

“P” DE PESSOAS EM FOCO: INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS E QVT

L. D. Santana¹; M. S. Gosling²;

¹Mestre em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Administradora do SAST-UFMG. E-mail: liliandominguez@sast.ufmg.br; ² Pós-Doutora em Gestão de Turismo pela Universidade do Algarve, Doutora em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora Associada de Marketing na UFMG. E-mail: marlusa@ufmg.br

Artigo submetido em Setembro/2017 e aceito em Dezembro/2017

RESUMO

Esse artigo visa demonstrar a utilidade dos dados relacionados a afastamentos para o direcionamento de ações mais efetivas em relação à promoção da saúde e políticas de QVT nos órgãos públicos. Para tanto, buscou-se identificar as causas de afastamento, segundo a CID, além de verificar os cargos de maior risco ou maior incidência de afastamentos por CID. A pesquisa é quantitativa, a partir de dados secundários constantes em relatórios de dados extraídos das Fichas de Registro dos atendimentos a servidores da UFMG,

realizados entre abril a junho de 2014, no Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador. Os resultados demonstraram que o número de dias de afastamento é crítico e os profissionais de enfermagem foram os que mais se afastaram no período e por fatores que influenciam a saúde e o contato com serviços de saúde. Tais informações podem servir como base para o desenvolvimento de ações de QVT direcionadas.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas. Qualidade de Vida no Trabalho. Afastamento. Atenção à Saúde do Trabalhador.

"P" OF PEOPLE IN FOCUS: EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS AND QLW

ABSTRACT

This article aims to demonstrate the usefulness of data related to absence to direct more effective actions in relation to health promotion and QLW policies in public agencies. In order to do so, it was sought to identify the causes of withdrawal, according to the ICD, as well as to verify the positions of higher risk or higher incidence of departures by ICD. The research is quantitative, based on constant secondary data in data extracted from the Registry Forms of attendance and

servers of UFMG, held between April and June 2014, in the Department of Attention to Workers' Health. The results showed that the number of days of leave is critical and the nursing professionals were the ones that moved further in the period and by factors that influence health and contact with health services. Such information can serve as a basis for the development of targeted QLW actions.

KEYWORDS: People. Quality of life at work. Withdrawal. Attention to the Worker's Health.

INTRODUÇÃO

Assim como ocorre no marketing de bens físicos, o marketing de serviços também pode ser analisado sob a ótica do composto do marketing tradicional - denominado Marketing Mix ou '4Ps' (Produto, Preço, Praça e Promoção), porém, para abranger as características inerentes aos serviços é necessária a expansão ou adição de outros '3Ps': Processo, Ambiente Físico (do inglês, *Physical Environment*) e Pessoas. A partir da constatação de que "por trás da maioria das organizações de serviços bem-sucedidas está o sério compromisso com a gestão eficaz de Recursos Humanos (RH)" (LOVELOCK; WIRTZ; HEMZO, 2011, p. 340), o 'P' de Pessoas ganha destaque especial no composto de marketing de serviços; isso porque, o pessoal de serviços possui importância crucial como fonte de fidelidade de clientes e de vantagem competitiva.

Como enfatizado por Fernandes (1996), o principal fator de competitividade empresarial é o elemento humano. Esse também é o principal fator de preocupação dos estudos e análises relacionadas à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) que para Ferreira (2012) relaciona-se à investigação do contexto de trabalho tendo por objetivo averiguar os aspectos que podem ser geradores de bem-estar e de mal-estar.

Antloga (2013) ressalta que não há um consenso quanto à definição de QVT, sendo possível, contudo, destacar duas perspectivas sobre o tema: uma perspectiva assistencial, que compreende a QVT como um estímulo à produtividade dos trabalhadores, e uma perspectiva preventiva, que entende que o trabalho não pode ser um local apenas de produção de mais-valia, sendo, no contexto da QVT, necessária a realização de um diagnóstico com a efetiva participação dos trabalhadores, elaboração de política e programa de QVT.

As ações de QVT partem de indicadores de QVT que devem ser empíricos, ou seja, devem ser mensurados de maneira verificável, conforme Antloga (2013). A autora sinaliza ainda para os indicadores epidemiológicos, como número de adoecimentos e afastamentos categorizados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), que consistem em critérios para a avaliação do impacto de ações preventivas em Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

A QVT tem ganhado amplo espaço de atenção também no setor público, o que pode ser comprovado com a publicação da Portaria Normativa nº 3 de 25 de março de 2013 que apresenta diretrizes gerais de promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho, no entanto, ficam questões: por onde começar? A partir de quais indicadores, é possível ter um direcionamento para efetivas ações de QVT?

