ÁREA Administração 

**“P” DE PESSOAS EM FOCO:** O MARKETING E A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO NA UFMG



Artigo submetido em Julho/2016 e aceito em Outubro/2016

**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:** MARKETING AND THE QUALITY OF LIFE AT WORK IN UFMG

**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.

**1 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 explanar 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 auto-realização; 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 auto-realização), 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Gênero*** | ***Frequências*** | ***Freq. Rel.*** | ***Freq. Perc.*** | ***Freq. Acum.*** |
| 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Faixa Etária*** | ***Frequências*** | ***Freq. Rel.*** | ***Freq. Perc.*** | ***Freq. Acum.*** |
| 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. Prevaleceram as licenças de curto prazo de até 5 dias.

Tabela 3: Dias de afastamento

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Dias de afastamento*** | ***Média*** | ***Desvio Padrão da Média*** | ***Freqüência*** |
| 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***CID*** | ***Frequências*** | ***Freq. Rel.*** | ***Freq. Perc.*** | ***Freq. Acum.*** |
| 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 conseqüências 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 mastóide | 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Cargo*** | ***Frequências*** | ***Freq. Rel.*** | ***Freq. Perc.*** | ***Freq. Acum.*** |
| 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 NUTRICAO | 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 NUTRICAO E DIETETICA | 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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***CID*** | ***AUXILIAR DE ENFERMAGEM*** | ***ENFERMEIRO*** | ***TEC. EM ENFERMAGEM*** | ***Total*** | ***Freq. Perc.*** | ***Freq. Acum.*** |
| 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 conseqüências 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 mastóide | 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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Tabela Cruzada*** | ***AUXILIAR DE ENFERMAGEM*** | ***ENFERMEIRO*** | ***TEC. EM ENFERMAGEM*** | ***Total*** | ***Freq. Perc.*** | ***Freq. Acum.*** |
| 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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Tabela Cruzada*** | ***AUXILIAR DE ENFERMAGEM*** | ***ENFERMEIRO*** | ***TEC. EM ENFERMAGEM*** | ***Total*** | ***Freq. Perc.*** | ***Freq. Acum.*** |
| 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 explanar 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.

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, pp. 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/UFMG, 2014.

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.FERREIRA, M. C.; 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**, Vol. 25, n. 3, Brasília, 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**. 2 ed. 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.** 2 ed. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1972.