

JORGINA MARIA DA SILVA

**OLHAR EPIDEMIOLÓGICO PARA FORMAÇÃO DE INDICADORES A
PROGRAMAS DE SAÚDE OCUPACIONAL DA SMRH DE CURITIBA**

Artigo apresentado à Banca examinadora do Instituto Superior do Litoral do Paraná do Curso de Pós-Graduação e Extensão como exigência parcial para obtenção do título de especialista em MBI Gestão Governamental de Planejamento Estratégico.

Orientador: Profº. Ms. Paulo Roberto Socher

**CURITIBA
2010**

RESUMO

DA SILVA, Jorgina Maria. **Olhar epidemiológico para formação de indicadores a Programas de Saúde Ocupacional na SMRH de Curitiba**

O olhar epidemiológico trata da formação de indicadores e índices a partir da elaboração do Núcleo Epidemiológico Ocupacional para operacionalizar a gestão pública em saúde ocupacional e qualidade de vida. Ambas imbricadas entre si como vetor nos serviços e sua repercussão ao fator saúde. Os indicadores são instrumentos de gestão e contribuem para aprimorar as competências chaves por programa. Bem como, primar melhoramento de qualidade da captação metodológica, a fim de atender demandas oriundas nos serviços com servidor-trabalho-saúde. O Núcleo foca define indicadores e conceitos para operacionalizar a unidade saúde-trabalho-doença, em especial sob novo olhar – o teor saúde positiva como fonte de riqueza da vida e que abarca recursos sociais, pessoais e aptidões físicas à saúde ocupacional. A construção de indicador específico e de índices deve ocorrer pela base utilizável dos serviços na promoção da prevenção e da reabilitação ocupacional. Assim como, o indicador genérico auxilia entender a dimensão de saúde instalada no quadro de pessoal diante a promoção da saúde ocupacional pela recuperação. Neste sentido, advém a saúde como direito de todos e dever do Estado, para a qualidade de vida.

Palavras Chaves: saúde, epidemiologia ocupacional e gestão pública.

ABSTRACT

DA SILVA, Jorgina Maria. Look for epidemiological training of indicators to Occupational Health Programs at SMRH Curitiba

The look is about the formation of epidemiological indicators and indexes from the drafting of Occupational Epidemiology Center to operationalize public management in occupational health and quality of life. Both overlapping each other as a vector in services and its impact factor to health. The indicators are management tools and help to improve key skills for the program. As well, excel quality improvement capture methodology in order to meet demands from the services with server-work-health. The Center focuses on defining indicators and operational concepts for the unit-labor health and disease, especially under a new look - the level of positive health as a source of richness of life that encompasses the social, personal and physical skills to occupational health. The construction of specific indicator and index should occur at the base of usable services in the promotion of prevention and occupational rehabilitation. As the generic indicator helps to understand the dimension of health installed in the staff on the promotion of occupational health for recovery. In this sense, comes to health as a universal right and duty of the state, the quality of life.

Key words: health, occupational epidemiology, public management

1. INTRODUÇÃO

A fim de aperfeiçoar os Programas realizados pelo Departamento de Saúde Ocupacional/RHSO da Secretaria Municipal de Recursos Humanos/SMRH/PMC criou-se no início de 2007 o Núcleo Epidemiológico Ocupacional/NEO. A prática deste serviço revela-se em importância pela necessidade de conhecer as condições ocupacionais e determinantes físico, mental e social a fim de reduzir perturbações de saúde implicadas ou não pelo labor. Igualmente, o serviço objetiva possibilitar a demarcação de enfoques aos custos sociais em saúde ocupacional, ou mesmo os previdenciários, se pertinente. O tema da pesquisa em questão – O olhar epidemiológico para a formação de indicadores visa colaborar no conhecimento para formação de estratégias de práticas gerenciais às condições de trabalho na PMC.

A emergência de estudo sobre o fator saúde ocupacional na Prefeitura Municipal de Curitiba/PMC é fundamental mediante o movimento laboral de 31.585 servidores ou agentes públicos¹ ativos em práticas cotidianas de atenção integral aos munícipes, no ano de 2007. Hoje, dados atualizados em abril de 2010, com aproximadamente 33.414 servidores.

O presente artigo pretende analisar os resultados da prática do Núcleo, quando da implantação naquele ano, a partir do Relatório Anual Técnico Epidemiológico/RATE. Cujas, pesquisa ex-post-facto e a técnica documental² aqui empregadas subsidiam o processo investigativo. Os indicadores categorizados no respectivo Relatório são constitutivos da base documental eletrônica expressada como resultantes do NEO³, pelo material/dado epidemiológico de saúde ocupacional, perfazendo assim o universo enfocado na pesquisa, referente ao ano 2007. Estes indicadores se manifestam em sua origem por dois modos: específico –

¹ Agente público/servidor foca a Reforma Constitucional iniciada em 1995 e concluída com a Emenda Constitucional nº. 19 pelo poder público que diretamente está implicada na Reforma Administrativa de Estado.

² O delineamento de pesquisa ex-post-facto como investigação sistemática e empírica na qual não se tem controle direto sobre as variáveis independentes, porque já ocorreram suas manifestações ou por serem intrinsecamente não manipuláveis. Kerlinger In: GIL, Antonio Carlos, 1999. A vantagem da técnica de pesquisa documental é a forma elaborada do conteúdo e a seleção dos aspectos de interesse junto à fonte documental mesma, a qual é mais rápida. VÍCTORA, Ceres G. et al., 2000.

³ NEO/PMC – Núcleo Epidemiológico Ocupacional, doravante empregado no texto com essa abreviação, ou simplesmente Núcleo.

por projetos, programas e processos de trabalho⁴, a partir da Gerência de Medicina Ocupacional/RHSO3G. E genérico ou abrangente considerado, em dimensão macro como, por exemplo, o absenteísmo. Ambos focados em patologias e seu impacto por dias perdidos, respectivamente. Subdividem-se em dados absolutos ou elementos brutos e em dados relativos – índices de proporcionalidade ou distribuição proporcional e taxas ou coeficientes para indicar a probabilidade de risco. O presente estudo se substancia em registro de dado informatizado decorrente do funcional, pessoal, para sustentação da formação categórica. A prática de um ano em acompanhamento pelo Relatório de Atividade Mensal Epidemiológico/RAME resultou no produto final Relatório Anual⁵, do qual se origina a seguinte questão: que tipo de indicador torna-se necessário para medir epidemiologicamente a saúde ocupacional na gestão pública? Esse problema de ordem epidemiológica ocupacional ao Núcleo aparece quando da definição de categorias para a formação de conceitos, ao operacionalizar indicadores da unidade saúde-trabalho-doença, em especial sob o novo olhar pelo teor da saúde positiva⁶ à saúde ocupacional. Igualmente aos indicadores de categorias como o adoecimento/sofrimento (físico e emocional). Operacionalizar indicadores e analisar a epidemiologia ocupacional da saúde se constitui também em reconhecer variáveis de vigilância para inferência à saúde positiva e ocupacional. Neste sentido, percebe-se que o estudo epidemiológico pelo Núcleo não só requer disciplina no trato metodológico, mas essencialmente intenção comum das práticas de trabalho entre os diferentes serviços vinculados. Estes serviços que usufruem comumente da base de dados

⁴ Os serviços constituem-se por programas, processo de trabalho ou projetos, doravante será empregado o termo serviço indistintamente da natureza de sua modalidade, uma vez que os resultados de indicadores estarão presentes em ambos.

⁵ RAME – Relatório de Atividade Mensal Epidemiológico e RATE – Relatório Anual Técnico Epidemiológico. Doravante seguem expressas as referidas siglas no decorrer do texto, ou especificamente quando referente ao ano, Relatório Anual/PMC.