Tendo por foco o “P” de Pessoas do marketing de serviços, o presente artigo visa explicar de forma simplificada e a partir de dados secundários coletados no Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador (DAST) da Universidade Federal de Minas Gerais, a importância dos indicadores epidemiológicos como sinalizadores de possíveis ações preventivas em QVT para resultados mais efetivos/direcionados em relação à promoção da saúde nos órgãos públicos.

Trata-se de um exemplo aplicado do uso de indicadores para identificar áreas críticas e público alvo para ações mais efetivas de QVT, para tanto, buscou-se identificar as principais causas de afastamento, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), verificar os cargos de maior risco ou maior incidência de afastamentos por CID e a relação com a faixa etária e gênero.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Marketing utiliza-se do marketing mix, ou composto de marketing para executar suas ações. O Marketing Mix é definido por Kotler (2000) como um conjunto de ferramentas que auxiliam na busca pela realização dos objetivos do marketing. O autor informa que essas ferramentas são classificadas em quatro importantes grupos que formam os 4P's: produto, preço, praça e promoção. Um produto pode ser compreendido como uma solução para uma necessidade, assim, serviços também são produtos, entretanto, diferentemente dos bens físicos, serviços são “atos e desempenhos experimentados, e não possuídos” (LOVELOCK; WIRTZ; HEMZO, 2011, p. 103), ou seja, não envolve posse e, mesmo quando na utilização de um serviço o consumidor possa tornar-se proprietário de um elemento físico, como no caso de uma refeição, parte significativa do preço refere-se aos elementos intangíveis de serviços que o acompanham.

Assim como ocorre no marketing de bens físicos, o marketing de serviços também pode ser analisado sob a ótica do composto do marketing tradicional - denominado Marketing Mix ou ‘4Ps’ (Produto, Preço, Praça e Promoção), porém, para abranger as características inerentes aos serviços, é necessária a expansão ou adição de outros ‘3Ps’: Processo, Ambiente Físico e Pessoas.

Entretanto, a partir da constatação de que “por trás da maioria das organizações de serviços bem-sucedidas está o sério compromisso com a gestão eficaz de Recursos Humanos (RH)” (LOVELOCK; WIRTZ; HEMZO, 2011, p. 340), o ‘P’ de Pessoas ganha destaque especial no composto de marketing de serviços; isso porque, o pessoal de serviços possui

importância crucial como fonte de fidelidade de clientes e de vantagem competitiva. Sendo o trabalho de linha de frente difícil e estressante, em função dos possíveis conflitos é possível identificar ciclos de fracasso, mediocridade ou excelência a partir do modo como as empresas preparam os funcionários da linha de frente. O ciclo de fracasso envolve baixos salários e alta rotatividade de funcionários resultando em alto nível de insatisfação; o ciclo da mediocridade oferece segurança no emprego, mas não há incentivos para o bom atendimento, já o ciclo de sucesso envolvem funcionários satisfeitos e produtivos com investimentos em recrutamento, desenvolvimento e motivação desses funcionários e funciona a partir da contratação de pessoas certas (através da realização de várias entrevistas, observação do comportamento, testes de personalidade), constante treinamento, motivação e uma equipe de liderança que ofereça apoio.

A preocupação com o público interno provém da Teoria das Relações Humanas que origina-se dos trabalhos de Mayo (1933) e seus experimentos em Hawthorne. Mayo (1933) implantou um programa de entrevistas que permitiu conhecer as atitudes e sentimentos dos funcionários, ouvir suas opiniões quanto ao trabalho e tratamento que recebiam, bem como ouvir sugestões a respeito do treinamento dos supervisores. As Teorias X e Y de McGregor (1972) também têm destaque na Teoria das Relações Humanas, sobretudo a Teoria Y, formada a partir da acumulação de conhecimentos relativos ao comportamento humano; suas pressuposições são as seguintes: o ser humano não sente aversão ao trabalho, o trabalho pode ser fonte de satisfação; o próprio homem pode exercer autocontrole e se orientar; a mais significativa das recompensas é a satisfação das necessidades do ego e de autorrealização; e, a recusa de responsabilidades, a ausência de ambição e a ênfase na segurança não são características inerentes à natureza humana. O princípio central da Teoria Y é a integração: a criação de condições que melhor permitam aos membros da organização realizar as próprias finalidades mediante a orientação dos seus esforços para o êxito da empresa.

