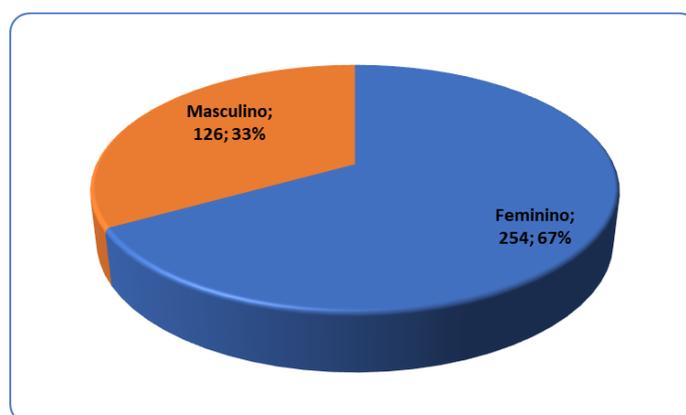
Tabela 1 - Percentual de servidores públicos periciados recorrentes (2016-2018)

Ano	Total de servidores públicos periciados	Servidores públicos periciados recorrentes	% do total
2016	129	51	39,5%
2017	179	51	28,4%
2018	235	69	29,3%

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Em relação a distribuição dos servidores periciados por gênero, temos no gráfico 4 uma predominância do sexo feminino (67%), enquanto no masculino foram 33%.

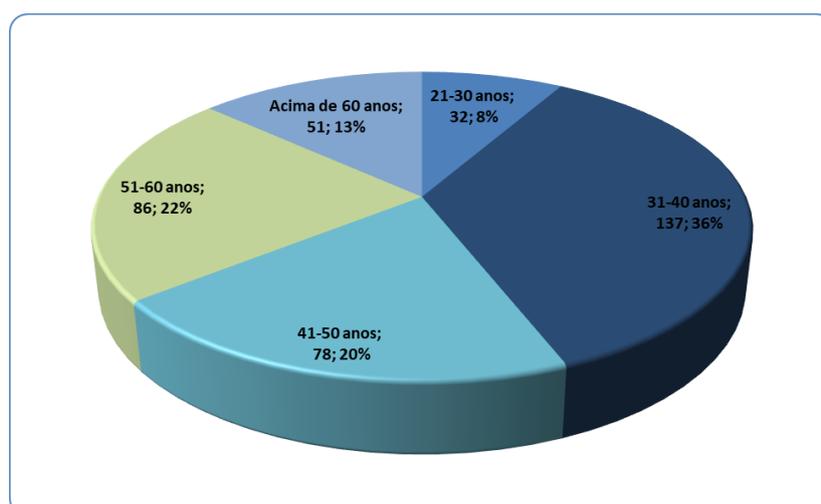
Gráfico 4 - Distribuição das morbidades por gênero (2016-2018)



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

É preciso salientar que quanto ao gênero, tal resultado é semelhante aos valores encontrados nas estatísticas de absenteísmo doença no serviço público apresentados por Santi, Barbieri e Cheade (2018) em seus estudos sobre o tema absenteísmo doença no serviço público. Porém, é interessante perceber que de acordo com esses autores, a população feminina acima de 40 anos adocece mais. É esperado um nível crescente de adoecimento com a idade mais avançada, devido a doenças degenerativas e próprias da idade que surgem a cada avanço de faixa etária, enquanto que as pessoas mais jovens deveriam adoecer menos. Mas, diferentemente do que foi descrito por estes autores, na UFRPE há um adoecimento maior nas faixas etárias entre 31- 40 anos de idade e até 10 anos de serviço público.

Gráfico 5 - Distribuição dos servidores públicos periciados por faixa etária (2016-2018)

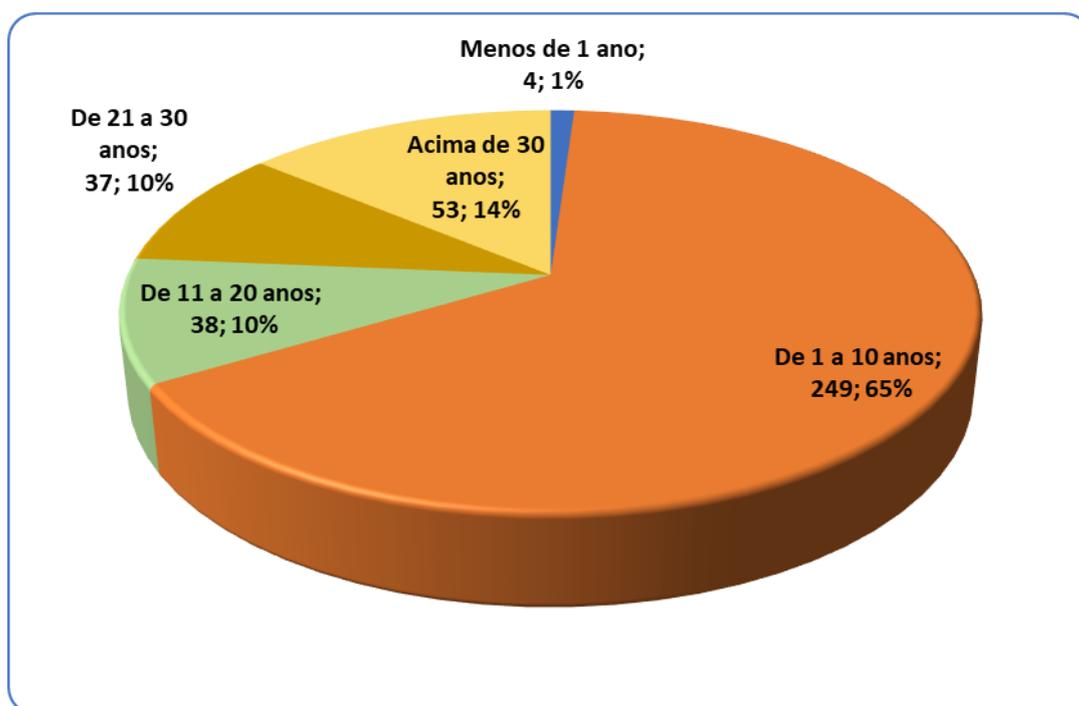


Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Os 381 servidores públicos periciados se distribuem numa faixa etária entre os 21-73 anos, a maior parte deles concentrando-se nas faixas entre os 31-40 anos (n=137; 36%), e nos 51-60 anos (n=86; 22%) (Gráfico 5). A idade média é de 45,4 anos, especificamente, 44,5 anos para o gênero feminino e 47,3 anos para o masculino.

Do total de 381 servidores periciados, 65 % (n=249) têm um tempo de serviço entre 1 e 10 anos. A quantidade de servidores periciados diminui significativamente quando o tempo de serviço é superior aos 10 anos (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição servidores públicos periciados e tempo serviço (2016-2018)

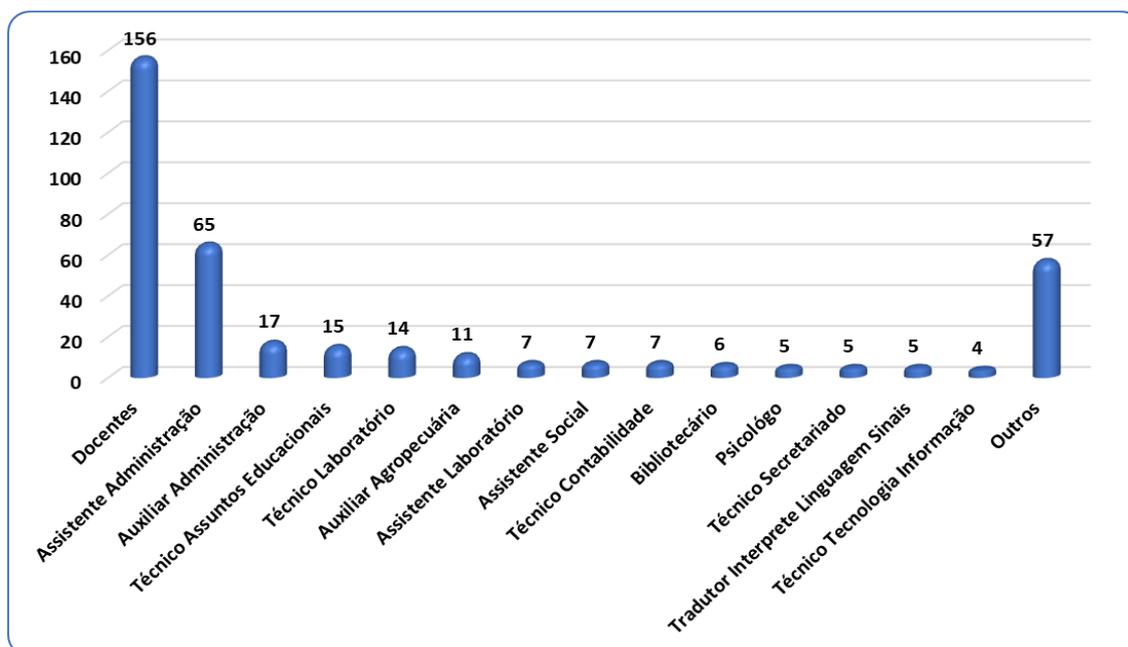


Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Outra análise investigou os cargos e categorias profissionais mais atingidas e quais as doenças mais frequentes causadoras de afastamento do trabalho. E, ao analisar a distribuição dos servidores periciados por cargos (Gráfico 7) é possível apreciar que destacam-se os docentes (156 – 41%), seguidos pelos assistentes em administração (65 – 17%), e em menor medida os auxiliares em administração (17 – 4%), técnicos em assuntos educacionais (15 – 4%), os técnicos de laboratório (14 – 4%) e os auxiliares agropecuários (11 – 3%). Considerando as duas grandes categorias profissionais de acordo com o enquadramento funcional na UFRPE - docentes e técnicos administrativos (TAS), o quantitativo de servidores é diferente, sendo maior o de servidores docentes da UFRPE - 1200 pessoas e de 1000 técnicos administrativos

(dados obtidos das informações institucionais no Site da UFRPE em 2019, fonte; www.ufrpe.br). É preciso esclarecer que segundo o plano de cargos e salários da UFRPE determinado pelo governo federal pela Lei 8112/90, a categoria de servidores técnicos administrativos chamados de TAS engloba todas as outras categorias citadas acima que não sejam docentes.