⁶ No alargamento de conceito “a saúde, não vem como um objetivo, mas como uma fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se de um conceito positivo em que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as aptidões físicas. Portanto, dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a idéia de formas de vida sadia, a promoção da saúde não concerne, exclusivamente, ao setor sanitário” (In: DA SILVA, Jorgina Maria. Direitos Sociais na Proteção Integral do Usuário de Substâncias Psicoativas: A Experiência do Centro Vida em Curitiba, Paraná, 2000-2005. São Paulo, 2005. 200 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. p. 57

para o aproveitamento e construção de informações significativas, necessárias ao andamento das atividades no plano da gestão municipal, a partir do RHSO. Levanta-se então a questão central de pesquisa em como aprimorar a relação conceitual colocada para formulação de indicadores epidemiológicos de saúde do trabalhador pelo Núcleo/RHSO?

A partir desta perspectiva põem-se a seguinte hipótese de trabalho – a formulação de indicadores da epidemiologia ocupacional está implicada na posição metodológica que considera a saúde um estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de enfermidade. Mas, sim de cuidados para evitar o desencadeamento da não saúde. Assim, enquanto objetivo específico procura-se reconhecer indicadores para atender as demandas do gerenciamento de saúde ocupacional aos serviços, em respostas às perturbações de saúde do servidor no trabalho. Deste modo, realçar a análise para o olhar epidemiológico na postura gerencial através de ações da prática do Núcleo. Forma esta que abarca ao universo desta pesquisa. Que por sua vez, se utiliza da análise de dados pelo método hermenêutico-dialético⁷ da pesquisa qualitativa para efetuar o processo analítico-interpretativo dos resultados.

A epidemiologia ocupacional em saúde⁸ pode ser resgatada pelo Núcleo também pela vigilância da saúde ocupacional do servidor como indicador específico por serviços no âmbito de monitoramento. Bem como, pelas condições da prática do trabalho, genericamente absorvidos por dados em concomitante reflexão ao movimento absenteísmo, por exemplo. Fator este não menos importante e que compromete o trabalho institucional. Na ordem nacional, por exemplo, em se

⁷ “A fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida”. Tal compreensão tem como ponto de partida, o interior da fala e como ponto de chegada o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala. Portanto, os resultados da pesquisa em ciência sociais são sempre uma aproximação da realidade social sem reduzir-se à dado de pesquisa, conforme Minayo In Gomes. Maria Cecília de Souza Minayo (Org) Et al.,1994.

⁸ Entende-se por epidemiologia ocupacional a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisa a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, sugerindo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças. Fornece indicadores como suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações em saúde, conforme Rouquayrol. Evidencia-se aqui que o processo saúde-doença irrompeu cisão da epidemiologia moderna em epidemiologia social e epidemiologia clínica. A primeira responde às demandas da medicina preventiva e promoção da saúde com a teoria da multicausalidade das doenças e as necessárias intervenções sócio-econômicas para redução da pobreza, melhoria das condições de vida e saneamento do meio - ambiente. Wikipédia. Compreende-se, então, que a epidemiologia ocupacional está situada na epidemiologia social por tratar-se de ações da saúde relacionadas ao trabalho, o qual é um produto social.

tratando de servidores o grau de absenteísmo é superior em relação a entidades privadas e tem chamado atenção ao debate público desde o início do século XXI. Assim, mostra-se em importância o acompanhamento do movimento absenteísmo pelo Núcleo com realce ao contexto da prática institucional⁹.

Contudo, as informações epidemiológicas comunicadas pelo Relatório Anual são expressões que veiculam as áreas (Divisões) da Psicologia e Serviço Social, Perícia Médica, Engenharia e Segurança do Trabalho e Gerência de Medicina Ocupacional cada qual com prática multiprofissional e entre essas áreas permeia o Programa Qualidade de Vida do Trabalhador. A construção de indicadores e elaboração de índices epidemiológicos tem maior significado quando ocorre pela base utilizável do serviço – conforme necessidade própria. Os quais contribuem para aprimorar as competências chaves do mesmo e primar ao melhoramento da qualidade de captação deste instrumental metodológico. A fim de demarcar não apenas a redução de riscos de doenças e outros agravos, mas também a detecção ou prevenção de fatores que determinam os condicionantes de saúde, individual e prioritariamente a coletiva, enquanto grupo ocupacional. Além de subsidiar as demandas oriundas dos processos de trabalho do RHSO, de modo geral.

2. MATERIAL E RESULTADO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DO NÚCLEO EPIDEMIOLÓGICO OCUPACIONAL/NEO/RHSO

Cabe mencionar que a construção de indicadores tem influência na contemporaneidade pela macroeconomia extensiva à prática globalizada, no universo político econômico. No Brasil os indicadores se propagam e evidenciam-se, a partir da Reforma de Estado e por um desenvolvimento descentralizado que marca a nova gestão da constituição cidadã e a fluência da intercomunicação com as relações externas. A Reforma da Gestão Pública ou Gerencial é a segunda historicamente instituída do Estado moderno. No Brasil seu início a partir de 1995, pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, avança na direção administrativa mais autônoma e responsabilizada diante a sociedade. Diferentemente do estado patrimonialista e clientelista ainda existente em alguns Estados brasileiros, fundado pela reforma burocrática a partir de 1930. Em Curitiba o Contrato de Gestão é implantado na primeira gestão do atual governo municipal

⁹ O absenteísmo é entendido aqui com qualificação conceitual da Organização Internacional do Trabalho/OIT. Os estudos brasileiros a respeito são segmentados institucionalmente, em instância estadual, sendo insuficiente seu conhecimento em instituições públicas.

denominado acordo “entre dirigentes de uma organização e das próprias Unidades Administrativas”. Objetiva instituir ações eficientes, eficazes e efetivas contempladas no Plano de Governo Municipal, prioritariamente na área econômica, social e urbanístico-ambiental, para ampliar o desenvolvimento da cidade e da cultura curitibana ao alcance da percepção nacional.

O olhar epidemiológico ocupacional tem por finalidade perceber o contexto de saúde ocupacional no quadro de pessoal da PMC e sua relação com a saúde positiva para fortalecer a qualidade de vida em detrimento da doença. Prioritariamente, objetiva ressaltar as situações críticas que comprometem o servidor no seu campo de trabalho. Além de reconhecer a importância da formação de indicadores como um recurso que possibilita medir e qualificar as perturbações de saúde que afetam a condução da gestão de saúde ocupacional no RHSO/SMRH/Curitiba/PR/BR. O campo de estudo da saúde ocupacional aparece evidenciada por resultados de indicadores do Relatório Anual em 2007, obtidos pelo Núcleo¹⁰. Seus indicadores auxiliam entender a dimensão de saúde instalada no quadro de pessoas e respectivamente, quando monitorados repercutem em atenção integral à saúde dos munícipes.

Este olhar considera o Plano do Serviço Núcleo Epidemiológico Ocupacional sustentado em suas ações pelas fontes oficiais como: Ministério da Saúde; Organização Nacional e Internacional; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Brasileira Lei 6259/75, regulamentada pelo Decreto 78.231 de 1976. Além da definição constitutiva do Sistema Único de Saúde – SUS, da Lei 8080 de garantia constitucional da seguridade¹¹ pela saúde, através do

(...) conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes de condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Lei referendada, no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira ao tratar saúde como

¹⁰ Núcleo Epidemiológico Ocupacional é um serviço emergido em janeiro de 2007, que subsidia o processo de gestão pública governamental na perspectiva gerencial.

¹¹ Destaca-se a congruência entre Ministérios Previdência Social e Saúde que gerenciam entre si, a Seguridade Social – exigência aos empregadores para proteção dos empregados. Denominada a partir de 1988 pelo tripé (Saúde, Previdência e Assistência Social) num processo descentralizado que gradativamente se instala no país.