Sob o prisma da Lógica Dominante do Serviço - proposta por Lusch e Vargo (2014) -, a visão de bens e serviços como algo distinto é extrapolada para a concepção de tudo como troca de serviço. Destacando que o processo de troca acontece também entre a empresa e o funcionário, que servem-se mutuamente – trocam serviços; então, o “P” de Pessoas pode ganhar ainda mais visibilidade, uma vez que, nessa lógica, os seres humanos servem uns aos outros através da troca, com um único objetivo: o bem estar mútuo.

Nesse contexto, surge a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), por se constituir em “área científica do conhecimento interessada em investigar as características do contexto de trabalho que podem ser fontes geradoras de bem-estar e mal-estar” (FERREIRA, 2012, p. 16).

Para Maggi e Rulli (2013, p. 118), a QVT é "estritamente ligada para as condições de bem-estar físico, mental e social, para o pleno desenvolvimento da pessoa humana".

Mesmo sem fazer uma análise retrospectiva, é possível verificar a evolução do conceito de QVT, a partir da comparação da afirmação acima de Ferreira (2012) e do conceito apresentado por Fernandes (1996, p.43), 16 anos antes, no qual, a partir de uma visão mais restrita, Qualidade de Vida no Trabalho:

[...] refere-se a esforços no sentido de melhorar ou humanizar a situação de trabalho, orientados por soluções mais adequadas que visem à reformulação do desenho de cargos, tornando-os mais produtivos em termos de empresa e mais satisfatórios para os executores.

O bem-estar citado por Ferreira (2012) é motivação; Lovelock; Wirtz e Hemzo (2011) também tratam da importância da motivação dos colaboradores, entretanto, o que os autores não enfatizam é a tão necessária atenção à saúde desse trabalhador. Pode-se, inclusive afirmar que esta já era uma variável importantíssima desde a teoria de motivação Maslow (1970), que é uma das principais – se não a principal –, sobre a motivação. Motivação refere-se a estímulos a partir de necessidades internas ou externas e que podem ocorrer a nível fisiológico ou psicológico que engajam um indivíduo em direção a um objetivo. Maslow (1970) considera o conceito de motivação organizado em prioridades e hierarquia (necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades de pertencimento e amor, necessidades de estima, necessidades de autorrealização), sendo que esta hierarquização obedeceria a um escalonamento de níveis no qual se passaria de um nível a outro conforme o nível anterior fosse satisfeito. A saúde do trabalhador, portanto, entra no nível básico e prioritário de atenção antes das demais variáveis.

A QVT tem ganhado amplo espaço de atenção inclusive no que tange aos Órgãos Públicos Federais, o que pode ser constatado pela instituição de Portaria com fins de orientar e incentivar à promoção de qualidade de vida no trabalho – a Portaria Normativa nº 3 de 25 de março de 2013, criada pela Secretaria de Gestão Pública (SEGEP) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) com diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal como referência nas ações de promoção da saúde nos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC). Trata-se de uma ação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), criada juntamente com o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS (BRASIL, 2013).

Como ressaltado por Ferreira (2012), a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) pode ser concebida a partir de duas abordagens: a assistencialista ou a preventiva. Enquanto o viés

assistencialista é caracterizado por um cardápio de variadas atividades – como dança de salão, reeducação alimentar, vigilantes do peso, administração das finanças pessoais, massagens terapêuticas - com foco em aumentar a resistência física e mental do trabalhador; o viés preventivo como o próprio nome diz, tem o foco na prevenção do mal-estar a partir do diagnóstico e monitoramento das variáveis que constituem a concepção da qualidade de vida no trabalho: condições do trabalho, organização do trabalho, relações socioprofissionais de trabalho, reconhecimento e crescimento profissional e elo trabalho-vida social. Enquanto a visão assistencialista engloba medidas compensatórias dos desgastes vivenciados pelos trabalhadores e paliativas, não atuando nas causas do mal-estar no trabalho; a visão preventiva deseja antecipar-se à elas.