Gráfico 7 - Distribuição dos servidores públicos periciados por cargo (2016-2018)



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

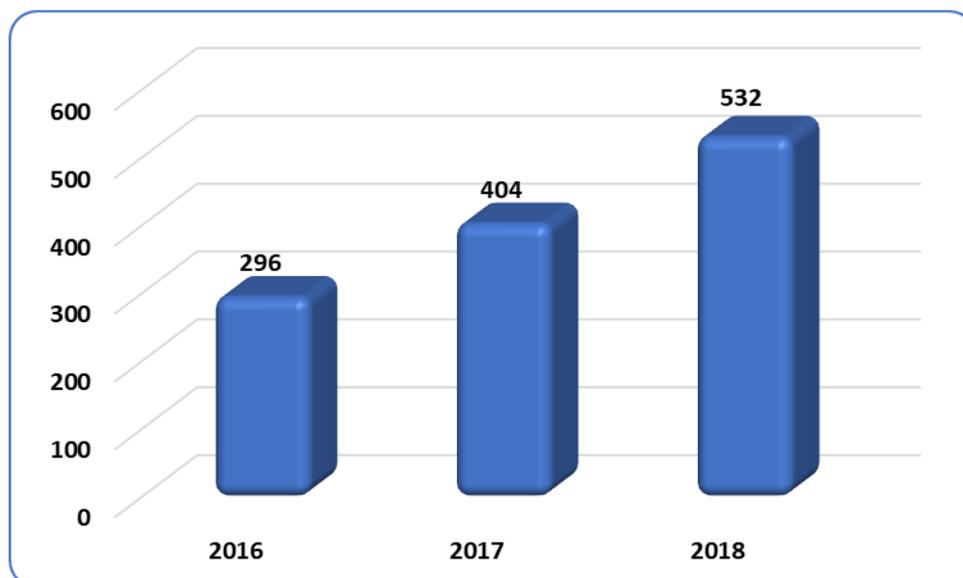
4.2 Perfil de morbidade dos servidores periciados da UFRPE (2016-2018)

O estudo permitiu estabelecer o perfil de morbidade dos servidores periciados da UFRPE no período analisado. A partir das 1.232 perícias médicas realizadas (contidas nos prontuários dos trabalhadores que passaram por perícias médicas), analisou-se a relação entre os problemas de saúde identificados e os cargos dos trabalhadores periciados. A análise foi complementada com variáveis, tais como, o gênero, o risco ao qual trabalhadores estavam expostos, e o tipo e os dias de licença que receberam em cada caso.

O Gráfico 8 apresenta a distribuição por ano das 1.232 perícias realizadas, cada uma corresponde a uma determinada patologia ou adoecimento diagnosticado e codificado pelo CID 10. Resulta interessante o crescimento estável que se manifesta no

número de doenças de um ano para outro, especificamente de 36% em 2017 com relação a 2016, bem como de 31% em 2018 com relação a 2017.

Gráfico 8 - Distribuição das morbidades por ano (2016-2018)



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Para analisar os grupos de morbidades que mais impactaram os servidores públicos, utiliza-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde- CID10 (OMS,1997). No gráfico 9 são apresentados os principais grupos de doenças com sua correspondente quantidade de ocorrências e seu percentual com relação ao total de ocorrências. Seguem os grupos de doenças apresentados no gráfico 9 em ordem de maior frequência:

Grupo Z - pessoas em contato com serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos

Grupo F- transtornos mentais e comportamentais

Grupo M - doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

Grupo J - doenças do aparelho respiratório

Grupo S - lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas

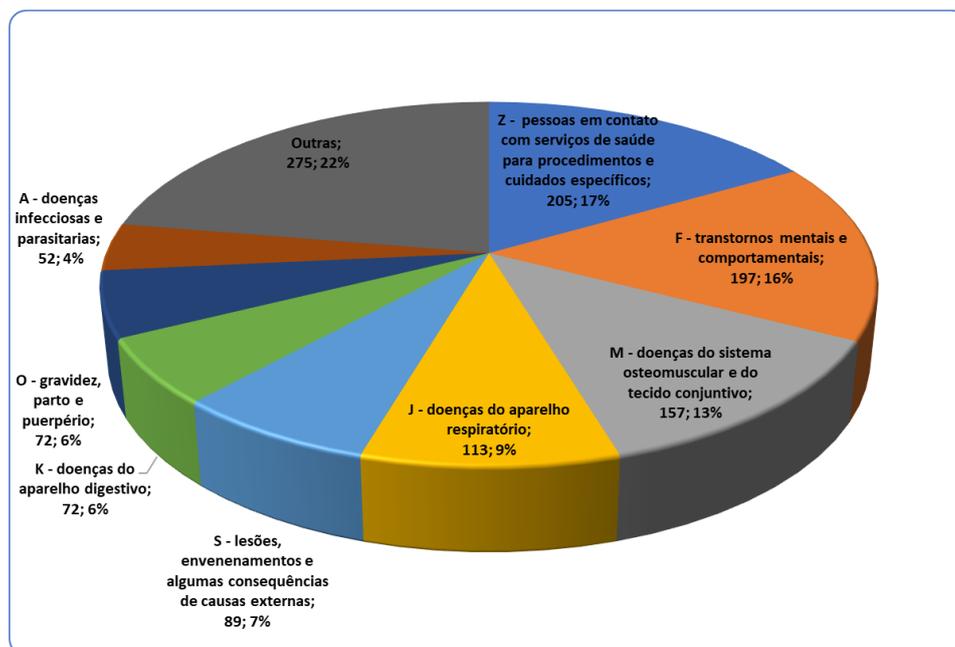
Grupo K - doenças do aparelho digestivo

Grupo O - gravidez, parto e puerpério

Grupo A - doenças infecciosas e parasitárias

Como é possível apreciar, destacam-se (acima de 100 ocorrências) as doenças relacionadas com os grupos Z (n=205; 17%), F (n=197; 16%), M (n=157; 13%) e J (n=113; 9%).

Gráfico 9 - Distribuição do número de diagnósticos e seu percentual pelos grupos de doenças (2016-2018)



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

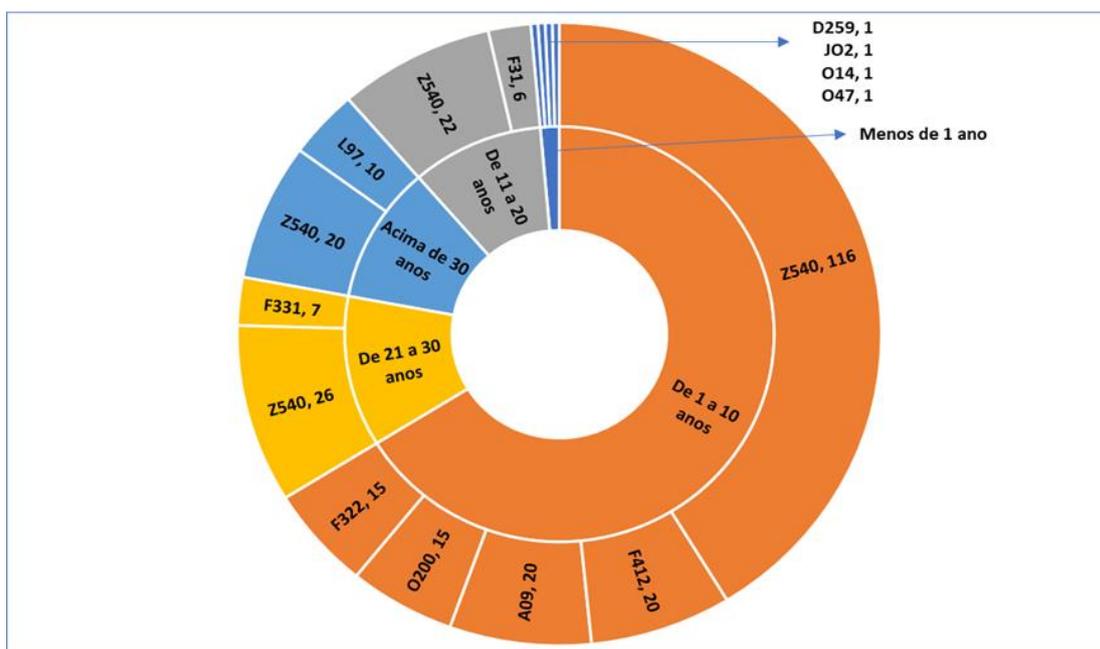
No presente trabalho, assume-se a hipótese de que existe uma associação entre as morbidades e os cargos dos servidores públicos periciados. A visualização dessa relação é apresentada no Gráfico 10.