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O qual convalida o preâmbulo da Organização Mundial de Saúde – OMS no termo saúde, enquanto *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença*. Tal assertiva legal conduz olhar cuidadoso para a construção dos indicadores e índices na condição da saúde ocupacional na PMC, como vetor nos processos de trabalho e sua repercussão aos estados de saúde-trabalho-doença. Reconhece-se, ainda a concepção do RHSO¹²: em saúde preventiva na condição de novo paradigma, tendo que

A promoção da saúde supera a concepção clínico-assistencial, para a visão de qualidade de vida, entendendo que o indivíduo é um ser unidimensional, que interage com o meio, influência e é influenciado pelas ações, dentro e fora do ambiente de trabalho (PMC, 2005).

E igualmente a referida diretriz do Departamento no Plano de Atenção Integral à Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Servidor (PMC, 2005), em que a prevenção; proteção e recuperação permeiam os fundamentos essenciais ao Plano do Núcleo. Bem como, considera-se as estratégias relacionadas às ações de saúde individuais: exames médicos, inspeções de segurança, avaliações sócio-laborais e psicológicas, e as ações coletivas: programas de prevenção para enfermidade ocupacional ou não ocupacional. O Núcleo é caracterizado por ação multiprofissional, intra e intersetorial, mediada pelo Sistema de Informação¹³.

A apresentação de indicadores e índices pelo Núcleo, na condição instrumental do valor científico para reconhecer os fenômenos epidemiológicos de saúde ocupacional – fatores trabalho e doença – identificam-se com a vertente do método epidemiológico pela epidemiologia da análise elaborada dos dados em computador, base de dados pelo GURHU. E, a do método simples, aliada as ciências sociais [aqui, à prática social – práxis], cujo objetivo está em achar soluções para os problemas de saúde, conforme afirmam (CARDIM et al., 1991, s/p).

A importância das consequências dos fatores sócio-econômicos sobre a saúde aumentou nos últimos anos na pesquisa epidemiológica e está fundada na estatística, embora sedimentada na patologia. Mesmo assim, oferece condição para

¹² Prefeitura Municipal de Curitiba. RHSO/Departamento de Saúde Ocupacional da Secretaria Municipal de Recursos Humanos/SMRH/PR/BR.

¹³ Sistema denominado Gerenciamento Unificado dos Recursos Humanos – GURHU, novo Sistema para 2010.

que o fenômeno de saúde apareça representado por diferentes variáveis dependentes e explicativas relacionadas a certo problema de saúde, conforme afirma autora acima citada. Com esta perspectiva se efetiva este estudo, apesar de provocar também crítica ao fato de que a comparação doença-trabalho-saúde levanta-se necessariamente o conceito de saúde positiva, noção que evidencia maior impacto aos chamados indicadores de saúde. Pode-se dizer que saúde positiva quando olhada ampliadamente em dados empregados pela estatística, seus indicadores se incluem aos “riscos sociais (por exemplo, estresse ocupacional, conflitos na família), além das taxas de mortalidade e morbidade” (CARDIM et al., 1991). O estudo epidemiológico de saúde ocupacional pelo Núcleo, também tende olhar a questão vigilância de saúde do agente público em si, igualmente as manifestações no comportamento dos processos de trabalho em diferentes áreas ocupacionais. A 12ª Assembléia Mundial da Saúde, ocorrida em Genebra 1958 traz repercussões na mudança do paradigma da educação sanitária, reafirmando o conceito de que

A educação sanitária abrange a soma de todas as experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar a estas modificações (DA SILVA, 2005: 45)¹⁴

A vigilância “visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde” (MS, 2008). Daí a razão em qualificar a relação do termo vigilância da saúde no contexto da epidemiologia ocupacional. Ao aprimoramento da relação conceitual colocada para formulação de indicadores epidemiológicos de saúde do trabalhador no NEO/RHSO. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador em vigor desde 2004, pelo Ministério da Saúde, está intrinsecamente ligada à atenção integral da saúde subsidia a elaboração para este enfoque ocupacional. Que por sua vez acaba sendo reforçada pela posição da relação saúde-doença em si, corroborada na formação de indicadores por fator estatístico, tradicionalmente empregado por um lado e por outro estimula encontrar a perspectiva saúde positiva. Dada a falta de referente próprio para análise da saúde positiva é que se força pelo uso do método

¹⁴ DA SILVA, Jorgina Maria. Direitos Sociais na Proteção Integral do Usuário de Substâncias Psicoativas: A Experiência do Centro Vida em Curitiba, Paraná, 2000-2005. São Paulo, 2005. 200 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

estatístico como recurso instrumental em primeira mão para base de dados do RHSO, e instiga esta percepção, apesar de se

(...) colocar em evidência uma associação entre variáveis e o fenômeno de saúde, porém raramente chegará a afirmar uma associação causal. *Na maioria das vezes esses estudos se restringem a descrever a população estudada e a 'grupos de risco' (CARDIM et al., 1991).*

A formulação do problema sobre essa epidemiologia da saúde no trabalho aparece para o Núcleo ao definir conceito e operacionalizar indicadores da unidade saúde-trabalho-doença, em maior complexidade quanto ao teor saúde positiva. Por um lado, para operacionalização de indicadores às unidades saúde/ocupacional e o de adoecimento/sofrimento (físico e emocional). Por outro, dificuldades em alcançar indicadores de saúde/ocupacional nos Serviços em andamento pelo RHSO.

Reconhece-se aqui a exigência de permanente monitoramento dos dados para fundamentar a análise ocupacional e traçar parâmetros condutores à prática dos serviços para a geração dos indicadores. Tal qual ao aprimoramento dos instrumentos para descobrir os motivos causadores do mal estar que freqüentemente assolam as relações no ambiente de trabalho com a saúde do agente público e pela atenção aos serviços à municipalidade curitibana. Certamente, com objetivo de colaborar para a eficácia das práticas projetadas e ou planejadas, bem como aos custos sociais na política do RHSO, diante as demandas no trabalho, inclusive aos desdobramentos previdenciários quando demandados.

Tarefa complexa da operacionalização de indicador na epidemiologia saúde ocupacional imbricada à vigilância e à saúde positiva constitui-se em identificação de variáveis importantes para inferência sobre a saúde ocupacional. Onde, decorre o fundamento da hipótese de trabalho: a formulação de indicadores está implicada na posição metodológica considerada a saúde um estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de enfermidade. Por sua vez, forma e conteúdo, estão presentes em como captar os dados e o que captar destes intrinsecamente ligados. Portanto, sua condição de acesso para efetivar tal procedimento de captação e como vir a consolidar uma análise profícua. Até porque a coleta contempla especificidade subjetiva como a natureza dos sujeitos: envolvida nas ações dos agentes, num primeiro caso; num segundo, àquele servidor intermédio na relação à concessão do serviço/benefício, no quadro funcional da PMC daquele que obtém afastamento em LTS, por exemplo. No dizer de Cardim et

al (1991, s/p), validar a natureza subjetiva implica em considerar o indivíduo que relata sobre ele próprio, ou também ao outro. E, isso “levanta a questão da confiabilidade do relato verbal de categorias do sujeito, sem contar com nenhum elemento de variação através de um referencial externo ao sujeito” (CARDIM et al, 1991), especificamente no caso do beneficiado. Ao se desprezar dados de relato verbal neste caso, não é por uma não-credibilidade colocada *a priori*, mas pela limitação de acessos do Núcleo para a coleta epidemiológica. Também, por revelar grande limitação pela ausência da dimensão subjetiva não ser considerada suficiente para sustentar o dado. Neste sentido, percebe-se que o estudo epidemiológico ocupacional pelo NEO conta com uma tarefa arrojada mesmo diante a objetividade da estatística coletada. Requer não apenas disciplina neste trato metodológico, mas essencialmente requer a intenção comum das práticas de trabalho entre os diferentes serviços vinculados ao usufruto da base de dados para aproveitamento e construção de informações significativas e necessárias ao andamento das atividades na gestão ocupacional.