De forma geral, os indicadores críticos das consequências do mal-estar sobre os trabalhadores envolvem: o absenteísmo crônico, desmotivação dos trabalhadores, baixa produtividade, falta de iniciativa, indisposição, acidentes, doenças do trabalho, licenças saúde, aposentadorias precoces, rotatividade, suicídios. Para a produção, as consequências incluem erros, retrabalho, perda de material, danificação de máquinas, queda de produtividade, perda de qualidade. Os usuários ou clientes também são afetados, considerando-se as queixas, reclamações, insatisfações, ações judiciais, fidelização em risco e a cidadania. (FERREIRA, 2012)

Especificamente em relação aos servidores públicos federais, Ferreira (2012) ressalta que os dois principais problemas de saúde envolvem transtornos mentais e comportamentais e casos de doença do sistema osteomuscular. Em relação aos tipos de atividades QVT praticadas por órgãos federais, encontram-se atividades fisio-corporais, eventos coletivos e suporte psicossocial (FERREIRA, 2009). Tratam-se, como Ferreira (2012, p. 96) coloca, de “práticas que visam demonstrar ao trabalhador o quanto a empresa se preocupa com o seu bem-estar no intuito de obter, como contrapartida, um envolvimento mais intenso com o trabalho”.

Conforme Antloga (2013), indicadores epidemiológicos, como número de adoecimentos e afastamentos categorizados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), constituem-se em critérios para a avaliação do impacto de ações preventivas em Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). A autora ressalta que indicadores epidemiológicos também podem surgir de observações e dados qualitativos, no entanto, "a importância dos dados quantitativos é inquestionável, principalmente quando se trata de adoecimentos e afastamentos por motivos de saúde" (ANTLOGA, 2013, p. 234).

Assim como descrito na Portaria Normativa nº 3 (BRASIL, 2013), a base para toda iniciativa de promoção à saúde do servidor deve ser os dados epidemiológicos, bem como as

avaliações das condições do ambiente, de segurança e dos processos de trabalho, de modo a gerar informações suficientes para as ações voltadas à educação em saúde, à prevenção de riscos, agravos e danos à saúde do servidor, estímulos de proteção à saúde e controle de doenças.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Para explorar os objetivos da pesquisa, foi adotada abordagem quantitativa a partir de dados secundários constantes em relatórios de dados extraídos das Fichas de Registro dos atendimentos ocorridos no período de Abril a Junho de 2014, realizados no Departamento de Atenção à Saúde o Trabalhador (DAST) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Unidade Centro, localizada em Belo Horizonte.

O DAST UFMG realiza atividades de assistência à saúde, promoção da saúde e saúde ocupacional, vigilância e segurança do trabalho e perícia médica oficial dos servidores públicos federais, da UFMG e, por ser também Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), o DAST também realiza atendimentos a servidores de outros Órgãos Públicos Federais, bem como atende alunos, trabalhadores terceirizados e visitantes.

Todos esses atendimentos são registrados na Ficha de Registro de Atendimento (FRA), por meio da qual, é possível obter dados sociodemográficos e informações específicas da consulta e perícia. As perícias médicas são realizadas por diversas razões, entre as quais está a perícia para concessão de licença por motivo de saúde do próprio servidor, a partir da constatação de incapacidade laborativa parcial ou total, temporária ou permanente.

Conforme Relatório Anual de Atividades (DAST, 2014), em 2014 foram realizados no DAST (unidade Pampulha e Centro) 8.864 atendimentos a 2.989 servidores ativos do quadro da UFMG, dos quais, a 2.134 foram concedidos afastamentos.

Os dados considerados para análise no presente estudo, no entanto, correspondem às perícias, com concessão de afastamento, realizadas nos servidores UFMG atendidos pela Unidade Centro do DAST, no período de abril de 2014 a junho de 2014. O tamanho efetivo da população foi de 873 registros. Os dados foram analisados utilizando o software Action de estatística. A análise dos dados foi feita a partir de estatística descritiva considerando a distribuição de frequência relativa, percentual e acumulada, média e desvio padrão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As tabelas 1 e 2 apresentam a distribuição de frequência das características-chave da população quanto a gênero, faixa etária e cargo. Quanto a gênero, a maioria absoluta é do sexo feminino (mais de 80% dos servidores periciados). Em relação à faixa etária, aproximadamente 4% dos registros de atendimentos não incluíam essa informação, entretanto, para não perder as demais informações dos registros, optou-se por sinalizar esta falta de informação pela anotação “não informado”.

Considerando os registros completos, a idade média dos servidores foi de 47 anos. Na Tabela 2 constam as frequências das idades classificadas por grupos faixa etária; aproximadamente 50% da população possuem entre 42 e 53 anos. Em relação ao cargo ocupado, a predominância foi de servidores técnicos em enfermagem. Esta predominância de cargos relacionados à área da saúde deve-se ao perfil do público atendido na Unidade Centro do DAST que fica localizada na área hospitalar. Isso porque, o maior número de servidores lotados nas unidades do centro, corresponde àqueles lotados no Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina e Enfermagem.