O gráfico foi elaborado utilizando o software Gephi v. 0.9.2, software de visualização e exploração de gráficos e redes. O tamanho do nodo, do rótulo, a espessura das arestas e o gradiente de cor são proporcionais à quantidade de doenças ou problemas de saúde que se manifestaram por cargos, i.e., na medida em que uma morbidade apresentou maior frequência de ocorrência sobre determinado cargo, o tamanho desses elementos no gráfico incrementa-se.

As doenças aparecem codificadas segundo a CID 10. No centro aparece a morbidade mais frequente (Z540-convalescença pós cirúrgica), enquanto aquelas com menor frequência de ocorrência tendem a ser apresentadas nos extremos (ex. A920). Igualmente, os cargos com maior quantidade de problemas de saúde (Docentes,

75,0% dos Assistentes de Administração adoecidos são desse gênero, o CID F41.2 transtorno misto ansioso depressivo e o CID F32 - episódios depressivos foram os mais frequentes nos docentes (80,0% dos docentes doentes). Já os transtornos osteomusculares como M544(dorsalgias) (23,5% dos Assistentes de Administração doentes) e a O20m0- hemorragia de início de gravidez (100,0%) é inerente as mulheres. O gênero masculino mostra um claro predomínio na F41m2-transtorno misto ansioso depressivo (75,0% dos Docentes com adoecimento psíquico/mental).

Gráfico 11 – Patologias mais frequentes por faixa de tempo de serviço (2016-2018)



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Observa-se no gráfico 11 que, os servidores mais impactados com adoecimento, pertencem ao grupo entre 1-10 anos de serviço público e que as patologias mais frequentes foram: CID Z54.0- convalescenças pós cirúrgicas, F41.2- transtorno misto ansioso depressivo. F32.2- episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos e A09.2 - diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível. Pode-se perceber ainda que nos outros subgrupos também se repetem como mais frequentes os adoecimentos relacionados a patologias que levaram a procedimentos cirúrgicos e a seguir doenças do grupo CID F- doenças mentais e comportamentais.

Tabela 2 - Distribuição das morbidades mais frequentes por cargo e gênero (2016-2018)

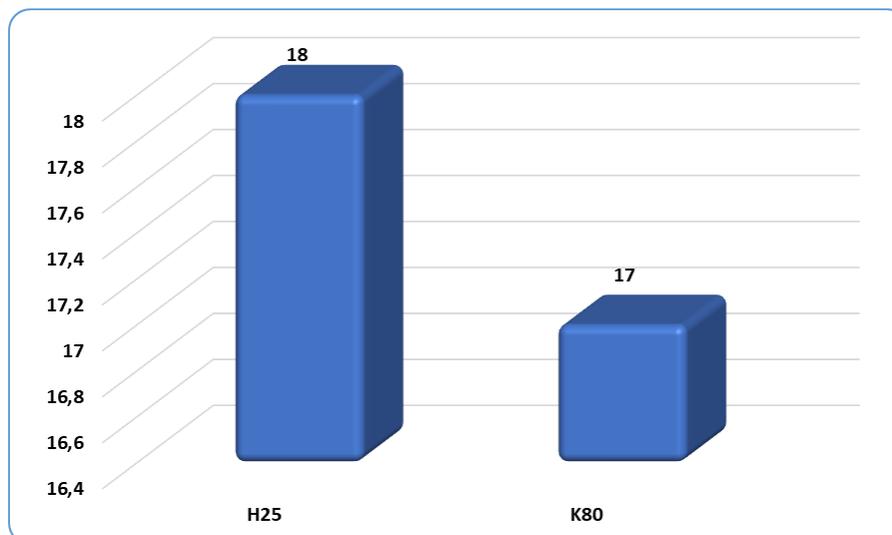
CID 10 (A)	Ocorrências (B)	% de 1.232 (C)	Cargos mais impactados (D)	Quantidade (E)	% (E/B)	Por Gênero			
						M (F)	% (F/E)	F (G)	% (G/E)
Z540	184	14,9	Docente	82	44,5	24	29,3	58	70,7
			Assistente de Administração	32	17,3	8	25,0	24	75,0
F412	23	1,9	Docente	16	69,6	12	75,0	4	25,0
A09	22	1,8	Assistente de Administração	5	22,7	1	20,0	4	80,0
			Docente	4	18,2	1	25,0	3	75,0
			Engenheiro civil	4	18,2	4	100,0	-	0,0
B349	20	1,6	Assistente de Administração	5	25,0	3	60,0	2	40,0
F322	20	1,6	Docente	7	35,0	3	42,9	4	57,1
			Técnico de Laboratório	6	30,0	6	100,0	-	0,0
F32	18	1,5	Docente	10	55,5	2	20,0	8	80,0
M544	17	1,4	Assistente de Administração	4	23,5	-	0,0	4	100,0
			Técnico Assuntos Educacionais	4	23,5	-	0,0	4	100,0
			Bibliotecário	4	23,5	-	0,0	4	100,0
O200	15	1,3	Docente	9	60,0	-	0,0	9	100,0
F331	15	1,3	Médico	4	26,7	-	0,0	4	100,0
			Técnico de Laboratório	4	26,7	-	0,0	4	100,0
			Assistente de Administração	3	20,0	3,0	100,0	-	0,0

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Considerando a preponderância da convalescença pós cirúrgica (14,9% do total de morbidades), no Gráfico 12 são apresentadas as principais patologias que levaram a esse tipo de tratamento e que são as colelitíases- CID K80 (pedras na vesícula) e a catarata senil -CID H25(afecção do aparelho ocular).

Em relação a tais patologias não estabeleceu-se uma relação direta entre o adoecimento e o exercício de determinado cargo ou atividade laboral e mesmo exposição a fatores de risco específicos no trabalho, sendo doenças que podem ocorrer com qualquer indivíduo independentemente do ambiente laboral mas dependente de outras variáveis epidemiológicas como histórico familiar, hereditariedade, morbidades crônicas como diabetes, hipertensão, condições de vida, acesso a serviços de saúde, idade, e outras. Esses outros fatores predisponentes são mais relevantes.

Gráfico 12 - Principais patologias que levaram à convalescença pós cirúrgica (2016-2018)



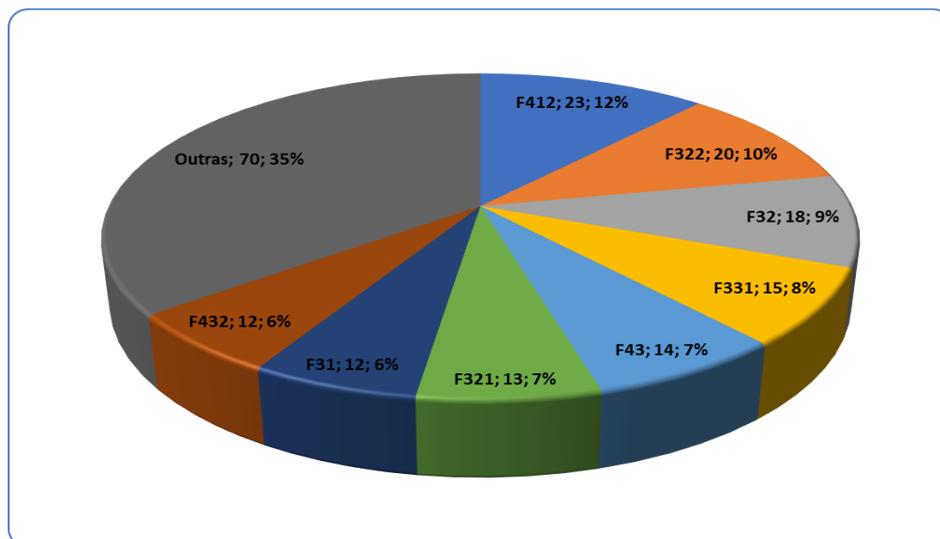
Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Por exemplo: na literatura médica- entre outros, no Tratado de patologia geral de Brasileiro, F.G. (2006) são descritos fatores como obesidade, faixa etária em torno dos 40-50 anos, sexo feminino, alimentação rica em gorduras como predisponentes a cálculos biliares e a catarata senil é relacionada ao envelhecimento do aparelho ocular. Pode-se visualizar uma importância de ocorrências na população docente feminina acima de 40 anos acometidas por estas patologias.

Adicionalmente, é basicamente no grupo composto de servidoras jovens em idade de engravidar que se visualiza em 1,3% delas patologias de início de gravidez- sangramentos e ameaça de aborto CID10-grupo O. Percebe-se aqui a importância do acompanhamento pré-natal por um especialista- médico obstetra para essas servidoras. Também resulta interessante o número de Transtornos Mentais e Comportamentais (doenças do grupo F no CID 10) que manifestaram os servidores públicos periciados da UFRPE, no período analisado (gráfico 13).