O Núcleo demonstra – através da captura de dados acessados para formação de indicadores e índices de proporcionalidade por LTS, dias perdidos, cargo, local de trabalho e número de agentes públicos – assim como intenciona a de indicadores de probabilidade epidemiológica da saúde do trabalhador, denominadas taxas, a partir dos serviços de saúde ocupacional do RHSO. Deste modo, entende-se aqui a epidemiologia enquanto estudo da distribuição pela frequência em determinantes dos estados e ou eventos de saúde específica da população [alvo] e a aplicação de estudos no controle dos problemas de saúde Last, (1988) apud Machado (1995). Com esta intenção inclusive se procurou apresentar os indicadores e índices capturados pelo Relatório Anual do Núcleo. Apesar de a referência para a saúde positiva e mesmo a de vigilância ocupacional da saúde se apresentar insuficiente teoricamente, para subsidiar a análise em sua totalidade às ações. Exige-se continuar com sondagens metodológicas específicas para afinar esse olhar necessário, diante a saúde do servidor na perspectiva da saúde positiva. Daí em situar historicamente a origem da

Idéia de saúde como qualidade de vida condicionada por vários fatores, tais como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, surgiram com a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986. (BACKES et al., 2009)

Essa Conferência surge como respostas às expectativas do movimento mundial por uma nova saúde pública, dirigida à Saúde para Todos. Tornou-se um marco por ter incorporado a importância do impacto das dimensões sócio-econômicas sobre as condições de saúde aqui evidenciadas pela ocupacional.

Tal realidade é contextualizada para se visualizar e captar os impactos da promoção da saúde ocupacional em indicadores, aqui denominados genéricos, aqueles que demonstram grandeza e sem controle monitorado sistematicamente, é o caso do grau de absenteísmo, por exemplo. Aparece revelador por secretarias, em determinados estados ou eventos de saúde. E, os indicadores específicos denotado por serviços em sua singularidade favorecem balizamento e medidas para condução das atividades, quanto à redução de incidências patológicas ou prevalências inscritas por lotação com base em CID 10, por exemplo.

Cabe registrar que a distribuição e frequência são empregadas na elaboração de categorias para a construção de indicador genérico e específico considerados apenas os afastamentos em licença para tratamento de saúde/LTS, emitido pela Perícia Médica como fonte para concessão o Laudo Médico Pericial. Modo este qualificado por motivos específicos de afastamentos ao servidor para tratar a saúde do corpo, portanto é a melhor forma de se aproximar à formação de indicadores no momento; logo, envolve a dimensão física do servidor. Modo este de identificar perdas de dias de trabalho provocadas por adoecimentos e sofrimentos emocionais; enfim, elencar fatores que advêm negativa ou positivamente à saúde ocupacional. Por conseguinte, o motivo de afastamento que gera o indicador oportuniza planificar ações de trabalho com índices de reduzida influência, agressivos ao ambiente ocupacional e aumentar o modo de prevenir a favor da ambiência saudável à condição saúde positiva. Assim, a elaboração de indicador torna-se subsídio instrumental do Núcleo para fundamentar a organização dos serviços. Tal qual, oferecer indicações aproximadas de previsibilidade às condições de trabalho aos serviços pela sondagem epidemiológica ocupacional.

Demonstrar-se-á exemplos da configuração de indicadores expressos no Relatório Anual, ao modo genérico e ao específico da epidemiologia ocupacional, para ilustrar as conduções procedidas na elaboração dos mesmos.

INDICADOR ESPECÍFICO

O indicador específico foca atenção aos programas dos serviços oferecidos acompanhados ou monitorados na Gerência Medicina Ocupacional, a qual desencadeou como ponto de partida a formação do Núcleo. O indicador incidência olha a diminuição de novos casos patológicos e percorre os programas, como por exemplo: a) Programa Conservação Auditiva/PCA indicador relacionado à patologia – Neuro sensoriais em CID H90; b) Programa Saúde Vocal/PSV: Distúrbio de voz em CID R49; c) Programa Saúde Mental: Transtornos mentais e comportamentais – Afetivo e de Humor em CID F; d) Processo de Reabilitação Ocupacional: Transtornos mentais e comportamentais – Afetivo e de Humor em CID F; e) Programa Ergonomia: Sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo em CID M; f) Pausa para Qualidade: Sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo em CID M. Ainda, no Programa Ambiente de Trabalho Livre de Cigarro em relação à prevenção ao tabagismo nas patologias catalogadas em CID F17 e no Programa Amanhecer a prevenção ao uso de álcool nas patologias catalogadas em CID 10. Nestes dois últimos casos não incorre a denominação incidência, pois requer monitoramento sistemático à elaboração de indicadores pertinente aos respectivos programas. Como indicador específico a Programas cabe expor a incidência em transtornos mentais e comportamentais devido ao uso abusivo do álcool e tabaco – no Programa Amanhecer e no Programa Ambiente de Trabalho Livre de Cigarro. Porém, pela coleta gerada a título de curiosidade em 2007, a partir do GURHU, é apresentada como leitura de indicador genérico para sua apreciação. A intenção é privilegiar o olhar para a preservação da saúde positiva na condição de serviço preventivo relacionada ao indicador estilo de vida. O agravo, neste caso é procurado pela frequência de afastamentos por dias perdidos. As categorias uso abusivo de tabaco e álcool são tangenciadas por LTS. Sugere-se olhar comprometido ao tabagismo e alcoolismo para redução de riscos à saúde.

No que se refere: ao item (a) Incidência neuro sensoriais – Conservação Auditiva/PCA. Denota com índice zero doença do ouvido, e a partir da frequência por dias perdidos para o tratamento em perda de audição por transtorno de condução e/ou neuro-sensorial em CID H90. Captou-se indicação de 18 dias perdidos ao período de dezembro de 2006 a dezembro de 2007. Há controle cuidadoso da patologia e acompanhamento sistemático fundamentada em Lei para as condições

de segurança do trabalho. Assim como um quadro estável, cujo rigor deste cuidado tem trazido saldos positivos, que depreciam o absenteísmo em sua condição de afastamento para tratamento de saúde. Ao (b) Incidência de distúrbio de voz – Saúde Vocal/PSV as informações dos distúrbios da voz em CID R49 aparecem em andamento no Programa e acompanhamento sistemático computado pelo mesmo critério de frequência por dias perdidos ao tratar a saúde. Equivale a 899 dias perdidos no CID R49 para 306 servidores com distúrbio de voz que requer cuidados de saúde. Aproximadamente três dias em média, por servidor afastado. Novas patologias aparecem pela catalogação de Doenças do Aparelho Respiratório em CID J38 com 34 servidores e 308 dias perdidos para tratamento, dando em média nove dias por servidor afastado. (c) Incidência transtornos mentais e comportamentais: Afetivo e de Humor – Programa Saúde Mental. Existe variação na dinâmica seqüencial dos Elos de Relativos mensais. Elementos de contexto social de modo geral e da prática dos serviços influíram na saúde ocupacional. O transtorno implicado aparece nas condições do afetivo bipolar (F31), episódios depressivos (32) e depressivos recorrentes (F33). O mês de março destacou-se com taxa de 33,70% de absenteísmo em relação a fevereiro para o cuidado com a saúde. (d) Incidência em transtornos mentais e comportamentais – Processo de Reabilitação Ocupacional/RO. O indicador incidência deve relaciona-se à identificação de casos que estão em afastamentos definitivos do cargo de origem por problemas de saúde. No Relatório Anual prioriza-se para análise o cargo de educador com inaptidão definitiva. Estes são equivalentes a 49% pela evidência de ser o cargo mais atingido, referente ao Relatório Preliminar a outubro 2007. Merece melhor debate para denominação do indicador. Ao (e) Incidência osteomuscular – Programa Ergonomia (LER/DORT) Incidência em patologias osteomusculares de maior índice foi referente a março com 29,95% de afastamento para tratamento de saúde a 16,89% em novembro, e significativamente redução no mês de dezembro de 2007. E, ao (f) Incidência osteomuscular – Programa Pausa para Qualidade. A especificação do indicador na sua dimensão de Programa requer fontes diferenciadas de pesquisa. Sugere-se que este indicador seja elaborado a partir de informação direta com o servidor. Caso contrário corre-se o risco de inconsistência para sua qualificação, dada ausência de controle sistemático.