Tabela 1: Caracterização da População - Gênero

<i>Gênero</i>	<i>Frequências</i>	<i>Freq. Rel.</i>	<i>Freq. Perc.</i>	<i>Freq. Acum.</i>
Feminino	715	0,819014891	81,90148912	81,90148912
Masculino	158	0,180985109	18,09851088	100
Total	873			

Fonte: Saída do software

Tabela 2: Caracterização da População - Faixa Etária

<i>Faixa Etária</i>	<i>Frequências</i>	<i>Freq. Rel.</i>	<i>Freq. Perc.</i>	<i>Freq. Acum.</i>
18 – 29	15	0,017182131	1,718213058	1,718213058
30 – 41	197	0,225658648	22,56586483	24,28407789
42 – 53	413	0,473081329	47,30813288	71,59221077
54 – 65	202	0,231386025	23,13860252	94,73081329
Acima de 65	10	0,011454754	1,145475372	95,87628866
Não informado	36	0,041237113	4,12371134	100
Total	873			

Fonte: Saída do software

A predominância de afastamentos concedidos a servidoras em faixa etária entre 40 e 60 anos é equivalente à predominância verificada no número de atendimentos a servidores UFMG

realizados durante todo o ano de 2014 (DAST, 2014), em que dos 2.989 servidores atendidos, mais de 66% (1991) foram servidoras e destas, 1231 (62%) estavam em idades entre 40 e 60 anos.

Considerando o objetivo de demonstrar de forma simplificada a importância e utilidade dos dados relacionados a afastamentos para uma visão ampliada em relação à promoção da saúde nos órgãos públicos, esta seção apresenta os principais resultados da análise dos dados e discussões em torno da interpretação desses dados.

A UFMG é um Órgão Público Federal de Ensino Superior sendo, portanto, uma instituição de serviço – considerando o conceito de Lovelock; Wirtz e Hemzo (2011). Assim, possui em seus Recursos Humanos sua representatividade. Quando observado, no entanto, o número de dias de afastamento no período pesquisado que totalizou 7813 dias de afastamento, percebe-se a relevância desse indicador como ponto crítico das consequências do mal-estar (o absenteísmo), conforme colocado por Ferreira (2013) – esse número de dias corresponde a aproximadamente 22 anos de trabalho de um servidor.

A Tabela 3 apresenta o número de dias de afastamento classificados em faixas de dias. A classificação buscou associar aos períodos considerados pela perícia como curto prazo (até 5 dias corridos e 14 dias não consecutivos) e em sequência período inferior a 1 mês, a 2 meses, a 3 meses, a 4 meses e superior a 4 meses. Prevaleram as licenças de curto prazo de até 5 dias.

Tabela 3: Dias de afastamento

<i>Dias de afastamento</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão da Média</i>	<i>Frequência</i>
De 1 a 5	1,9	0,0	620,0
De 6 a 14	9,1	0,2	91,0
De 15 a 29	18,2	0,4	70,0
De 30 a 59	37,2	1,0	62,0
De 60 a 89	61,5	1,0	25,0
De 90 a 119	92,0		1,0
A partir de 120	142,5	22,5	4,0

Fonte: Saída do software

Considerando a Classificação Internacional de Doenças (CID), a prevalência de causas de afastamento foi por: fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (o que é significativo, considerando que o público principal atua nos serviços de saúde), doenças do aparelho respiratório, do sistema osteomuscular e transtornos mentais e

comportamentais – resultado semelhante ao encontrado na pesquisa realizada por Ferreira (2013). Mais de 50% dos casos de afastamento ocorreram em função desses quatro fatores (Tabela 4).