No total, foram 197 perícias relacionadas com esse tipo de doenças, destacando aquelas vinculadas com CID 10 F41.2 Transtorno misto ansioso depressivo (n=23; 12%), F32.2 episódio depressivo sem sintomas psicóticos (n=20; 10%) e F32.0 - episódios depressivos (n=18; 9%), dentre outras. Revendo o gráfico 9 e tabela 2, percebe-se que as doenças relacionadas com os Transtornos Mentais e Comportamentais (F) impactaram mais significativamente os Docentes (n=59), os Assistentes de Administração (n=24) e os Técnicos de Laboratório (n=19).

Gráfico 13 - Distribuição das perícias e seu percentual por doenças do grupo F do CID 10 (2016-2018)



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Parece-nos importante estudar melhor em futuras pesquisas as causas nestes ambientes de trabalho que possam estar contribuindo para a recorrência de adoecimento. Como descrevem Cavalcante (2008) e Soares (2013) os fatores de adoecimento são multicausais, a UFRPE assim como todas as universidades públicas teve que se adequar a mudanças do modo de produção, reformas administrativas e em um contexto de falta de recursos e corte de verbas. Tal conjuntura corrobora com aquilo que falam os autores sobre o conceito de multicausalidade. Soares (2013) vai além e leva em consideração também aspectos ambientais, além de fatores psicológicos do paciente, seus conflitos familiares, seus recursos financeiros, nível de instrução, entre outros. O próprio Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (2017) determina que na análise pericial, o profissional perito deve investigar as condições em que o trabalho do servidor é desenvolvido e as condições do processo de trabalho além de conhecer as relações sócio-familiares do servidor e considerar a avaliação do indivíduo como um todo e os aspectos biopsicossociais desse; (BRASIL, 2017, p. 1; 2).

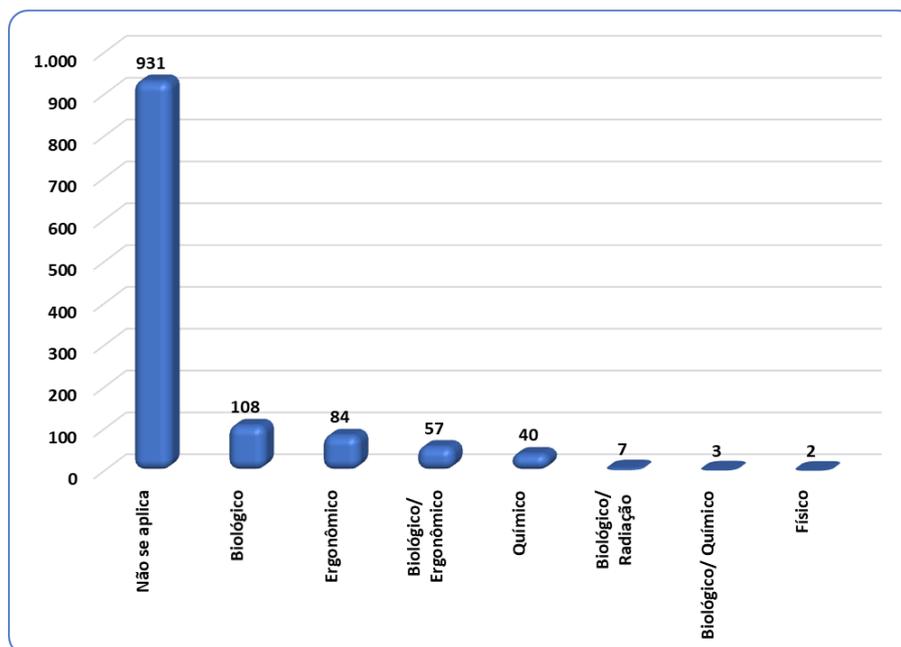
Portanto, ao realizar a perícia, o médico perito deverá estar devidamente apropriado de conhecimentos básicos em medicina do trabalho e saúde do trabalhador, pois, em caso de suspeita de doença ou agravo relacionado ao trabalho, deve fazer uma anamnese ocupacional detalhada, ou seja, questionando o periciando quanto ao seu local de trabalho: presença ou não de riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos como: se o mobiliário é adequado, se as condições de luminosidade, de temperatura, de limpeza e outras são adequadas. Quanto as condições e processos de trabalho, deverá o

perito questionar com é realizado o trabalho, se existe sobrecarga de trabalho, se os prazos e cobranças de produtividades são suportáveis, se o relacionamento com chefia e colegas é bom, etc. todos esses fatores podem influenciar ou mesmo causar dano a saúde do trabalhador. Mendes (1991).

O sistema SIASS contribui com informações integradas da saúde do servidor, justamente para que a administração possa dar conta do enfrentamento de crescentes números de adoecimento de natureza multicausal, mas para que isso ocorra as informações devem ser bem preenchidas e detalhadas, fazendo uso deste recurso informacional da maneira o mais eficiente possível. Concordamos então com Carneiro (2018) quando descreve que o relacionamento entre a vigilância e promoção em saúde deve ser dinâmico. A vigilância trabalhando no sentido de melhorias nos ambientes e processos de trabalho e a promoção em saúde incrementando a qualidade de vida no trabalho.

Outra questão é a relação entre as morbidades e os cargos, classificados tanto sem risco para a saúde, quanto com algum tipo de risco. No período analisado, as 1.232 morbidades afetaram servidores que desempenhavam atividades em 50 cargos diferentes (Gráfico 14); dependendo do cargo exercido pelos servidores e de seu posto de trabalho, eles poderiam estar submetidos a situações de risco Biológico, Ergonômico, Biológico/ Ergonômico, Biológico/Radiação, Químico ou Físico, ou a risco nenhum.

Gráfico 14 - Distribuição das ocorrências de morbidades por tipo de risco (2016-2018)



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Como é possível apreciar, a maior parte das morbidades (75,6%) aconteceu em cargos que não expunham os servidores a situações de risco categorizadas pela norma regulamentadora n. 15, do Medical Thermo Regulation Expertise (MTRE), tais como, riscos químicos, físicos e biológicos. Porém, não se obteve em nenhuma fonte, a informação sobre se existem ou não riscos ergonômicos ou outros tipos de riscos não categorizados neste grupo de servidores. 24,5% das morbidades ocorreram em cargos que representavam algum tipo de risco, destacando, aqueles com probabilidade de risco biológico (8,8%), ergonômico (6,8%), biológico/ergonômico (4,6%) e químico (3,2%).

Na Tabela 3 é apresentada a distribuição do número de ocorrências de morbidades considerando esses riscos, bem como os cargos mais impactados.

Dos 381 servidores públicos que passaram por perícia médica, 316 (82,9%) se desempenhavam em cargos para os quais não se aplica risco, em quanto 65 (17,1%) enfrentavam algum tipo de risco: 27 (7,1%) Biológico, 17 (4,5%) Ergonômico, 15 (3,9%) Biológico/Ergonômico, 15 (3,9%) Químico, 3 (0,8%) Biológico Químico, 1 (0,3%) Biológico/Radiação e 1 (0,3%) Físico.

Tabela 3 - Distribuição das ocorrências de morbidade pelos riscos principais e cargos mais impactados (2016-2018)

Riscos	Ocorrências	Cargos mais impactados	Ocorrências	%
Biológico	108	Médicos	43	39,8
		Docente	16	14,8
Ergonômico	84	Tradutor Intérprete Linguagem Sinais	41	48,8
		Técnico Agropecuária	10	11,9
		Técnico Laboratório	9	10,7
Biológico/Ergonômico	57	Assistente Laboratório	17	29,8
		Auxiliar Agropecuária	13	22,8
		Técnico Laboratório	11	19,3
		Docente	6	10,5
Químico	40	Técnico Laboratório	21	52,5
		Docente	13	22,5

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

É possível apreciar que, nos cargos associados a situações de risco biológico, ocorreram mais adoecimentos nos servidores que se desempenhavam como Médicos, e Docentes (estes, nas áreas de medicina veterinária, zootecnia e outras com risco biológico); no caso de risco ergonômico o maior impacto foi para os tradutores intérpretes de linguagem de sinais, os técnicos em agropecuária e técnicos de laboratório. Já naqueles com os riscos concomitantes biológico/ergonômico, apresentaram mais ocorrências de adoecimento os assistentes de laboratório, auxiliares em agropecuária, técnicos de laboratório e docentes.