O olhar epidemiológico da incidência se qualifica para acompanhar a diminuição de casos novos. Uma vez que se investe para intervenção voltada à

saúde positiva. Com a prática interventiva do RHSO de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação na saúde ocupacional e sua diversificação na natureza de serviços pela Medicina Ocupacional, dos serviços da Segurança do Trabalho, da Psicologia e Serviço Social, além da Perícia Médica e Núcleo Epidemiológico com insuficiente controle e estudo sistemático à verificação da prática de serviços em relação às condições de trabalho de modo geral. Destaca-se a emergência para elaborar indicadores de conotação preventiva, algo inédito, hoje visualizado pelos serviços do RHSO.

Excetuam-se na análise o cruzamento de dados, para a formação de indicadores específico e genérico os seguintes elementos, a partir da tipologia de avaliações médicas para concessão de afastamentos por LTS¹⁵: a) Licença gestação; b) Licença para tratamento de saúde a familiares; c) Licença adoção, embora registrada distribuição e frequência.

ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO POR TIPOLOGIA DE LTS EM 2007 NA PMC

TIPOLOGIA	REGISTROS DE LTS	ABSENTEÍSMO	MÉDIA DE DIAS POR REGISTRO DE LTS	ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO
LICENÇA ADOÇÃO	19	1413	74	0,02
LICENÇA GESTAÇÃO	963	90627	94	1,14
LTS PARA FAMILIAR	9820	25919	3	0,33
LTS PARA O SERVIDOR	50243	391073	8	4,91
TOTAL	61045	509032	8	6,40

Fonte: GURHU/RHSO/PMC – 2007

O material/dado capturado para elaboração de indicador específico ou genérico tem a contagem estatística a partir do registro do GURHU e Bancos Específicos¹⁶ dos serviços, no período equivalente aos dias do mês pesquisado; mês a mês, por corte da LTS. Sendo contabilizadas licenças registradas até 15º dia do mês subsequente. Neste corte, não estão incluídos dias anteriores e posteriores do laudo de afastamento. Iguala-se a contagem do fechamento anual pela soma dos dias perdidos por afastamento mensal. Porém, o total de registros mensais de servidores não confere igualdade à soma do fechamento de registros ano dos

¹⁵ LTS– Licenças para tratamento de saúde – Laudo pericial registrados no Sistema GHURU.

¹⁶ Oriundos, da LTS do servidor.

mesmos. Por o servidor gerar afastamento com abrangência maior a existência mês. Redunda que o fechamento do dado bruto anual se faz diferente no número de servidores mês. Por isto não há igualdade do fechamento anual com o mensal em relação ao total de servidores. A LTS, na soma do total de dias perdidos compreende os períodos pesquisados mês a mês e constitui a base metodológica estatística por Elos de Relativos, anual e mensal. Estes estão para se verificar a progressão dos casos de ausência de saúde que motivam o afastamento. Simultaneamente, perceber a interferência do afastamento pelo comportamento da saúde do servidor nas relações do serviço e a na condição de sua própria saúde.

A partir desta organização e sistematização dos dados estatísticos percebe-se e qualifica-se analiticamente a tríade – servidor-trabalho-saúde, origem para indicador à saúde positiva, coadjuvantes na apreciação das condições de trabalho. O monitoramento de dados ocorre para criar as possibilidades de construção da dimensão categórica à formação dos indicadores. Priorizou-se como recurso de controle sistemático mensal o Relatório de Atividades, extraído por material bruto de dias perdidos em cargo/função; local de trabalho e LTS, para observar peculiaridades para o indicador genérico referente ao absenteísmo, por exemplo.

INDICADOR GENÉRICO

O indicador genérico é constituído pelo dado registrado, porém sem monitoramento das ações em si pelos serviços. Logo, resulta do registro de dado funcional informatizado, tal como o do afastamento por LTS. No caso da categoria absenteísmo é considerado o critério dias perdidos, ao tratamento de saúde (LTS), a distribuição e a frequência de patologias por Secretarias. Esta categoria tem como índice a base de cálculo pela fórmula: $\text{Absenteísmo dias perdidos (por LTS)} \times 100 / \text{Quadro Médio em 2007} \times 21 \times 12$. De um quadro equivalente a 31.585 servidores em 2007, ou seja, por 21 dias trabalhados¹⁷ em 12 meses; com 4,91% na PMC.

O tema absenteísmo evidencia a polêmica no contexto nacional sobre a caracterização da ausência no serviço, pelo debate dos metalúrgicos por entenderem que existe direito adquirido como garantias, inclusive constitucional. Não corroborando com a concepção de Gaidzinski apud Souza (2006), que

¹⁷ A partir de 2010 a fórmula sofre modificação com alteração de 21 dias para 22 dias trabalhados, RHO.

desenvolveu estudo para dimensionar o quadro de pessoal aos serviços, classificadas as ausências em previstas e não previstas.

Constituem a primeira classe aquelas permitidas e de direito ao servidor, podendo ser planejadas com antecedência como férias, folgas e feriados. As ausências não previstas são as que efetivamente caracterizam o absenteísmo, pelo seu caráter imprevisível, como faltas abonadas e injustificadas, licenças médicas, acidente de trabalho, licenças maternidade e paternidade, período de nojo, de gala, de cursos de especialização e outras situações que impedirão o servidor ao trabalho. Em quaisquer, das hipóteses, este fenômeno ocasiona não só custos diretos, mas também indiretos representados pela diminuição da produtividade porque haverá menos servidores em ação, com redução da qualidade do serviço uma vez que outro funcionário em atividade executará também o serviço do ausente, ocasionando, certamente, a diminuição da eficiência e eficácia nos resultados esperados. (SOUZA, 2006)

Enfim, o suficiente para provocar uma problemática que interfere na concepção institucional de Estado, quando da ordem pública governamental, elucidação tabela abaixo, e mesmo da não-governamental – da ordem privada,

ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO NA PMC POR LOTAÇÃO EM 2007

SECRETARIA	QUADRO MÉDIO EM 2007	REGISTROS DE LTS	ABSENTEÍSMO	MÉDIA DE DIAS POR REGISTRO DE LTS	ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO
SMS	6072	12478	95606	8	6,25
SMDS	1657	2584	25361	10	6,08
URBS	119	117	1769	15	5,92
SMMA	926	1230	13683	11	5,86
SMOP	871	733	11198	15	5,10
SMEL	250	220	3176	14	5,05
SMAB	476	498	5971	12	4,98
FCC	472	293	5596	19	4,70
SMRH	328	335	3862	12	4,67
SME	15226	27945	171926	6	4,48
SMU	290	258	3146	12	4,30
SERIC	17	11	178	16	4,06
SMAD	473	221	4513	20	3,79
ICS	217	293	1991	7	3,64
CMC	27	28	243	9	3,56
SMF	409	207	3095	15	3,01
PGM	160	89	1199	13	2,97
FAS	2196	1645	15327	9	2,77
IPPUC	457	127	3044	24	2,64
IMAP	155	70	913	13	2,34
SMTE	33	20	193	10	2,32
SGM	488	154	2410	16	1,96
SMCS	75	11	363	33	1,91
IPMC	23	8	90	11	1,56
EGM	41	23	122	5	1,18
CIC	16	3	19	6	0,48
CTUR	33	6	28	5	0,34

GAPE1	40	2	16	8	0,16
PMC	31585	50243	391073	8	4,91

Fonte: GURHU/PMC/RHSO – 2007

Nota: No total da PMC estão incluídos 16.035 dias de servidores que ficaram inativos em 2007.