Tabela 4: Afastamentos por CID

<i>CID</i>	<i>Frequências</i>	<i>Freq. Rel.</i>	<i>Freq. Perc.</i>	<i>Freq. Acum.</i>
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	147	0,16838488	16,83848797	16,83848797
Doenças do aparelho respiratório	126	0,1443299	14,43298969	31,27147766
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	119	0,13631157	13,63115693	44,90263459
Transtornos mentais e comportamentais	76	0,08705613	8,705612829	53,60824742
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	59	0,06758305	6,758304696	60,36655212
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra	59	0,06758305	6,758304696	67,12485682
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	47	0,05383734	5,38373425	72,50859107
Doenças do aparelho digestivo	45	0,05154639	5,154639175	77,66323024
Doenças do olho e anexos	45	0,05154639	5,154639175	82,81786942
Doenças do aparelho geniturinário	44	0,05040092	5,040091638	87,85796105
Doenças do sistema nervoso	26	0,02978236	2,978235968	90,83619702
Doenças do aparelho circulatório	25	0,02863688	2,863688431	93,69988545
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	22	0,02520046	2,520045819	96,21993127
Neoplasias [tumores]	12	0,0137457	1,374570447	97,59450172
Gravidez, parto e puerpério	10	0,01145475	1,145475372	98,73997709
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	9	0,01030928	1,030927835	99,77090493
Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	0,00114548	0,114547537	99,88545246
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	0,00114548	0,114547537	100
Total	873			

Fonte: Saída do software

Considerando a frequência de afastamentos por cargo, observa-se que mais de 50% dos casos de afastamento envolveram profissionais de enfermagem (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e enfermeiro). Este, portanto, seria o público mais afetado e, assim, alvo principal de políticas de QVT preventivo (Tabela 5)

Tabela 5: Distribuição de frequência – cargo

<i>Cargo</i>	<i>Frequências</i>	<i>Freq. Rel.</i>	<i>Freq. Perc.</i>	<i>Freq. Acum.</i>
TEC. EM ENFERMAGEM	319	0,36540664	36,54066438	36,54066438
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	96	0,10996564	10,99656357	47,53722795

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	68	0,07789233	7,789232532	55,32646048
ENFERMEIRO	68	0,07789233	7,789232532	63,11569301
MÉDICO	38	0,04352806	4,352806415	67,46849943
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	30	0,03436426	3,436426117	70,90492554
TEC. EM LABORATORIO	26	0,02978236	2,978235968	73,88316151
AUXILIAR DE COZINHA	24	0,02749141	2,749140893	76,63230241
OPERADOR DE MAQ. DE LAVANDERIA	23	0,02634593	2,634593356	79,26689576
ASCENSORISTA	18	0,02061856	2,06185567	81,32875143
AUXILIAR DE LABORATORIO	13	0,01489118	1,489117984	82,81786942
FARMACEUTICO	13	0,01489118	1,489117984	84,3069874
Não informado	11	0,01260023	1,26002291	85,56701031
TEC. EM RADIOLOGIA	11	0,01260023	1,26002291	86,82703322
COPEIRO	10	0,01145475	1,145475372	87,97250859
PROFESSOR	10	0,01145475	1,145475372	89,11798396
BIOLOGO	9	0,01030928	1,030927835	90,1489118
COSTUREIRO	9	0,01030928	1,030927835	91,17983963
PORTEIRO	9	0,01030928	1,030927835	92,21076747
AUXILIAR DE NUTRICAÇÃO	8	0,0091638	0,916380298	93,12714777
NUTRICIONISTA	7	0,00801833	0,801832761	93,92898053
AUXILIAR OPERACIONAL	6	0,00687285	0,687285223	94,61626575
FISIOTERAPEUTA	6	0,00687285	0,687285223	95,30355097
PSICOLOGO	6	0,00687285	0,687285223	95,9908362
AUXILIAR DE ANATOMIA E NECROPSIA	5	0,00572738	0,572737686	96,56357388
TEC. EM NUTRICAÇÃO E DIETÉTICA	5	0,00572738	0,572737686	97,13631157
TELEFONISTA	4	0,0045819	0,458190149	97,59450172
TERAPEUTA OCUPACIONAL	4	0,0045819	0,458190149	98,05269187
ASSISTENTE SOCIAL	3	0,00343643	0,343642612	98,39633448
ADMINISTRADOR	2	0,00229095	0,229095074	98,62542955
BIBLIOTECÁRIO	2	0,00229095	0,229095074	98,85452463
ELETRICISTA	2	0,00229095	0,229095074	99,0836197
MOTORISTA	2	0,00229095	0,229095074	99,31271478
ENGENHEIRO MECÂNICO	1	0,00114548	0,114547537	99,42726231
ODONTOLOGO	1	0,00114548	0,114547537	99,54180985
OPERADOR DE CALDEIRA	1	0,00114548	0,114547537	99,65635739
TEC. EM ANATOMIA E NECROPSIA	1	0,00114548	0,114547537	99,77090493
TEC. EM CONTABILIDADE	1	0,00114548	0,114547537	99,88545246
TEC. EM FARMACIA	1	0,00114548	0,114547537	100
Total	873			

Fonte: Saída do software

Sendo os profissionais de enfermagem aqueles que mais afastaram no período considerado é possível ainda verificar que, analisando esses cargos em separado e cruzando os

dados com as informações de CID (Tabela 6), os quatro principais causadores de afastamento permanecem, alterando-se apenas a ordem entre as doenças respiratórias que perderam o lugar para as doenças do sistema osteomuscular. Tratam-se, portanto, de áreas críticas de atenção.