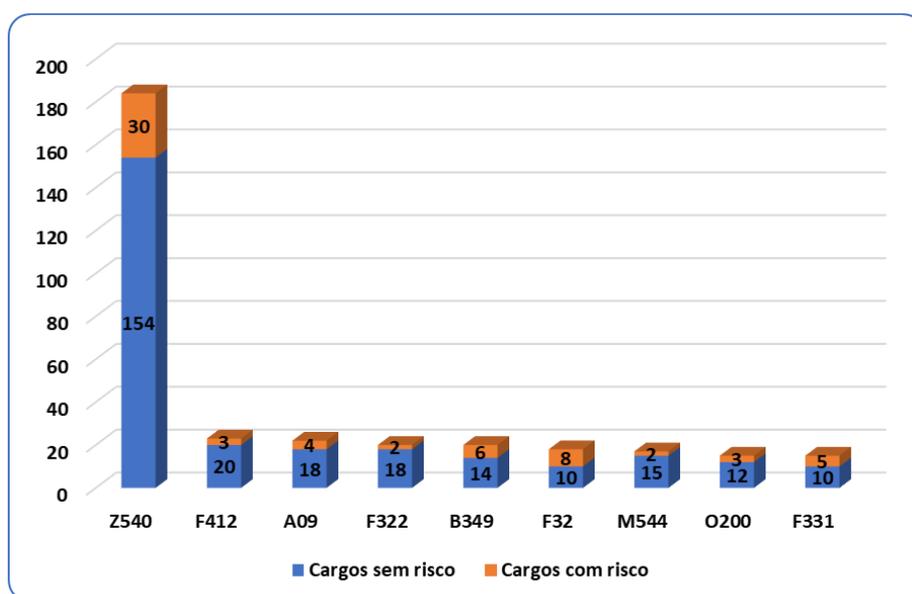
Concluindo, a maioria dos cargos da UFRPE são de natureza administrativa, burocrática e de docência, sem exposição a riscos específicos no ambiente de trabalho (segundo determina a NR15 do MTB) , esses postos de trabalho porém, ainda não foram mapeados quanto a existência de outros fatores de riscos no ambiente de trabalho, portanto, a maioria dos servidores atendidos na perícia pertence a este grupo ocupacional (82,9%). Quando se foca porém no grupo de servidores expostos a riscos específicos, aqueles expostos a riscos biológicos e ergonômicos foram os que mais apresentaram licenças médicas (7,1% e 4,5%) do total e com uma diferença significativa (quase o dobro) em relação aos outros grupos de risco: químicos, físicos. Pode-se então deduzir que as pessoas deste grupo adoeceram mais frequentemente

A tabela 3 mostra que os cargos com risco biológico mais impactados com adoecimento foram os profissionais médicos e docentes com risco biológico. Seguidos dos profissionais com risco ergonômico, ou seja, expostos a trabalho de esforços repetitivos, posturas inadequadas e grandes esforços físicos. Embora não tenha sido possível, nesta pesquisa, estabelecer relação direta de causa e risco, identificando agentes etiológicos específicos para determinado tipo de doença causadora de afastamento do trabalho, pode-se ver justamente no grupo de servidores com riscos ergonômicos, as doenças osteomusculares de coluna e membros superiores com as mais frequentes (gráfico 15).

Observa-se, voltando a analisar o gráfico 10, tabela 2 e tabela 3, que nos profissionais de saúde e docentes com risco biológico foram as doenças do grupo F-psíquicas as mais frequentes. Como tais profissionais lidam com público, realizam atividades insalubres, sugere-se uma sobrecarga de fatores estressores no ambiente de trabalho nestes grupos ocupacionais e que precisam ser estudados mais detalhadamente.

O predomínio de problemas de saúde em cargos não associados com algum tipo de risco também se manifestou nas morbidades mais frequentes (gráfico 14) pois, das 331 ocorrências, 271 (81,1%) aconteceram com servidores públicos que não desempenhavam funções relacionadas com algum tipo de risco, enquanto 63 ocorrências (18,9%) impactaram servidores que trabalhavam em cargos com riscos. A distribuição no caso das morbidades mais frequentes é apresentada na tabela 4 e gráfico15.

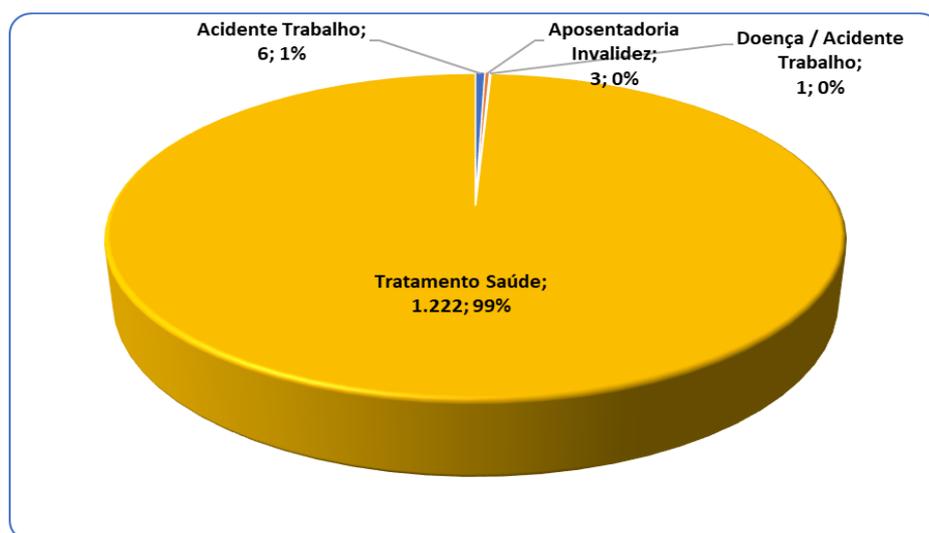
Gráfico15 - Distribuição das morbidades mais frequentes por cargos associados ou não com riscos (2016-2018)



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

No Gráfico 16 apresenta-se a distribuição por tipo de Licença das 1.232 morbidades que aconteceram no período analisado, observando-se o predomínio significativo dos Tratamentos de Saúde (99%). No total, os servidores afetados receberam 24.750 dias de Licencia, dos quais 24.575 corresponderam aos Tratamentos de Saúde; unicamente 175 dias foram resultado de outras Licenças.

Gráfico 16 - Distribuição das Licenças por problemas de saúde (2016-2018)



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Na Tabela 4 são apresentadas as Licenças por Tratamento de Saúde considerando as morbidades mais frequentes, bem como o total de dias de Licença em cada caso e a quantidade de dias por ocorrência.

Tabela 4 - Distribuição das Licenças por Tratamento de Saúde por Morbidade (2016-2018)

Morbidade	Ocorrências	Número de Licenças	Dias de Licença	Dias de Licença x ocorrência
Z540	184	181	4.401	24
F412	23	23	646	28
A09	22	22	61	3
F322	20	20	628	31
B349	20	20	100	5
F32	18	18	420	23
M544	17	17	174	10
O200	15	15	308	21
F331	15	15	326	22

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Como mostra a Tabela 4, as Licenças por Tratamento de Saúde predominaram, particularmente, na morbidade Z540- convalescença pós cirúrgica (181 ocorrências), acumulando o maior número de dias de Licença (4.401). No entanto, essa não foi a

doença com a média mais alta de dias de Licença, pois tanto a F32.2- episódio depressivo grave (31 dias), quanto a F41.2-transtorno misto ansioso depressivo (28 dias), tiveram médias superiores, indicando que são problemas de saúde que demandam maior tempo de recuperação. No outro lado do espectro, A09-diarreias e gastroenterites e B34.9 -infecção viral inespecífica apresentaram médias baixas de dias de Licença por ocorrência (3 e 5 dias respectivamente), indicando que se trata de problemas de saúde que não demandam um tempo de recuperação longo.

Por tudo que foi exposto acima é possível levantar a seguinte discussão: Desconsiderando-se aqui as causas de afastamento por patologias tratáveis cirurgicamente e cujo afastamento foi para convalescer após o tratamento cirúrgico e cujas causas são de natureza específica não relacionada a fatores no ambiente de trabalho; fica-se frente a frente com uma população de servidores onde a maioria das patologias que levaram ao afastamento do trabalho foi apresentada sob forma do grupo do CID 10 F- doenças psíquica/mentais e do grupo M- doenças osteomusculares. Os cargos mais acometidos respectivamente para esses grupos de patologias foram: docentes e assistentes administrativos. Vê-se uma predominância de adoecimento nos servidores da faixa etária entre 31- 40 anos e com um tempo de vida pública entre 1 e 10 anos, ao contrário do que seria de se esperar, ou seja que a população mais idosa-acima de 40 anos apresentaria mais afastamento por doenças, devido ao próprio processo degenerativo de envelhecimento e ao aparecimento de doenças cardiovasculares, endócrinas e osteomusculares. Observa-se ainda que as pessoas com tempo de serviço público menor (até 10 anos) em relação aos servidores mais antigos apresentaram maior frequência de adoecimento. Tais resultados são semelhantes aos obtidos por Oliveira et al. (2015) em seu estudo realizado entre os servidores públicos federais no Tocantins onde os transtornos mentais foram bastante expressivos. As doenças mais frequentes encontradas por Oliveira et al. foram: Reação aguda ao stress e transtorno de adaptação CID F43), outros transtornos ansiosos (CID F41) e transtornos de adaptação (CID F43.1) e episódios depressivos (CID F32).

Os resultados sugerem que essa população de servidores, principalmente na faixa etária de 31-40 anos, está sendo exposta a fatores de risco no ambiente de trabalho assim como também na conjuntura familiar e social externa que poderiam contribuir para que adoçam ou que piorem de patologia psíquica pré-existente, sendo um fator de agravamento. Os resultados apontam para a concepção já descrita por Dejours (2008), Raminger e Nardi (2007) Nardocii (2013) e outros autores de que saúde mental/psíquica

e saúde do trabalho são indissociáveis na conjuntura produtiva atual, incluindo o serviço público. De acordo com o MPOG (2005), as 3 principais causas de afastamento do trabalho por doença nos trabalhadores brasileiros foram: lesões por esforço repetitivo, depressão e dependência química (Brasil, 2005).