Tem-se um olhar com reservas à reflexão desta perspectiva, considerado o indicador genérico absenteísmo, essencialmente sua redução e seu respectivo índice, por lotação/Secretarias, Autarquias e Fundações. O que perfaz um índice qualificado em 4,91% no quadro municipal. Veja-se, o caso de absenteísmo nas cinco primeiras linhas representadas: Saúde com 6,25%; Desenvolvimento Social com 6,08%; Companhia de Urbanismo de Curitiba/URBS (órgão indireto) com 5,92%; Meio Ambiente com 5,86% e Obras com 5,10%. Enquanto condição ao tratamento de saúde reconhece-se que os servidores têm incorporado seus direitos trabalhistas assegurado em direito adquirido. Assim, seria indevido reconhecer a ausência no trabalho como absenteísmo, quando se trata em firmar condições à saúde. Subentende-se a necessidade de distinguir a condição da ausência ao trabalho (faltas injustificadas) quando se caracteriza perda para gerenciar atividades e custos relativos à produção do trabalho. Contraditoriamente à produção do trabalho se manifesta o direito adquirido para preservação do servidor em tratar a própria saúde e manter-se apto ao trabalho. Na tabela que segue, os vinte primeiros cargos registrados no Relatório Anual manifestam índices de absenteísmo por cargo, à média de dias por LTS e seu impacto no quadro da PMC.

ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO NA PMC POR CARGO EM 2007

CARGO	% DO QUADRO NA PMC	REGISTROS DE LTS	IA	MÉDIA DE DIAS POR REGISTRO DE LTS	IA	IMPACTO NO IA DA PMC
PROFISSIONAL DO MAGISTERIO	33%	17151	110336	6	1,39	28,23%
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	7%	5855	50185	9	0,63	12,84%
EDUCADOR	10%	8359	37759	5	0,47	9,66%
AGENTE ADMINISTRATIVO	7%	2387	29397	12	0,37	7,52%
GUARDA MUNICIPAL	5%	2599	26760	10	0,34	6,85%
AUXILIAR ADM. OPERACIONAL	4%	2260	26244	12	0,33	6,72%
PROFISSIONAL POLIVALENTE	3%	1278	18028	14	0,23	4,61%
MEDICO	4%	1547	12150	8	0,15	3,11%
COZINHEIRO	1%	734	9365	13	0,12	2,40%
MOTORISTA	1%	357	7186	20	0,09	1,84%
ENFERMEIRO	2%	909	6914	8	0,09	1,77%
AUXILIAR DE CONSULT. DENTARIO	2%	1351	6786	5	0,09	1,74%

AUXILIAR DE SERV.ESCOLARES	2%	922	6559	7	0,08	1,68%
EDUCADOR SOCIAL	2%	911	6238	7	0,08	1,60%
ODONTOLOGO	2%	873	5326	6	0,07	1,36%
FISCAL	1%	259	4100	16	0,05	1,05%
ASSISTENTE SOCIAL	1%	261	2924	11	0,04	0,75%
TECNICO EM HIGIENE DENTAL	1%	501	2614	5	0,03	0,67%
ATENDENTE DE SECRETARIA	0%	154	1666	11	0,02	0,43%
AUDITOR FISCAL DE TRIB.MUN.	0%	66	1358	21	0,02	0,35%
OUTROS CARGOS	22%	1509	19178	13	0,24	4,91%

Fonte: GURHU/PMC/RHSO – 2007

Nota: IA =Índice de Absenteísmo

Para ilustrar outro indicador genérico está à redução de incidência no grupo CID F catalogado por patologia no CID10 pelo afastamento do trabalho para o tratamento, conforme tabela abaixo. Para tratar a condição saúde em relação ao transtorno afetivo, ou seja, a variação de humor, diante do quadro de saúde mental.

ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO NA PMC 2007 POR GRUPO DE CID10 COM 3 CARACTERES

CID	REGISTROS DE LTS	ABSENTEÍSMO	IA	IMPACTO NO IA DA PMC
F32	2547	33945	0,43	8,7%
F31	1242	32146	0,40	8,2%
M54	2696	16388	0,21	4,2%
M75	562	12491	0,16	3,2%
F33	445	10008	0,13	2,6%
M51	242	7559	0,09	1,9%
C50	188	6982	0,09	1,8%
F41	889	6883	0,09	1,8%
H10	1745	6290	0,08	1,6%
F10	205	6235	0,08	1,6%
S93	628	6008	0,08	1,5%
S82	198	5679	0,07	1,5%
I83	305	5257	0,07	1,3%
M23	215	4872	0,06	1,2%
I25	133	4764	0,06	1,2%
M65	403	4529	0,06	1,2%
E66	184	4193	0,05	1,1%
F43	446	4111	0,05	1,1%
S52	140	3717	0,05	1,0%
D25	176	3520	0,04	0,9%

Fonte: GURHU/PMC/RHSO – 2007

Nota: IA =Índice de Absenteísmo

Este material sem monitoramento por Programas indica os transtornos em CID F acionados por perturbações que alteram o humor ou o afeto, conforme a natureza sintomática de cada quadro ocorrido por episódios individuais. Os transtornos que

aparecem com maior frequência são os depressivos, manifestam-se por um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, em primeiro lugar aparece os transtornos em F32. Neste caso se *apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade*, além de alteração da capacidade experimental de prazer, diminuição da capacidade de concentração, perda de interesse e fadiga, aludidos genericamente no conceito. O transtorno bipolar (F31) se define por dois ou mais episódios do humor em que a atividade da pessoa é perturbada e o distúrbio ocorre por elevação de humor, aumento de energia e atividade, conforme sua particularidade. E o depressivo recorrente (F33) consiste em ocorrências repetidas vezes dos episódios, igual os episódios depressivos em três graus mencionados acima. Frequentemente ligados a fatores estressantes. Observa-se que há necessidade de intervenção constante dada a permanência de afastamentos para tratamento de saúde com ênfase a transtornos mentais e de comportamento na frequência de CID F, independente da distribuição específica em CID10 se F31, F32 e F33. Demonstra-se nesta categoria, equivalência a 33.945 dias de afastamento para tratamento de saúde por episódios depressivos (F32) de 1.319 servidores, com média de dias por servidor afastado de 26 dias. Por transtorno afetivo bipolar (F31) um total 32.146 afastamentos para 397 servidores em absenteísmo, em média 81 dias de afastamento por servidor. E, por transtornos depressivos recorrentes (F33), conforme Relatório Anual de 2007 com 10.008 dias perdidos por afastamento de 200 servidores correspondente à média de 50 dias de afastamento por servidor. Também como indicador genérico a tabela abaixo demonstra a frequência de lesões em acidentes de trabalho.

FREQÜÊNCIA DAS LESÕES NOS ACIDENTES DE TRABALHO NA PMC EM 2007

LESÃO	TÍPICO	TRAJETO	TOTAL
CONTUSAO	595	282	877
ENTORSE	184	117	301
ESCORIAÇÃO	86	83	169
FERIMENTO PERFURANTE	133	5	138
FRATURA	60	51	111
FERIMENTO CORTANTE	75	22	97
DISTENSÃO MUSCULAR	70	16	86
NÃO HOUE	40	15	55
OUTROS	29	2	31
QUEIMADURA DE SEGUNDO GRAU	8	4	12
QUEIMADURA DE PRIMEIRO GRAU	9	0	9

LUXACAO TRAUMATICA	6	1	7
DOENCA PROFISSIONAL POR AGENTE BIOLOGICO	4	0	4
CORPO ESTRANHO	2	1	3
DOENCA PROFISSIONAL POR AGENTE QUIMICO	3	0	3
ESMAGAMENTO	3	0	3
ROTURA DE LIGAMENTO TENDAO	2	1	3
TRAUMATISMO INTERNO	1	2	3
ATAQUE ANIMAL PECONHENTO	2	0	2
DOENCA PROFISSIONAL POR AGENTE FISICO	2	0	2

Fonte: GURHU/RHSO/PMC – 29/02/2008

Lesões como contusão, entorse e ferimento perfurante sobressaem em acidentes típicos; igualmente contusão e entorse na relação aos de trajeto. Um indicador genérico requer rigor no cuidado em registros de acidente de trabalho.