Tabela 6: Análise Cargo Profissionais de Enfermagem x CID

<i>CID</i>	<i>AUX. DE ENFERM.</i>	<i>ENFERMEIRO</i>	<i>TEC. EM ENFERM.</i>	<i>Total</i>	<i>Freq. Perc.</i>	<i>Freq. Acum.</i>
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	16	12	51	79	16,35611	16,35611
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	19	5	49	73	15,11387	31,46998
Doenças do aparelho respiratório	9	18	39	66	13,66460	45,13458
Transtornos mentais e comportamentais	7	7	27	41	8,488613	53,62319
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7	4	27	38	7,867495	61,49068
Doenças do aparelho geniturinário	8	4	20	32	6,625259	68,11594
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra	4	5	22	31	6,418219	74,53416
Doenças do aparelho digestivo	10	3	12	25	5,175983	79,71014
Doenças do olho e anexos	2	5	16	23	4,761905	84,47205
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	5	2	11	18	3,726708	88,19876
Doenças do sistema nervoso	3	2	12	17	3,519669	91,71843
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	0	12	14	2,898551	94,61698
Doenças do aparelho circulatório	3	0	7	10	2,070393	96,68737
Gravidez, parto e puerpério	0	0	8	8	1,656315	98,34369
Neoplasias [tumores]	1	0	4	5	1,035197	99,37888
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	1	2	3	0,621118	100,00000
Total	96	68	319	483		

Fonte: Saída do software

Considerando ainda esses profissionais e analisando a faixa etária predominante nos casos de afastamento (Tabela 7), permanece a predominância da faixa etária entre 42 e 53 anos e em relação ao gênero (Tabela 8), ao analisar em separado os profissionais de enfermagem, a predominância do sexo feminino acentuou-se (87%).

Tabela 7: Análise Profissionais de Enfermagem x Faixa Etária

<i>Tabela Cruzada</i>	<i>AUXILIAR DE ENFERMAGEM</i>	<i>ENFERMEIRO</i>	<i>TEC. EM ENFERMAGEM</i>	<i>Total</i>	<i>Freq. Perc.</i>	<i>Freq. Acum.</i>
42 - 53	53	27	151	231	47,826087	47,826087
30 - 41	16	26	106	148	30,6418219	78,467909
54 - 65	20	11	52	83	17,184265	95,652174
Não informado	6	0	4	10	2,07039337	97,722567
18 - 29	0	4	4	8	1,6563147	99,378882
Acima de 65	1	0	2	3	0,62111801	100
Total	96	68	319	483		

Fonte: Saída do software

Tabela 8: Análise Profissionais de Enfermagem x Gênero

<i>Tabela Cruzada</i>	<i>AUXILIAR DE ENFERMAGEM</i>	<i>ENFERMEIRO</i>	<i>TEC. EM ENFERMAGEM</i>	<i>Total</i>	<i>Freq. Perc.</i>	<i>Freq. Acum.</i>
Feminino	78	59	287	424	87,78468	87,7846791
Masculino	18	9	32	59	12,21532	100
Total	96	68	319	483		

Fonte: Saída do software

Do exposto destaca-se que, a partir de alguns indicadores epidemiológicos, entre os quais: gênero e faixa etária dos servidores que afastaram, número de dias de afastamento, CID e cargo, é possível sinalizar áreas críticas de atenção e público-alvo para possíveis ações preventivas de Qualidade de Vida no Trabalho.

5 CONCLUSÃO

A pirâmide motivacional de Maslow (1970) inclui a saúde como aspecto primário e, efetivamente, os aspectos relacionados à atenção à saúde do trabalhador não devem ser desconsiderados. Conforme Maggi e Rulli (2013, p. 113), "a promoção do bem-estar dos trabalhadores na administração pública é um objetivo muitas vezes subestimado", no entanto, a Qualidade de Vida no Trabalho inicia-se com a saúde para o trabalho e, como ressaltado por

Ferreira (2013), a QVT não deve atuar hegemonicamente de forma assistencial, mas, utilizar os dados de saúde e de pesquisa para agir de forma preventiva.