4.3 Proposição de ações educativas e de prevenção em saúde

Dentro dos objetivos propostos neste estudo e de acordo com o perfil de morbidade encontrado, propomos as seguintes ações educativas, administrativas e de prevenção em saúde:

4.3.1 Ações para a equipe multidisciplinar SIASS do DQV

- I. Treinamento e capacitação da equipe médica de peritos oficiais para familiarização com doenças ocupacionais e fatores predeterminantes e de risco de adoecimento no trabalho e melhor utilização das ferramentas do sistema SIAPENET.
- II. Solicitar ao órgão central gestor do sistema, que a equipe de peritos tenha acesso aos dados consolidados do módulo gerencial do sistema SIAPENET para estudo de dados epidemiológicos de saúde.
- III. Elaboração e estudo anual de perfil epidemiológico a partir de exame médico periódico com cálculo de IMC (índice de massa corpórea, pressão arterial, pulso, glicemia) e dados estatísticos de adoecimento provenientes dos atendimentos clínicos dos servidores, tanto dos médicos como dos psicólogos, assistentes sociais, dentistas e outros profissionais do DQV para subsidiar o planejamento anual de ações específicas para as doenças mais frequentes, no caso atual da UFRPE: doenças psíquicas e sofrimento no trabalho e doenças osteomusculares.

4.3.2 Ações de vigilância em saúde mental/psíquica aos docentes

- I. Realização de questionários ou entrevistas estruturadas e semiestruturadas aplicados pelos profissionais do departamento de qualidade de vida -DQV especializados em saúde mental. Com objetivo de avaliar a adaptação dos novos servidores no trabalho e visando detecção de problemas e dificuldades enfrentados pelos mesmos, verificar locais de possíveis problemas e conflitos e encaminhamento específico para consulta com médico do trabalho e outros

especialistas: psiquiatra, psicólogo, se necessário e avaliação contínua periódica. Tais ações podem envolver os docentes que ingressaram na UFRPE nos últimos 10 anos.

- II. Avaliação dos diferentes departamentos acadêmicos, com relatório e mapeamento de problemas por psicólogos organizacionais e assistentes sociais. Elaboração relatório com sugestões para a alta direção da UFRPE.
- III. Treinamento dos professores enquanto gestores na área de relacionamento interpessoal e liderança, estímulo a carreira e ao desempenho.
- IV. Palestras e outros meios de comunicação ativa e permanente sobre a necessidade de comunicação de acidentes e doenças no trabalho (principalmente para os docentes) que atualmente ainda é subnotificado.

4.3.3 Ações de vigilância em saúde osteomuscular ao grupo ocupacional assistentes administrativos e técnicos administrativos

- I. Para estes grupos ocupacionais recomenda-se um estudo ergonômico detalhado, tanto do ambiente físico: mobiliário e materiais de trabalho como do processo de trabalho em si, a fim de prevenir a sobrecarga física de grupos musculares específicos se submetidos a excesso de carga, esforços repetitivos com os membros superiores e pressão. Deve-se proceder a adequação de mobiliário, de pessoal e de processos de trabalho, aquisição regular de equipamentos de proteção individual e coletiva (EPIS- equipamentos de proteção individual e EPCs- equipamentos de proteção coletiva).
- II. Angariar recursos e parcerias para implementar ginástica laboral na UFRPE em todos os departamentos e locais de trabalho como medida preventiva de adoecimento osteomuscular e doenças osteomusculares relacionadas a esforços repetitivos e pressão.

4.3.4 Plano para todos os servidores da UFRPE

- I. Realização dos exames médicos periódicos dos servidores de acordo com a periodicidade exigida na legislação específica.
- II. Adequação dos ambientes de trabalho com riscos específicos: químico, físicos e biológicos quanto a aquisição de EPCS e EPIS e matérias de trabalho no sentido de neutralizar ou minimizar ao máximo esses riscos.
- III. Finalizando, recomenda-se que sejam realizados novos estudos em adoecimento psíquico e osteomuscular. Para tal finalidade se sugere a pesquisa qualitativa por

meio de entrevistas semiestruturadas com os sujeitos adoecidos e com os peritos médicos da UFRPE, como uma boa opção metodológica para melhor elucidação dos fatores determinadores de adoecimento em outras pesquisas nessa área de conhecimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste estudo foi propor ações de educação e promoção de saúde para prevenir principais riscos no ambiente de trabalho dos servidores da UFRPE. O objetivo foi alcançado, pois dispõe-se de um conjunto de informações representativas de aspectos fundamentais da estrutura e de algumas tendências gerais daquilo que se chama perfil de morbidade dos servidores periciados da UFRPE. Mais ainda, dispõe-se de um conjunto de informações que permitem formular planos de ação para mitigar os riscos das doenças prioritárias identificadas.

Este estudo analisou o potencial das informações produzidas e armazenadas no sistema de informação SIAPENET módulo Perícias médicas como recurso gerencial de saúde e qualidade de vida. Os resultados indicaram como a gestão da informação armazenada nos sistemas de informação, pode suportar os processos decisórios de um departamento de atenção a saúde dos servidores públicos, melhorar a execução das atividades, apoiar as decisões administrativas e direcionar as ações para promoção de saúde dentro da instituição. A Política de Atenção à saúde do servidor (PASS) deve ser flexível e atualizada, de modo a facilitar as decisões e justificar a incorporação ou não de determinados processos. As informações armazenadas no sistema SIAPENET orientam as decisões de planejamento, orçamento, aquisição de materiais e serviços, formulação de medidas educativas e informativas e ações coletivas de prevenção de doenças. Desta forma, os dados apresentados neste trabalho podem contribuir tanto para as decisões administrativas de modo geral, quanto para a elaboração dessa política de cuidado com a saúde dos servidores da UFRPE.

Concluimos este estudo trazendo então informações que consideramos elucidativas para especificar o perfil de morbidade ou adoecimento da população de servidores periciados da UFRPE. Apresenta-se um quadro de servidores que estão adoecendo de uma forma progressiva nos últimos anos e que em primeiro lugar tem-se patologias diversas de tratamento cirúrgico com resolução imediata dos problemas. Mas a seguir tem -se grande frequência de adoecimento de causas crônicas que levam a repetidos episódios de piora e recorrência de afastamento com difícil resolução. Uma parte destes servidores apresenta diversos episódios de afastamento do trabalho pelo mesmo tipo de doença, prolongamento do afastamento do trabalho resultando no aumento das taxas de absenteísmo. Identificou-se que foram as patologias mentais e comportamentais (psíquicas) e a seguir osteomusculares as mais comuns, dentre aquelas

que levam a afastamentos prolongados e que a população de docentes e assistentes administrativos foram as mais atingidas, respectivamente. Verificou-se também que em relação ao número de ocorrências de licenças médicas, os servidores expostos a riscos biológicos, ergonômicos, biológicos/ergonômicos foram os que tiveram a maior frequência de adoecimento em comparação com as pessoas expostas a outros riscos ocupacionais como químicos e físicos.

As categorias profissionais mais impactados foram os docentes, médicos, tradutores intérpretes de sinais, técnicos de laboratório e assistentes de laboratório. No grupo sem riscos ocupacionais específicos destacam-se os técnicos e assistentes em administração com maior adoecimento osteomuscular. É preciso dizer que, pode haver riscos ergonômicos ou outros tipos de riscos nestas categorias profissionais que ainda não foram mapeados pela equipe de segurança e saúde do trabalho do DQV e necessitam de investigação. Suspeita-se que haja uma sobrecarga emocional e física nestes profissionais que lidam com o público, atendem pessoas, ensinam em sala de aula ou realizam processos de trabalho complexos e insalubres e que precisa ser melhor investigada.

Nessa perspectiva, o Sistema SIAPENET- módulo perícias médicas disponibiliza uma variedade de dados que precisam ser analisados e contextualizados de modo a permitir sua utilização para embasar decisões. O módulo de relatórios gerenciais do Sistema SIAPENET oferece subsídios importantes para as ações administrativas, disponibilizando informações úteis porém limitadas aos gestores administrativos do DQV- Departamento de qualidade de vida da UFRPE.

O acesso aos dados consolidados disponíveis no próprio sistema deveria, em nossa opinião, ser expandido aos próprios médicos peritos e outros profissionais da equipe multidisciplinar do DQV, enquanto especialistas técnicos, a fim de que estudos epidemiológicos dentro da vigilância em saúde do trabalhador possam ser realizados e se cumpra os objetivos determinados pela legislação. Estudos de usuários técnicos, numa abordagem social, política e econômica, podem fornecer subsídios mais seguros para agir sobre essa realidade.

O desafio de examinar o potencial gerencial das informações armazenadas para o processo de gestão gira em torno de utilização adequada da ferramenta arduamente construída e superação dos entraves burocráticos para funcionamento pleno do sistema.