DISCUSSÃO

Qualificar a tríade – servidor-trabalho-saúde, origem para indicador à saúde positiva, coadjuvantes na apreciação das condições de trabalho presume análise das ocorrências da saúde do servidor e das tendências de perturbações da saúde e as do trabalho no âmbito institucional. Somente assim, se faz possível identificar assídua evidência e reconhecer que tipo de indicador torna-se necessário para medir epidemiologicamente a saúde ocupacional na gestão pública. Cabe ressaltar que indicador para medir a epidemiologia de saúde ocupacional esta implicado na condição real do servidor em dada condição de trabalho institucional, haja vista o quadro de pessoal. As informações apresentadas pelo Relatório Anual tornaram possível perceber essa afirmação e igualmente reconhecer a formulação de indicador. Este implicado na posição metodológica que considera a saúde um estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de enfermidade, mas sim de cuidados para evitar o desencadeamento da não saúde. Em que se destaca a observação ao indicador tanto genérico quanto específico que mensuram índices voltados para a categoria ausência no trabalho pelo estado de doença, a partir do Relatório Anual. Entretanto, ao indicador genérico cabe ressaltar que seus índices evidenciam o fator doença em si e são caracterizados pela vertente médica pericial ao afastamento em LTS. Significa perceber a promoção da saúde voltada a um quadro de recuperação.

Diferentemente ao indicador específico que mensura seus índices por afastamento em LTS, porém com o cuidado da saúde enquanto tratamento da deficiência, por exemplo, a auditiva e a vocal. Tratamento em perda de audição por transtorno de condução e/ou neuro-sensorial em CID H90 que atingiu índice zero. Captou-se indicação de 18 dias perdidos ao período de dezembro de 2006 a dezembro de 2007. Há controle do acompanhamento sistemático da patologia e é fundamentada em Lei para garantir condições de segurança do trabalho. Quadro estável, cujo rigor de cuidado tem trazido saldos positivos, e deprecia o absenteísmo doença em sua condição de afastamento, evidenciando sim o tratar a saúde. Este indicador denota a promoção pela prevenção e pela reabilitação. O caso da incidência de distúrbio de voz – Saúde Vocal/PSV, igualmente, cujas informações voz em CID R49 aparecem em acompanhamento sistemático computado pelo mesmo critério de frequência de dias perdidos ao tratar a saúde. Equivale a 899 dias perdidos no CID R49 para 306 servidores com distúrbio de voz que requer cuidados de saúde. Aproximadamente três dias em média, por servidor afastado. A promoção à saúde implica em indicador específico que evidencia o fator de risco, ou ainda o marcador de risco pela vertente da prevenção e proteção. Entre outros programas podem-se visualizar cuidados para evitar desencadeamento de não saúde.

Ao se definir conceito e operacionalizar indicadores da unidade saúde-trabalho-doença em sua complexidade quanto ao teor saúde positiva, se demanda aprofundamento em relação aos propósitos da promoção, prevenção, reabilitação e recuperação em saúde. Em que se pode aludir o exemplo dos programas acima supra mencionado como experiência positiva para a demanda de saúde. Se o pressuposto de saúde está pautada em qualidade de vida resta identificar se os comportamentos e atitudes dos trabalhadores resultam em desenvolvimento humano saudável. Demonstrados por estudos nacionais e internacionais com Índices de Desenvolvimento Humano/IDH pelos fatores - longevidade, educação e renda, como prerrogativa de qualidade de vida e desenvolvimento social. Cabe elucidar que o RHSO, através de seus serviços oferece condições para propagar ações voltadas para a promoção, prevenção, reabilitação, recuperação e qualidade de vida manifestada pelos programas de: Saúde Mental; Reabilitação Ocupacional; Pausa para Qualidade; Ergonomia (LER/DORT); Saúde Vocal/PSV; Conservação Auditiva/PCA; Programa Amanhecer e Programa Ambiente de Trabalho Livre de Cigarro. Hoje, novos projetos e programas ganham envergadura como Avaliação de

Estresse, Sistema para Detecção do Uso Abusivo de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento/SUPERA-ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) um questionário de triagem breve para detectar pessoas que usam substâncias psicoativas¹⁸. Além de nova formatação de atividade com o Grupo de Apoio à Cessação do Hábito de Fumar, a partir de 2010. Entende-se que estes processos de trabalho contribuem para melhorar a qualidade de vida ao indivíduo ou comunidade, a fim de se qualificar a saúde. E, significa ainda que promover saúde:

se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intersetorial e, intra-setorialmente, pelas ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais etc. (BACKES et al (2009)

Considerado o campo disciplinar da Epidemiologia destaca-se que o conceito "fator de risco" subsidia tecnologias de controle de doenças que permitem operacionalizar a prevenção primária. E, ainda segundo o autor ALMEIDA FILHO (2010) a noção de "marcador de risco", articula-se à vigilância de grupos de risco e à identificação precoce de casos nas ações de prevenção secundária. O autor incorpora a este glossário os conceitos suplementares de "sensor de risco" e de "monitor de risco", referidos a indicadores estruturais de risco (de processos, produtos e ambientes) como propiciadores da possibilidade de ocorrência de doenças ou agravos à saúde, abre então espaço para outro estudo no Núcleo.

Assim, cabe ressaltar que embora a saúde ocupacional pelo RHSO procure perceber a promoção da saúde como uma condição fundamental para amparar o servidor em seu quadro de bem-estar físico, mental principalmente e social está aquém frente à saúde positiva em seu propósito de integralidade. Uma vez que os demais programas, projetos e processos de trabalho, ainda requerem ampliação de posturas metodológicas seja pelo emprego da tecnologia (forma) e na concepção de saúde adotada (conteúdo). Mesmo assim, verifica-se afirmativamente a hipótese do presente estudo, cuja formulação de indicadores está implicada na posição metodológica que considera a saúde um estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de enfermidade, mas sim de cuidados para

¹⁸ Programa desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por um grupo internacional de pesquisadores, que através da UFPR pela Dr^a. Roseli estabelece Convênio com a SMRH/RHSO iniciado em 2007.

evitar o desencadeamento da não saúde. Aponta-se para possíveis indicadores os de bem-estar físico; bem-estar psíquico e bem-estar social, em resposta à formulação do problema sobre a epidemiologia da saúde no trabalho, como indícios à saúde positiva. E implica por sua vez num agir conjugado entre setores e prática para além das multidisciplinares. Cabe apreciar que além da atenção à integralidade da saúde pelos Programas, Projetos e Processos de Trabalho acima mencionados na esfera ocupacional para exercer influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo, também pelo Programa Segurança do Trabalho se manifesta a vertente coletiva. Esta na relação da vigilância da saúde ocupacional pelos processos tidos como necessários para alcançar modificações a respeito da saúde.

Como menciona Sícoli & Nascimento (2003) “as ações multi-estratégicas pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas”, o que inclui o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, aspectos legislativos, educacionais e fundamentalmente de desempenho do âmbito da comunicação. Portanto, a promoção da saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando sociedades mais ou menos saudáveis, conforme preconiza a Carta de Ottawa. Resulta em recursos indispensáveis à saúde: paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, com toda a complexidade implicada nesses conceitos confirmada pela Carta. Deste modo, destacar-se a importância do recurso interdisciplinar como condição para abordar a formação de indicador específico, no cenário de complexidade, relacionada à prevenção e reabilitação ocupacional. No caso da SMRH/RHSO o alinhamento pode ocorrer por serviços de modo interdisciplinar, a fim de avançar nos propósitos de saúde ocupacional e ao quadro de indicadores genéricos ao observatório de saúde positiva. E por sua amplitude favorecer o agir interdisciplinar e institucional com diferentes áreas no RHSO para dimensionar análise consistente e abrangente na gestão institucional.