Considerando o objetivo de explicar de forma simplificada e a partir dos dados secundários coletados, a importância dos indicadores epidemiológicos como sinalizadores de possíveis ações preventivas em QVT, tem-se que, no caso observado, o número de afastamentos considerando o gênero e faixa etária, nos sinaliza para um público que precisa de atenção. Mais especificamente, considerando os códigos CID recorrentes, é possível a identificação das principais causas de afastamento, e, portanto, as principais áreas críticas.

Semelhantemente, é possível identificar os cargos de maior incidência de afastamento com informação cruzada com o CID, verificar os principais motivos de afastamento para determinado cargo. Do exposto, e, reconhecendo que trata-se de uma pequena parcela de possibilidades de análises de dados para identificação de áreas, público, setores e cargos críticos, tem-se nos indicadores epidemiológicos grande apoio a um direcionamento das ações de QVT, de forma que estas, sejam mais efetivas e eficazes considerando a realidade da instituição. A título de exemplo de ações em QVT relacionadas à saúde do trabalhador, pode-se citar, conforme Farias e Zeitoune (2007, pág 492), a "implementação das medidas preventivas necessárias para evitar o surgimento de agravos e ação efetiva para a cura dos mesmos", isso de forma mais efetiva utilizado-se os indicadores epidemiológicos para a identificação de público/área/setores/cargos críticos.

O estudo apresenta limitações, dentre as quais destaca-se a limitação quanto à população estudada. Como sugestão de pesquisas futuras, propõe-se a ampliação do estudo primeiramente em termos de período analisado e em termos de órgão. O volume de atendimentos realizados pelo próprio DAST, como Unidade SIASS, pode proporcionar uma visão mais ampliada e profunda quanto aos servidores da UFMG e de outros órgãos públicos federais atendidos no DAST, considerando as duas unidades (Centro e Pampulha) e outras unidades SIASS.

Além disso, estudos qualitativos podem ser feitos com o objetivo de verificar a atuação de políticas de QVT em atenção à saúde do servidor; bem como, é possível estudar estas questões em termos de custos. Trata-se de um tema bastante amplo e com várias possibilidades de análises.

REFERÊNCIAS

ANTLOGA, Carla. Indicadores epidemiológicos, comportamentais e perceptivos. *In*: FERREIRA, M. C.; ANTLOGA, C.; PASCHOAL, T.; FERREIRA, R. F. (Orgs). **Qualidade de vida no trabalho**: questões fundamentais e perspectivas de análise e intervenção. Brasília: Paralelo 15, 2013, p. 231-236.

BRASIL. Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria normativa nº 3**, de 25 de março de 2013.

DAST, Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador. **Relatório anual de atividades 2014**. DAST/UFGM, 2014.

FARIAS, Sheila Nascimento Pereira de; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, vol. 11, núm. 3, setembro, 2007, p. 487-493.

FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade de vida no trabalho**. Salvador, Casa da Qualidade, 1996.

FERREIRA, Mário Cesar. **Qualidade de vida no trabalho**: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. 2. ed., Brasília, Paralelo 15, 2012.

_____; L. Alves; N. Tostes. Gestão da qualidade de vida no trabalho (QVT) no serviço público federal: O descompasso entre problemas e práticas gerenciais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, vol. 25, n. 3, 2009, pp. 319-327

KOTLER, Philip. **Administração de marketing**: a edição do novo milênio. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

LOVELOCK, Christopher; WIRTZ, Jochen; HEMZO, Miguel Angelo. **Marketing de serviços**: pessoas, tecnologia e estratégia. 7. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

LUSCH, Robert F.; VARGO, Stephen L. **Service-dominant logic: premisses, perspectives, possibilities**. New York, Cambridge University Press, 2014.

MAGGI, Bruno; RULLI, Giovanni. Qualidade de vida no trabalho no setor público: a experiência italiana. *In*: FERREIRA, M. C.; ANTLOGA, C.; PASCHOAL, T.; FERREIRA, R.

F. (Orgs). **Qualidade de vida no trabalho**: questões fundamentais e perspectivas de análise e intervenção. Brasília: Paralelo 15, 2013, pp. 103-121.

MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. New York: Harper & Brothers, 1970.

MAYO, E. The hawthorne experiment. *In*: _____. **The Human Problems of an Industrial Civilization**. New York: The Vicking Press, 1933. p. 53-73.

MCGREGOR, D. **Os aspectos humanos da empresa**. Lisboa, Livraria Clássica Editora, 1972.