5.1 Limitadores da pesquisa e recomendações

É preciso ainda comentar que durante os estudos foi possível identificar alguns limitadores dessa pesquisa, no sentido de que, por se tratar de uma pesquisa documental e em dados secundários, tornou-se dependente dos dados já anteriormente coletados por outros profissionais- no caso dos peritos do DQV- UFRPE. Estes dados contidos no SIAPENET nem sempre estavam completos nos prontuários médicos. Observou-se a falta de detalhamento do processo de trabalho e riscos ocupacionais, ou seja, anamnese ocupacional dos pacientes periciados. Deve-se tal lacuna ao fato de que somente um dos peritos do DQV, no caso esta autora ser médica do trabalho, estando familiarizada com as patologias inerentes ao ambiente de trabalho e processo de anamnese ocupacional. A descrição dos riscos de exposição não estava descrita nos prontuários médicos e teve que ser pesquisada nas tabelas de servidores expostos a riscos ocupacionais elaboradas pela equipe de engenharia e medicina do trabalho da UFRPE, disponíveis no DQV para fins de concessão de adicionais de insalubridade e periculosidade. Apesar do treinamento pericial realizado por todos os profissionais, a anamnese ocupacional precisa ser mais bem explorada uma vez que a partir dela pode-se fazer diagnósticos precoces de doenças ocupacionais. Recomenda-se novo treinamento da equipe para melhor investigação epidemiológica dos agravos suspeito de relacionamento com o trabalho.

Outro limitador importante diz respeito ao diagnóstico tardio. Uma vez que os dados obtidos foram coletados de pessoas já adoecidas com necessidade de afastamento médico, as ações a serem tomadas na prevenção de novo adoecimento irão acontecer de forma tardia, ou seja, após já ter havido adoecimento. Ora, o “Estado da arte” em medicina ocupacional ou melhor dizendo Saúde do trabalhador é a prevenção de agravos a saúde em fases iniciais, antes que as patologias se agravem a ponto de causar incapacidade laboral e mais sofrimento aos pacientes. Ao nosso ver, portanto, o módulo do SIAPENET de registro dos exames médicos periódicos seria a principal fonte de informações para obtenção de dados de saúde e de adoecimento precoces e subsidiar ações preventivas por parte da gestão pública.

No módulo SIAPENET é possível obter informações como: índices de pressão arterial, obesidade e sobrepeso, sedentarismo, uso de fumo e valores anormais de exames bioquímicos para rastreamento de doenças como: glicemia, colesterol ,

triglicérides, hemograma, PSA (enzima prostática), exames de colposcopia e citologia oncológica, diagnóstico de doenças crônicas como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes, doenças osteomusculares, sofrimento psíquico devido a múltiplos fatores inclusive o próprio trabalho e tantos outros que serviram para a construção de perfis epidemiológicos, gráficos e tabelas contendo valores percentuais de situações críticas ou mesmo de controle clínico para diagnósticos e intervenção precoce por meio de ações coletivas de prevenção e controle.

Todavia, apesar de bem estruturado, o referido sistema informacional não tem sido preenchido. Tal lacuna é comum a várias universidades públicas federais, uma vez que há mais de 6 anos não são realizados os exames periódicos dos servidores da UFRPE por dificuldades burocráticas no processo licitatório de contratação de serviços externos para realização dos exames, como já descrito anteriormente neste estudo.

Ainda temos como limitação desta pesquisa, a dificuldade de mapear os ambientes de trabalho onde ocorreram mais afastamentos, uma vez que a maioria dos departamentos de UFRPE é acadêmico e administrativo e não foi ainda realizado um estudo ergonômico desses diferentes departamentos, e, portanto, não foi possível realizar essa comparação.

Acredita-se que o conhecimento compartilhado habilita os profissionais nas principais etapas de estruturação de suas atividades. É importante destacar a importância do fator humano nesse processo, uma vez que a tecnologia fornece apenas os dados e não as informações. Para a gestão deste conteúdo é fundamental o entendimento de como o ser humano adquire, acumula e compartilha informações. Portanto, para que os profissionais de saúde utilizem melhor o sistema é necessário, também, treinamento adequado para conhecimento de todos os recursos do sistema, uma vez que auxiliará na busca e recuperação das informações aplicadas na identificação dos problemas e propostas de soluções. A capacitação em áreas administrativas relacionadas à gestão da informação é de grande valia para ajudá-los com os conceitos que envolvem decisões e aplicação de métodos para resolução de problemas em diversos setores.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 319-22, 2003.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 4, p. 2215- 2228, 2010.

BARATA, R. B. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1993, Brasília. **Anais**. Brasília: FNS, CENEPI, 1993.

BERLINGUER, G. Trabalho e saúde: fundamentos e conflitos éticos. In: _____. **Bioética Cotidiana**. Tradução de Lavínia Bozzo Aguilar Porciúncula. Brasília: UnB; 2004. p. 109-72.

BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas**. São Paulo: CEBES – Hucitec, 1983.

BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma Sanitária: Brasil e Itália**. São Paulo: CEBES - Hucitec, 1988.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: CEBES - Hucitec, 1988.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: CEBES – Hucitec, 1978.

BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolio. Patologia**. 7ª edição. Editora Guanabara Koogan, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras-NR-do capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília, D.O.U. de 06 de julho de 1978. Disponível em: <http://www.ctpconsultoria.com.br/pdf/Portaria-3214-de-08-06-1978.pdf> Acesso em: 16 dez 2019.

BRASIL. Presidência da República. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em: 23 de abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, D.O. 05 de

outubro de 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 23 de abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977**. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e à medicina do trabalho e dá outras providências. Brasília, D.O. de 23 de dezembro de 1977. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6514.htm. Acesso em: 16 dez 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 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, e legislação correlata. 4. ed., Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. 143 p. (Série legislação; n. 110). Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5127629/4132742/LeiN8.112de11dedezembrod1990.pdf>. Acesso em: 23 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal: uma construção coletiva**. Brasília, DF. 2008. Disponível em: http://www.uff.br/sites/default/files/servicos/legislacao/politica_de_aten_o_siass.pdf. Acesso em: 24 de abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009**. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF, 30 de abril de 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-010/2009/Decreto/D6833.htm. Acesso em: 24 de abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.856 de 25 de maio de 2009**. Regulamenta o art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores, Brasília, DF, 25 de maio de 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6856.htm. Acesso em: 24 de abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.003 de 9 de novembro de 2009**. Regulamenta a licença para tratamento de saúde, de que tratam os arts. 202 a 205 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e dá outras providências, Brasília, DF, 10 de novembro de 2009. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-7003-9-novembro-2009-592064-publicacaooriginal-117142-pe.html>. Acesso em: 24 de abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 436 de 28 de janeiro de 1992**. Altera o Decreto nº 347, de 21 de novembro de 1991, que determina a utilização dos Sistemas SIAFI e SIAPE, no âmbito do Poder Executivo Federal, Brasília, DF, 29 de janeiro de 1992. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1992/decreto-436-28-janeiro-1992-343135-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 24 de abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 99.328 de 19 de junho de 1990**. Institui o Subsistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE e dá

outras providências, Brasília, DF, 19 de junho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99328.htm. Acesso em: 24 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Elizabeth Costa Dias (Org.). Idelberto Muniz Almeida et al (Colaboradores). Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/seguranca%20e%20saude%20no%20trabalho/Saudedotrabalhador.pdf> Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **SIASS - Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor**. Brasília, setembro, 2010. Disponível em: <https://siasstocantins.files.wordpress.com/2014/11/polc3adtica-de-atenc3a7c3a3o-c3a0-sac3bade-e-seguranc3a7a-do-trabalho-do-servidor-pc3bablico-federal-uma-construc3a7c3a3o-coletiva.pdf>. Acesso em: 25 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público. **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal**. 3ª ed. Revisada. Brasília: DF, 2017. 147 p. Disponível em: <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/listaDocumentosPorTipo.xhtml> Acesso em: 2 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.293 de 23 de outubro de 2014**. Institui as diretrizes de atenção à saúde dos servidores públicos do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2293_23_10_2014.html. Acesso em: 24 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria nº 797 de 22 de março de 2010**. Institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, que estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre os procedimentos a serem observados quando da aplicação da Perícia Oficial em Saúde de que trata a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. D.O.U. 23 de março de 2010. Brasília, DF, 2010. p. 53. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:ministerio.planejamento.orcamento.gestao:portaria:2010-03-22;797>. Acesso em: 24 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria Normativa nº 3 de 25 de março de 2013**. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. D.O.U. 27 de março de 2013. Brasília, DF, 2013. p. 77. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:ministerio.planejamento.orcamento.gestao;secretaria.gestao publica:portaria.normativa:2013-03-25;3> Acesso em: 23 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria Normativa nº 3 de 07 de maio de 2010**. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor -NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor. D. O. U. 10 de maio de 2010. Brasília, DF, 2010. p. 80. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:ministerio.planejamento.orcamento.gestao;secretaria.recursos.humanos:portaria.normativa:2010-05-07;3>. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria Normativa nº 4 de 15 de setembro de 2009**. Estabelece orientações para aplicação do Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009, que dispõe sobre os exames médicos periódicos dos servidores dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. D. O. U. 16 de setembro de 2009. Brasília, DF, 2009. p. 97. Disponível em: <http://www.saude.ufu.br/sites/saude.ufu.br/files/Portaria-Normativa-04.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. D.O.U., Brasília, DF, 13 de junho de 2013. p.59 Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 2 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília: Cidade Gráfica e Editora LTDA, 2015. 166 p.