Nota-se que historicamente o conceito de saúde toma novo valor deixando a essencialidade da saúde como oposição à doença. Agrega os fatores que direta ou indiretamente influem sobre a existência humana e que tendem a desqualificar a

condição vital, saúde como fonte de riqueza cotidiana, vida com qualidade e não cura de doença.

Ao avanço e aprofundamento do debate conceitual no campo de práticas da promoção da saúde, se faz necessário projeto conseqüente de transformação da situação de saúde das populações. Explicitamente, registra-se a concepção paradigmática, para o valor da saúde positiva. Este projeto requer conceitos destacados pela diversidade de sua extração teórica e métodos caracterizados pela pluralidade das técnicas de investigação e análise. Propicia uma compreensão totalizadora dos sistemas históricos e de formulação de práticas discursivas e operativas (incluindo a Vigilância Sanitária) capazes de interferir no espaço social da saúde coletiva.

CONCLUSÃO

Conclui-se – que o tipo de indicador necessário para medir a gestão pública em saúde ocupacional no RHSO está relacionado com a saúde e qualidade de vida, imbricadas entre si. Por sua vez imprime promoção das condições de vida. O Departamento de Saúde Ocupacional, enquanto gerenciador das ações aos e pelos agentes públicos da PMC prescinde de um medidor dos seus resultados. Haja vista a diversidade de determinantes que impactam a vida cotidiana do brasileiro e que repercute na esfera do seu trabalho. O Núcleo contribui para decodificar a realidade e auxiliar na condução das reflexões e caminhos postos aos enfrentamentos sócio-políticos e culturais de vida saudável no âmbito institucional e fora dele.

Nos processos gerenciais é fundamental reconhecer o ponto inicial e o de chegada. Na Norma Brasileira regida pela ISO 9001, na qual o Núcleo se insere, o Sistema de Gestão de Qualidade pelos indicadores determina formas de contribuir para melhoria de qualidade. Daí a importância do relevo forma, não apenas Normas de como constituir os trabalhos. Mas, inclusive conteúdo, ou seja, o que assegurar aos clientes (servidores). O significado de indicador pelo Ministério da Saúde (2008), igualmente traduz parâmetro que mede a diferença entre a situação desejada e a atual. Um instrumento de medição, cujos resultados são utilizados em reuniões de análise crítica e permite quantificar um processo em andamento. Seus respectivos índices expressam o grau de aceitação de uma característica (em porcentagem). Em um dado momento a macroeconomia se sobressaía para evidenciar o uso de

indicadores, tendo em vista sua abrangência econômica política, hoje sua ênfase está dada às instituições, inclusive ao sistema durável de convenções e regras sociais que estruturam as interações e por sua vez exprimem interesse e gerencia custos¹⁹. A mudança institucional em seu escopo de ação passa pela tomada de decisão e valores sócio-culturais os quais requerem subsídios que fortaleçam tais bases às ações. Assim, a determinação de indicadores: meta do setor e percentual aceitável, considerando-se os aspectos como o histórico do processo; a periodicidade e forma da apresentação, bem como do processo de coleta de dados, por exemplo, fundamentam a diretriz do gerenciamento da base institucional. Um sistema de indicadores servirá para a melhoria contínua da organização quando alinhado à estratégia organizacional. Há que se considerar este prepositivo quanto sua forma na constituição de indicadores, e sua constituição em si, essencialmente o seu conteúdo. Ou seja, definir o conceito e operacionalizar indicadores da unidade saúde-trabalho-doença, diante o teor saúde positiva em sua complexidade.

E, ainda como queira Almeida Filho (2010) será fundamental uma postura crítica capaz de explicitar implicações e determinações políticas e econômicas, cuja contradição foi analisada com amplitude e profundidade por CASTIEL, citado pelo autor acima, da produção do conhecimento científico e das transformações históricas dos processos relativos à vida, à saúde, ao sofrimento e à morte nas sociedades humanas. Desta forma entende-se que se pode aludir indicadores estatísticos de qualidade de vida ao desenvolvimento humano e situar elementos para o conceito de saúde positiva, tais como: expectativa de vida; índices de mortalidade e morbidade; níveis de escolaridade e alfabetização; renda per capita; nível de desemprego, desnutrição e obesidade, hábitos pessoais e estilo de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de **O Conceito de Saúde e a Vigilância Sanitária**: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. Disponível em: www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/.../conceito.pdf - Acesso em: abr de 2010.

BACKES, Marli Terezinha Stein Et al. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico**. Rev. enferm. UERJ, Rio de

¹⁹ Anotações de aula Pós-Graduação Gestão Governamental, profº. Rodrigo Kremer,(Doutorando, Economia Política), ISULPAR, mai, 2010.

Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf. Acesso em: abr de 2010.

BUSS, Paulo M. **O Conceito de Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais**. Disponível em: <http://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promoca...-78k> - Acesso em: mai de 2010

CAEDRHS-ASSOCIAÇÃO DE ENSINO. Normas Técnicas: Elaboração e apresentação de trabalho acadêmico-científico. Instituto Superior do Litoral do Paraná, Paranaguá, 2009.

CARDIM, Marisa de Souza; ALVES DE AZEVEDO, Belarmino; MORGADO, Anastácio Ferreira. **O que a epidemiologia pode ainda fazer de relevante?** Cad. Saúde Pública vol.7 n.1 Rio de Janeiro, Jan./Mar, 1991. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102...script=sci... -Acesso em: mar de 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed., São Paulo: Atlas,1999. 206 p.

MACHADO, Battaglin Paulo Henrique. Epidemiologia: bases e limites. Texto de Apoio em Epidemiologia Ocupacional. IBPEX, Curitiba. s/d.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org) Et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade, 1994, 80 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde do trabalhador. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=928 Acesso em: abr de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Procedimentos para determinação e elaboração de indicadores, 01/10/2008, Versão: 9.0 Disponível em: sgq.datasus.gov.br/SGQ/.../NRG-GGQS-SGQ-005-Indicadores.pdf - Acesso em: mar de 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal de Recursos Humanos. Departamento de Saúde Ocupacional. Plano de Atenção Integral a Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Servidor, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal de Recursos Humanos. Departamento de Saúde Ocupacional. Medicina Ocupacional. Núcleo Epidemiológico. Plano Anual Núcleo Epidemiológico, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal de Recursos Humanos. Departamento de Saúde Ocupacional. Medicina Ocupacional. Núcleo Epidemiológico. Relatório de Atividade Mensal Epidemiológico RAME, out, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal de Recursos Humanos. Departamento de Saúde Ocupacional. Medicina Ocupacional. Núcleo Epidemiológico. Relatório Anual Epidemiológico RATE mar, 2008.

ROUQUAYROL. Epidemiologia Ocupacional (1990). In: MACHADO, Paulo Henrique Battaglin. **Epidemiologia: bases e limites**. Curitiba, s/d.

SÍCOLI, J.L., NASCIMENTO, P. R. **Promoção de saúde**: concepções, princípios e operacionalização, Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v.7, n.12, p.91-112, 2003. p. 109 Disponível em: www.interface.org.br/revista12/artigo3.pdf . Acesso em: mar de 2010.

SOUZA, Luís Fernando Quinteiro. **Absenteísmo no serviço público**. Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1243, 26 nov. 2006.

VÍCTORA, Ceres Gomes, KNAUTH, Daniela Ríva, AGRA HASSEN, Maria de Nazareth. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: Uma introdução ao tema. Porto Algre : Tomo Editorial, 2000. 136 p.

WIKIPÉDIA. **Epidemiologia**. Disponível em: wikipedia.org/wiki/ Acesso em: 09/03/2010.