BRASIL. **Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras do Ministério de Estado do Trabalho, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no art. 200, da Consolidação das Leis do Trabalho, com redação dada pela Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Brasília, 1978. Disponível em: < http://www.jacoby.pro.br/diversos/nr_16_perigosas.pdf>. Acesso em: 05/01/2020..

CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: uma questão para a gestão de pessoas- a experiência na prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço público**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 23-49, 2006.

CAVALCANTE, C.A.A.; NÓBREGA, J.A.B.; ENDERS, B.C.; MEDEIROS, S.M. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 1, p. 241-248, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>. Acesso em: 22 de abr. 2019.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CONZEDEY, S. E. N.; ANDRADE, E. A Construção Coletiva da Política de Atenção à saúde e Segurança do trabalho do servidor público federal: Bases legais e político sociais. In: **Políticas públicas do servidor público Federal**, 2014.

COSTA, E. M. et al. Interdisciplinaridade na atenção básica: análise sob a ótica de estudantes da área da saúde. In: COSTA, E. M. **Bases Conceituais da saúde 2**. Ponta Grossa (PR): Editora Atena, 2019. p.109-116.

DEJOURS, C.- **A loucura do trabalho**- Estudo de psicopatologia do trabalho. 5ªe. São Paulo, Ed.Oboré, 2012

FISCHER F. M.; MORENO, C.R.; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

FLEURY, S. Giovanni Berlinguer: socialista, sanitarista, humanista! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3553-3559, 2015.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (FUNASA). **Guia de vigilância epidemiológica**. 5 edição. Volume 1. Aids / Hepatites Virais. Brasília: FUNASA, 2002. 842p.

GALVÃO, L. A.; FINKELMAN, J.; HENAO, S. **Determinantes ambientales y sociales de la salud**. Organización Panamericana de la Salud. Washington: DC, 2010.

GOMES, E. C de S. **Conceitos e Ferramentas da Epidemiologia**. UNASUS, Editora Universitária da UFRPE, Recife, 2015, p.6-29.

GONÇALVES, S. D.; MEDEIROS, R. B.; TAISSUKE, A. S. N.; MELO, P. B.; CARVALHO, A.P. O.; ROLIM, F. A. M. Promoção e vigilância à saúde dos servidores públicos: a experiência da Universidade Federal do Ceará. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 7 n. 2, p. 151-164, 2016.

HUNTER D. **The Diseases of occupations**. 4.ed. London: English University Press, 1970.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO). **Occupational safety and health**. Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance. Series 72. Geneva: ILO, 1998.

LAUREL, A. C.; NORIEGA, M. **O processo de produção e saúde: trabalho e o desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEBRÃO, M, L. **Estudos de morbidade**. São Paulo: Editora Edusp, 1997. 144 p.

MARIN, H. F. Sistemas de Informação em Saúde: considerações gerais. **J. Health Inform**, v. 2, n. 1, p. 20 – 24, Jan-Mar, 2010.

MARTINS, G. de A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 2ª Ed., São Paulo, 2009.

MARTINS, M. I. C.; OLIVEIRA, S. S.; ANDRADE, E. T.; STRAUZZ, M. C.; CASTRO, L. C. F.; Aline de AZAMBUJA, A. A Política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1429-1440, 2016.

[MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p.1667-1676, 2013.](#)

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO, M. C. S et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MIRANDA, A. C. C; MIRANDA, E. S. Fontes de informação jurídica. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, v. 22, n. 50, p.76-90, set. 2017.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n 3, p. 898-906, mai/jun, 2005.

NARDOCCI, A. C.; ROCHA, A. A.; RIBEIRO, H.; ASSUNÇÃO, J. V. de.; MUCCI, J. L.N.; COLACIOPPO, S.; GUNTHER, W. M. R.; PAGANINI, W. S. Saúde Ambiental e Ocupacional. In: ROCHA, A. A.; CESAR, L. G. C.; RIBEIRO, H. **Saúde pública: bases conceituais**. 2. ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 71 – 114.

NARVAI, P. C.; SÃO PEDRO, P. F. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, A. A.; CESAR, L. G. C.; RIBEIRO, H. (Org.) **Saúde pública: bases conceituais**. 2. ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 307-336.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de vigilância em saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, jan.-mar., 2015.

OLIVEIRA, L. A.; BALDAÇARA, L. R.; MAIA, M. G. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n.132, p. 156 – 169, São Paulo July/Dec. 2015.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n132/0303-7657-rbso-40-132-156.pdf>
Acesso em 05 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra, 2001. 135p. [[Links](#)]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

PEREIRA, S. D. Conceitos e definições em epidemiologia importantes para vigilância sanitária. São Paulo, março de 2007.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. Tradução Raimundo Estrêla. 4. ed., São Paulo: Fundacentro, 2016. 321 p.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. **Psicol. cienc. prof.**, v. 27, n. 4, p. 680-693, 2007.

ROQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, M. **Epidemiologia e saúde**. 6º edição, São Paulo: MEDISI, 2003.

SANTI, D. B.; BARBIERE, A. R.; CHEADE, M. de F.M. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras.de Medicina do Trabalho**, v.16, n. 1, p.71-81, 2018.

SILVA, L. A. A vigilância permanente da saúde e o método epidemiológico. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 36-45, 2008.

SOARES, L. G.; SARQUIS, L. M. M.; KIRCHHOF, A. L. C.; FELLI, V. E. A. Multicausalidade nos acidentes de trabalho da enfermagem com material biológico. **Rev. Bras. Enf.**, v. 66, n. 6, p. 854-859, 2013.

TAISSUKE, A. S. N. **Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal**: avaliação de sua implantação na Universidade Federal do Ceará. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2016. 103 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO (UFRPE). **Plano de Desenvolvimento Institucional UFRPE 2013-2020**. Versão Revista e Atualizada. Recife, 2018. Disponível em: <http://cpa.ufrpe.br/sites/cpa.ufrpe.br/files/PDI%20UFRPE%202013-2020%20ATUALIZADO%20%282018%29.pdf>. Acesso em: 15 de jul. 2019.

UFRPE. **Relatório de gestão do exercício de 2018**. Apresentado Tribunal de Contas da União como prestação de contas anual. Recife, 2019. 135 p. Disponível em: <http://www.ufrpe.br/sites/www.ufrpe.br/files/RELAT%C3%93RIO%20DE%20GESTAO%202018.pdf> Acesso em: 26 jun. 2019.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 16ª ed. São Paulo: Atlas, 2016. 104 p.

WAKIMOTO, M. D. **Avaliação da qualidade do sistema de vigilância epidemiológica do município do Rio de Janeiro – 1994-1996**. 204 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Resolution WHA 66.24**. Disponível em Acessado em 20/09/2019.

APÊNDICE A. Dicionário das Variáveis observadas na pesquisa

Idade: Período que decorre a partir do nascimento até certa data, intervalo de tempo que divide a vida de alguém.

Sexo: conformação física, orgânica, celular, particular que permite distinguir o homem e a mulher, atribuindo-lhes um papel específico na reprodução.

Tipo de função /cargo exercido- é um conjunto de funções similares ou um grupo de funções idênticas na maioria ou em todos os aspectos mais importantes das tarefas que a compõem. O cargo é o posicionamento hierárquico na estrutura orgânica da instituição. Cargo público é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na organização de um servidor.

Tempo de exercício na função pública- É o intervalo de tempo em que a competência, atribuição ou encargo para o exercício de determinada **função**. Importante saber que essa **função** não é livre, deverá portanto, estar o seu exercício sujeito ao interesse público, da coletividade ou da Administração.

Grupo homogêneo de risco- é o agrupamento dos trabalhadores em uma empresa que têm perfis de exposição similares. Um GHE corresponde a um grupo de trabalhadores que estão sujeitos a condições com idênticas probabilidades de exposição a um determinado agente de risco.

Risco ocupacional- A existência de probabilidade de um trabalhador sofrer algum dano, resultante de suas atividades profissionais, é denominada de risco ocupacional, são classificados com riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos.

- h. Riscos biológicos- exposição laboral, não intermitente ou contato com vírus, bactérias, parasitas, protozoários, fungos entre outros.
- i. Riscos químicos- exposição laboral ou contato com substâncias químicas prejudiciais a saúde acima dos limites de tolerância biológica indicados na NR15. Consideram-se agentes de risco químico as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo do trabalhador pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, gases, neblinas, névoas ou vapores, ou que seja, pela natureza da atividade, de exposição, possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou por ingestão.
- j. Riscos físicos- exposição laboral não intermitente a agentes físicos. Consideram-se agentes de risco físico as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, calor, frio, pressão, umidade,

radiações ionizantes e não-ionizantes, vibração etc., e acima dos limites de tolerância (de acordo com NR15).

- k. Riscos Ergonômicos- qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde. São exemplos de risco ergonômico: o levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho, fatores cognitivos como sobrecarga e sofrimento psíquico e emocional (segundo norma regulamentadora NR17 da CLT).

Tempo de afastamento por licença médica- intervalo de tempo concedido através de emissão de Licença a que o servidor faz jus quando acometido de doença que não lhe permita exercer as atividades do cargo, sendo possível sua concessão a pedido ou de ofício, mediante perícia médica oficial, sem prejuízo de sua remuneração. O prazo de licença para tratamento de saúde do servidor será considerado como de efetivo exercício até o limite de 24 meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo.