



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE**

**CLÁUDIA ISABEL BRITO DE JESUS**

**A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
PÚBLICO FEDERAL (PASS): UMA ANÁLISE LÓGICA**

Salvador

2019

**CLÁUDIA ISABEL BRITO DE JESUS**

**A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
PÚBLICO FEDERAL (PASS): UMA ANÁLISE LÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Sônia Cristina Lima Chaves

Salvador

2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Jesus, Cláudia Isabel Brito de  
Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor  
Público (PASS): Uma Análise Lógica / Cláudia Isabel  
Brito de Jesus. -- Salvador, 2019.  
117 f. : il

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sônia Cristina Lima Chaves.  
Dissertação (Mestrado - Profissional em Saúde  
Coletiva - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva -  
Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde) --  
Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde  
Coletiva, 2019.

1. Saúde do Servidor Público. 2. Saúde do  
Trabalhador. 3. Análise Lógica. I. Chaves, Prof.<sup>a</sup>  
Dra. Sônia Cristina Lima. II. Título.



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Cláudia Isabel Brito de Jesus


A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
PÚBLICO FEDERAL (PASS): UMA ANÁLISE LÓGICA.


A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 19 de setembro de 2019

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Sônia Cristina Lima Chaves – FO/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Thais Regis Aranha Rossi – UNEB

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Catharina Leite Matos Soares – ISC/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Prof. João Cesar de Freitas Fonseca – PUC/MG

Salvador  
2019

Dedico este trabalho aos 13,4 milhões de desempregados no nosso país, que lutam diariamente neste ano de 2019 para recuperar sua dignidade pelo Trabalho.

A eles o meu respeito.

## AGRADECIMENTOS

Com todo meu amor e carinho agradeço:

Ao Pai Celestial e à Espiritualidade Maior por me permitir chegar até aqui.

Aos meus Pais terrenos Zeca e Bezinha (*in memoriam*) que, na simplicidade da vida e desde muito cedo me ensinaram o valor do estudo.

À minha família, irmãos, sobrinhos, sobrinhos netos, primas, mas principalmente à minha irmã Lena, pela mão sempre estendida em todos os momentos.

À minha Orientadora Prof.<sup>a</sup> Sônia Chaves, pela competência, respeito, apoio, estímulo, paciência e segurança, me conduziu pelos caminhos da ciência.

Aos meus amigos (as), pelas palavras de incentivo e compreensão pelas minhas ausências, em especial, meu agradecimento às amigas do Setor de Enfermagem do SMURB pelo incentivo e primeiros ensinamentos na fase do pré-projeto, a Igor Fernandes pela valiosa ajuda nas minhas “limitações informáticas”.

Aos meus colegas do Mestrado, sem vocês este sonho não seria possível. Obrigada a cada um de vocês por todo carinho, entusiasmo, partilha e acima de tudo, pela amizade que conquistamos. Levarei vocês no meu coração.

O meu reconhecimento à Universidade Federal da Bahia e ao Instituto de Saúde Coletiva pela oportunidade de crescimento profissional.

À Diretoria do Serviço Médico Universitário Rubens Brasil, à Coordenação do Núcleo de Perícias e à toda equipe da Unidade SIASS/UFBA pela compreensão e apoio nos momentos necessários.

À Diretoria, coordenadores e colegas da Auditoria SUS/BA, minha segunda casa, pelo apoio e compreensão nesse período.

E, finalmente, a duas pessoinhas bem especiais:

Valentina (minha Nininha), que entre sorrisos, abraçinhos e brincadeiras, me ajudou a gerenciar o estresse em muitos momentos, a você, tudo de belo que a vida possa lhe dar.

E à minha estrela guia, meu farol, pelos sacrifícios partilhados nesta caminhada, a você Brenda Isabel (minha Bê), todo amor que houver nesta vida.

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros [...] (CARTA DE OTTAWA, 1986).

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DORT	Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho
DOU	Diário Oficial da União
GT/SIASS	Grupo de trabalho do SIASS
IMC	Índice de Massa Muscular
INST	Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores dos Estados
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MBR	Reabilitação Biopsicossocial Multidisciplinar
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina do Trabalho
NOSS	Norma Operacional de Saúde do Servidor
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal
PBE	Prática Baseada em Evidências
PLANSAT	Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PRODEP	Pró – Reitoria de Desenvolvimento de Pessoas
PSLT	Promoção da Saúde no Local de Trabalho
RJU	Regime Jurídico Único dos Servidores Cíveis da União
SEGEF	Secretaria de Gestão Pública
SGP	Secretaria de Gestão Pública
SIAP/SAÚDE	Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos/ Módulo Saúde
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
SISOSP	Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal
SIUNIS	Sistema Universitário de Saúde
SMURB	Serviço Médico Universitário Rubens Brasil
SO	Saúde Ocupacional
SRH	Secretaria de Recursos Humanos
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
UFBA	Universidade Federal da Bahia
U-SIASS	Unidade SIASS
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma dos estudos de revisão sistemática.....	25
Figura 2	Modelo lógico da PASS.....	46
Figura 3	Modelo conceitual da PASS.....	48
Quadro 1	Síntese dos resultados na categoria prevenção em transtornos mentais.....	49
Quadro 2	Síntese dos resultados na categoria prevenção de distúrbios Musculoesqueléticos.....	55
Quadro 3	Síntese dos resultados na categoria promoção da saúde no local de Trabalho.....	63
Quadro 4	Síntese dos resultados na categoria prevenção de doenças, agravos e acidentes ocupacionais.....	71
Quadro 5	Síntese dos resultados na categoria gestão do absenteísmo.....	74
Quadro 6	Síntese dos resultados na categoria prevenção de incapacidade para o Trabalho.....	76
Quadro 7	Síntese dos resultados do cotejamento entre o modelo lógico e modelo conceitual.....	77
Figura 4	Cotejamento entre modelo lógico e modelo conceitual.....	88

## RESUMO

**Introdução:** A magnitude dos problemas de saúde e absenteísmo por doença em servidores públicos federais sugere a necessidade de intervenções promotoras da saúde e preventivas de riscos, agravos e doenças nessa população. A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS), operacionalizada através do Subsistema de Atenção Integrada de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) implementada a partir de 2009, surge como estratégia de enfrentamento desta realidade. As Unidades SIASS (U-SIASS), são espaços de articulação e consolidação das ações preconizadas pela PASS, organizadas por acordos de cooperação técnica entre órgãos federais, onde se desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, vigilância de ambientes, perícia e reabilitação da saúde de servidores públicos federais.

**Objetivo:** O presente estudo realizou uma análise lógica da PASS implementada pelo SIASS, compreendida como a análise do mérito da teoria que embasa a intervenção e da capacidade das atividades propostas produzirem os efeitos desejados.

**Metodologia:** Este foi um estudo avaliativo, de análise lógica direta da PASS, através de análise documental, elaboração do modelo lógico preliminar, do modelo teórico conceitual e finalmente do cotejamento entre ambos os modelos. O modelo teórico conceitual foi formulado a partir das evidências contidas nos artigos de revisão sistemática e outros identificados como relevantes.

**Resultado:** Foram identificados quarenta e três estudos de revisão sistemática, sendo 14 meta-análises com intervenções organizacionais, psicossociais e digitais, voltadas ao indivíduo, coletivo e ambiente, na dimensão das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças no local de trabalho especialmente saúde mental e doenças musculoesqueléticas além de acidentes ocupacionais e gestão do absenteísmo. Observou-se ausência de intervenções explícitas nos documentos-base da política. Na comparação do modelo lógico com o modelo conceitual, identificou-se lacunas no seu desenho e nos seus elos causais especialmente nos aspectos não explícitos na norma, ressaltando a ausência de um documento único da Política o que a torna fragmentada, ausência do problema gerador da necessidade de formulação da mesma, de objetivos e ações a serem desenvolvidas.

**Conclusão:** O estudo concluiu que a PASS está parcialmente baseada em evidências científicas, carecendo de fortalecer seus elos causais e correção das lacunas identificadas no estudo, para que se possa assegurar os resultados pretendidos na dimensão das suas práticas preventivas e de promoção da saúde, especialmente no enfrentamento dos distúrbios mentais de base organizacional ou comportamental. Nesse sentido, sugere-se uma revisão do seu escopo, objetivando uma melhor delimitação dos seus elementos estruturais e operacionais. A PASS carece de um plano de ação com descrição de metas, cronogramas e principalmente orçamento discriminados.

**Palavras-chave:** Avaliação de serviços de saúde. Saúde do trabalhador. Política de saúde. Servidor público.

## ABSTRACT

**Introduction:** The magnitude of health issues and absenteeism due to illness in federal government workers suggests the need for health promotion interventions and the prevention of risks, health problems and diseases in this population. The Healthcare and Safety Policy for Federal Government Workers (PASS), which is operated through the Integrated Public Workers' Healthcare Sub-System (SIASS), implemented as of 2009, arises as a strategy for addressing this situation. The SIASS Units (U-SIASS), are venues for articulation and consolidation of the actions recommended by the PASS, organized in the consolidation of technical cooperation agreements among the federal entities, where actions for health promotion, the prevention of risks and health problems, surveillance of environments, medical expertise and rehabilitation of federal government workers are developed.

**Objective:** This study performed a logical analysis of the PASS implemented by the SIASS, perceived as an analysis of the merit of the theory which supports the intervention and of the capacity of the proposed activities in promoting the desired effects.

**Methodology:** The study was an evaluative study of the direct logic analysis of the PASS, through documental analysis, preparation of the preliminary logic framework, the conceptual theoretical framework and finally of the comparison between both. The conceptual theoretical framework was formulated from evidences contained within the systematic review articles and other articles identified as relevant.

**Result:** There were forty-three systematic review articles identified, of which 14 were meta-analyses with organizational, psychosocial and digital interventions, guided towards the individual, the collective and the environment, in aspect of health promotion practices and prevention of diseases in the workplace, mainly regarding mental health and musculoskeletal disorders, as well as occupational accidents and absenteeism management. The lack of explicit interventions was observed in the base-documents of the policy. In the comparison between the logic framework and the conceptual framework, it was observed that there are deficiencies in its design and in its causal links, especially in the non-explicit aspects of the standard, highlighting the lack of a single document for the Policy, becoming fragmented, the lack of the problem generating the need for the formulation of the Policy, of objectives and actions to be developed.

**Conclusion:** The study concluded that the PASS is partially based on scientific evidence, lacking the strengthening of its causal links and corrections of the loopholes identified in the study, in order to assure the intended results in the dimension of its preventive practices and in health promotion, primarily for addressing mental and behavioral disorders. In this respect, a review of its scope is suggested, with the purpose of improving the definition of its structural and operational elements. The PASS lacks an action plan with a detailed description of objectives, timeframes and mainly of the budget.

**Keywords:** Health service assessment. Occupational health. Health policy. Government work.

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo realizou uma análise lógica da PASS, implementada pelo SIASS. Esta política é operacionalizada através das Unidades SIASS (U-SIASS), que são espaços de articulação e consolidação das ações preconizadas na PASS, geralmente organizadas por acordos de cooperação técnica entre órgãos federais, onde se desenvolvem as ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, vigilância de ambientes, perícia e reabilitação da saúde dos servidores públicos federais (BRASIL, 2009). No âmbito da Universidade Federal da Bahia (UFBA), a Unidade SIASS, foi implantada em 2010, inserida na estrutura física e organizacional do Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB).

Ademais, o tema proposto, está relacionado com a área de atuação da mestranda, no Núcleo de Perícias do SMURB/UFBA, desde 2013, onde, inicialmente desenvolveu diversas atividades de assessoramento à gestão anterior, a exemplo da organização de Feiras de Saúde junto aos órgãos partícipes com levantamento dos principais problemas de saúde encontrados; participação em treinamento para equipe multidisciplinar no módulo SIASS, participação nas reuniões dos órgãos participantes, triagem de processos para perícia, interlocução junto aos órgãos.

Atualmente, com a criação do Núcleo de Perícias, desempenha atividades inerentes ao atendimento das necessidades dos usuários da U-SIASS/UFBA, como marcação de perícias, registros de atestados, acolhimento e orientação e apoio à Coordenação do Núcleo.

O interesse pelo tema advém das inquietações e obstáculos enfrentados no alinhamento entre o que está proposto pela PASS e o alcance dos seus objetivos e resultados.

Boa leitura para todos!

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	13
1.1	QUESTÃO NORTEADORA	21
1.2	OBJETIVOS	21
1.2.1	Objetivo Geral	21
1.2.2	Objetivos Específicos	21
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b>	22
2.1	TIPO DE ESTUDO	22
2.2	ANÁLISE LÓGICA	22
2.3	MODELO LÓGICO	23
2.4	FONTES DE DADOS	24
2.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	26
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b>	27
3.1	SAÚDE DO TRABALHADOR	27
3.2	POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL: ASPECTOS LEGAIS	31
3.3	INTEGRALIDADE	35
3.4	VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	36
3.5	PROMOÇÃO DA SAÚDE	37
3.6	PREVENÇÃO DE DOENÇAS	41
<b>4</b>	<b>A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL NO ÂMBITO DA UFBA</b>	44
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	46
5.1	PREVENÇÃO EM TRANSTORNOS MENTAIS	49
5.2	PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS MUSCULOESQUELÉTICOS	55
5.3	PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO	63
5.4	PREVENÇÃO DE DOENÇAS, AGRAVOS E ACIDENTES OCUPACIONAIS	71
5.5	GESTÃO DO ABSENTEÍSMO	74
5.6	PREVENÇÃO DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO	76
5.7	O MODELO LÓGICO E O MODELO CONCEITUAL DA PASS: INTERSEÇÕES POSSÍVEIS	77
	<b>CONCLUSÃO</b>	89
	<b>REFERÊNCIAS</b>	91
	<b>APÊNDICE A</b> - Estudos selecionados nas Base de Dados Scielo, Cochrane, e Periódicos Capes (29 estudos selecionados) sobre avaliação de	

intervenções no trabalho, saúde e segurança no trabalho e saúde do  
trabalhador.....108

**APÊNDICE B** - Estudos selecionados nas Base de Dados *Scielo*, *Cochrane*, e  
Periódicos Capes (14 estudos de meta análise) sobre avaliação de  
intervenções no trabalho, saúde e segurança no trabalho e saúde do  
trabalhador.....112

## 1 INTRODUÇÃO

As causas de morbidade e absenteísmo por doença em servidores públicos federais sugerem a necessidade de intervenções promotoras da saúde na vida e no trabalho e preventivas de riscos, agravos e doenças nessa população. A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal, operacionalizada através do Subsistema de Atenção Integrada de Atenção à Saúde do Servidor<sup>1</sup> surge como estratégia de enfrentamento dessa realidade.

Um artigo de revisão de literatura sobre absenteísmo e doenças entre servidores públicos aponta como principais causas de adoecimento, as patologias osteomusculares e os transtornos psíquicos, demonstrando a vulnerabilidade dos servidores para essas morbidades e a necessidade de aprofundamento sobre os nexos causais do processo saúde-doença nessa população (SANTI; BARBIERI; CHEADE, 2018).

Os estudos de absenteísmo são estratégicos para a gestão no que tange ao reconhecimento da situação de saúde dos servidores, na formulação de políticas públicas e na implantação e monitoramento de intervenções para a melhoria da qualidade de vida no trabalho (BASTOS *et al.*, 2018; CARNEIRO, 2006).

Outros estudos se debruçaram sobre as situações de aposentadoria por invalidez de servidores públicos, também ocasionadas por patologias osteomusculares, transtornos mentais e comportamentais, neoplasias e doenças do aparelho circulatório (FIGUEIREDO *et al.*, 2013; SOUSA LIMA; RÔLA, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), os determinantes da saúde mental e transtornos mentais incluem os atributos individuais, os fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais. Os estudos reforçam esse conhecimento, elencando fatores de risco correlacionados ao adoecimento dos servidores e, principalmente, alertando para a necessidade de ampliar as concepções de saúde mental e trabalho como situações inerentes às relações de trabalho atuais (SPAGNOL *et al.*, 2013; VASCONCELOS; ESBER, 2013; LEITE; SAKIS, 2013;

---

<sup>1</sup> **Decreto nº 5961, de 13 de novembro de 2006.** Revogado pelo Decreto nº 6.833, de 2009, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS., 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5961.htm). Acesso em: 26 mai. 2018.

OLIVEIRA; BALDAÇARA; MAIA, 2015; SANTI; BARBIERI; CHEADE, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2017).

Segundo as autoras Santi, Barbieri e Cheade (2018) o processo de trabalho do trabalhador público pode ser considerado diferenciado, apesar de possuir uma relativa estabilidade. O servidor público convive e é vulnerável a diversos determinantes que evidenciam a precarização do seu processo de trabalho e, conseqüentemente, repercutem no processo saúde-doença. Dentre esses determinantes destacam-se a morosidade administrativa, às pressões políticas para o cumprimento de normas e formalidades definidas sob controle interno e externo à instituição, as mudanças na política e na gestão dos serviços, com a terceirização de setores (NUNES; LINS, 2009; SOUZA; REIS, 2013; SANTI; BARBIERI; CHEADE, 2018).

Neste contexto, o artigo de Nunes e Lins (2009) também identificou fatores no âmbito do trabalho que ocasionam sofrimentos diversos ao servidor público, dentre eles, o modo de gestão “altamente hierarquizado”, a responsabilização pelas deficiências dos serviços, o trabalho em condições estruturais inadequadas em algumas instituições e o desempenho de atividades, essencialmente de atendimento ao público seja de maneira direta ou indireta.

Ainda de acordo com Santi, Barbieri e Cheade (2018), independentemente do tipo de organização política, o servidor público é o elo entre governo e população, sendo essencial para as políticas públicas. O seu afastamento, portanto, prejudica diretamente a população beneficiada por estes serviços (NUNES; LINS, 2009; SOUZA; REIS, 2013; SANTI; BARBIERI; CHEADE, 2018).

A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal, operacionalizada através do Subsistema de Atenção Integrada de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) surge como estratégia de enfrentamento do processo saúde e doença relacionados ao trabalho. O SIASS contempla a assistência à saúde, à perícia oficial e às ações de promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012; COSTA; NUNES; ARAÚJO, 2013).

As Unidades SIASS (U-SIASS) são espaços de articulação e consolidação das ações preconizadas pela PASS, geralmente organizadas por acordos de cooperação técnica entre órgãos federais e competências estabelecidas pela Portaria Ministerial<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> BRASIL. **Portaria nº 1.397 de 10 de agosto de 2012**. Estabelece orientações sobre acordo de cooperação técnica para a criação das unidades do SIASS. *Id.*



onde se desenvolvem as ações de promoção e acompanhamento da saúde; prevenção de riscos e agravos, intervindo nos fatores causais de adoecimento dos servidores, de forma coletiva e individual; vigilância e avaliação dos ambientes de trabalho com emissão de relatório ambiental ou laudos técnicos, para fins de concessão de adicionais ocupacionais, realização de perícia médica e odontológica e reabilitação da saúde de servidores públicos federais (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012; COSTA; NUNES; ARAÚJO, 2013).

O SIASS surge com o objetivo de uniformizar procedimentos quanto à saúde do servidor federal, coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da Administração Federal Direta, autárquica e fundacional (BRASIL, 2009; COSTA; NUNES; ARAÚJO, 2013).

Segundo Oliveira, Baldaçara e Maia (2015) e Martins *et al.* (2017) a principal função do SIASS é operacionalizar a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal revelando-se como uma “inovação” na busca da integralidade das ações em Saúde do Trabalhador e um avanço no que tange a visão restrita da saúde ocupacional, com uma abordagem ampliada do processo saúde doença e trabalho e principalmente, no efetivo controle social desse processo.

De acordo com Costa, Nunes e Araújo (2013), o SIASS deve ser estruturado a partir de três eixos principais e da inter-relação entre eles assim como também, da utilização da informação epidemiológica para a gestão no desenvolvimento interdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho levando em consideração os ambientes, os processos e as relações de trabalho. O eixo da Perícia Oficial também consolidado através da Portaria SEGEP/MPOG<sup>3</sup> que estabeleceu o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, onde constam as orientações aos órgãos e entidades federais de que trata a Lei 8.112/1990. Atualmente, este Manual encontra-se na 3ª edição (COSTA; NUNES; ARAÚJO, 2013; BRASIL, 2017).

Considera-se também como um grande avanço, após implantação do SIASS, a possibilidade de construção do perfil de morbidade dos servidores, através dos

---

<sup>3</sup> **Portaria SEGEP/MPOG nº 19, de 20 de abril de 2017.** Dá nova redação ao Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, 3. ed., sobre os procedimentos a serem observados quando da aplicação da Perícia Oficial em Saúde, 2017. *Op. cit.*

indicadores fornecidos pelo módulo informatizado (SIAPE SAÚDE)<sup>4</sup>, em que os dados resultantes das perícias realizadas são armazenados e possibilitam a elaboração de relatórios a partir de fonte confiável (COSTA; NUNES; ARAÚJO, 2013).

Alguns estudos apresentam experiências bem-sucedidas de implementação da PASS na área de promoção e vigilância à saúde direcionadas a servidores, e com ações norteadas a partir do perfil epidemiológico dos servidores (GONÇALVES, 2016). Melhorar a comunicação entre servidores e destes com seus chefes imediatos além de fortalecer a sua capacidade para torná-los protagonistas das suas realidades tem sido estratégias implementadas para a promoção da saúde em estudo de uma instituição federal de ensino (PINHEIRO, 2013).

É importante destacar que o modelo de atenção integral ao servidor público se configura como tema relevante nos estudos de Andrade (2009) e Martins *et al.* (2017). O estudo de Andrade (2009) buscou analisar o processo de implementação do SIASS em duas instituições públicas federais, avaliando se o nível de participação dos gestores e trabalhadores e suas concepções sobre o processo saúde e trabalho são determinantes na implementação do modelo de atenção integral e concluiu que as equipes estavam capacitadas e envolvidas com o tema e buscavam substituir as práticas de saúde fragmentadas por uma concepção mais integral da ST. O estudo de Martins *et al.* (2017) que analisou a institucionalização de um modelo integral e participativo de atenção à saúde do servidor, a partir da análise do processo de implantação de uma U-SIASS no período de 2009 a 2016, enfatizou a necessidade de maior articulação com os princípios da integralidade, interdisciplinaridade e participação que orientam o campo da ST e conseqüentemente, o desenvolvimento de ações de vigilância e assistência, centradas na prevenção de doenças e agravos e na promoção da saúde.

A compreensão e análise do processo saúde, doença e trabalho pelos gestores e, principalmente pelo trabalhador deverá ser conduta rotineira nos diversos

---

<sup>4</sup> O SIAPE-Saúde é um sistema informatizado da Administração Pública Federal gerido pela Secretaria de Recursos Humanos do MPOG que consolida informações sobre a saúde dos servidores da administração pública de forma descentralizada e estruturada por meio dos módulos: Perícia Oficial, Exames Periódicos de Saúde, Promoção e Vigilância, Investidura em Cargo Público e Informações Gerenciais. O SIAPE-Saúde possibilita a gestão informatizada das informações sobre a saúde dos servidores pelas Unidades do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (Unidades SIASS). Disponível em: <http://www.jandaiadosul.ufpr.br/wpcontent/uploads/2017/07/MANUAL-DE-PERICIA-OFICIAL-EM-SAUDE-DO-SERVIDOR-PUBLICOFEDERAL-3A-EDICAO-ANO-2017-VERSAO-28ABR2017.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2018.

ambientes de trabalho, buscando descortinar as causas e os “porquês” do adoecimento. Destaca-se que o SIASS favorece a sistematização das informações sobre a saúde do servidor com o objetivo de traçar um perfil epidemiológico, possibilitando intervenções qualificadas sobre o absenteísmo (CARNEIRO, 2006; GOMES; MENEZES; FURLANETTO, 2015).

Ainda nessa temática, o estudo de Costa, Nunes e Araújo (2013) analisou apenas um dos eixos do Subsistema, a perícia oficial em saúde, e concluiu que a iniciativa de gestores e profissionais é condição fundamental na condução dos obstáculos encontrados. Os estudos são unânimes em apontar a morosidade dos trâmites administrativos, inadequações na estrutura física, nos recursos humanos e financeiros, como os principais problemas enfrentados pelas Unidades SIASS para a efetiva implementação da PASS. Por outro lado, observou-se a ausência de estudos que se debruçassem sobre as teorias e as evidências de boas práticas que embasam as intervenções e sua articulação com os principais problemas de saúde desses trabalhadores.

Compreendendo a importância de conhecer a problemática de saúde apresentada pelos servidores da UFBA com vistas a reforçar a necessidade de implementação das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças no ambiente de trabalho, foi realizada uma breve análise situacional das causas de adoecimento dos servidores da UFBA, no período de 2010 a 2017.

Foram analisados os dados do sistema de informações (SIAPE-SAÚDE) gerados pela perícia oficial em saúde. Esta análise verificou que, em 2017 a proporção de servidores ativos da UFBA afastados para tratamento de saúde foi de 26%<sup>5</sup>, tendo sido registrados 22.238 dias de afastamento com uma média de 34 dias de afastamento por servidor.

A análise realizada nos afastamentos de curta duração<sup>6</sup>, conforme as categorias do Código Internacional de Doenças (CID) 10<sup>a</sup> edição, apontou que as principais causas de afastamentos foram as patologias do sistema osteomuscular e

---

<sup>5</sup> Proporção de servidores afastados = Total de servidores afastados\*/ total de servidores ativos\*\* x 100 (1.497/ 5.795x100). \*Dado disponível no SIAPE SAÚDE -U-SIASS/UFBA. \*\*Dado disponível em: [https://proplan.ufba.br/sites/proplan.ufba.br/files/ufba\\_em\\_numeros\\_2018.pdf](https://proplan.ufba.br/sites/proplan.ufba.br/files/ufba_em_numeros_2018.pdf). Acesso em: 26 maio 2019.

<sup>6</sup> Afastamentos de curta duração são as licenças concedidas à servidores que possuem até 14 dias acumulados de afastamento e apresentam atestados de 1 a 5 dias. Nestes casos, não necessitam ser periciados. *Id.*

do tecido conjuntivo (CID M), sendo as mais prevalentes: a dor lombar baixa, a cervicalgia, a síndrome do manguito rotador e lumbago com ciática. As doenças do aparelho respiratório (CID J) aparecem como a segunda causa, sendo as patologias mais frequentes: a sinusite aguda, influenza e resfriado comum. Seguindo-se das doenças do aparelho digestivo (CID K), apresentando como as principais causas de afastamentos, as doenças odontológicas com maior ocorrência para a perda de dentes por extração, acidente ou por doenças periodontais. A média de dias de afastamento foi de 2,0 dias, com um total de 1.590 dias de afastamento em 2017 para os afastamentos de curta duração.

Quanto aos afastamentos de longa duração<sup>7</sup>, onde obrigatoriamente os servidores são periciados, as principais causas apontadas são as doenças psíquicas (CID F), sendo as mais comuns: o episódio depressivo moderado, transtornos depressivos e reação aguda ao *stress*. Em segundo lugar, os afastamentos por causas osteomusculares (CID M) com as mesmas causas já apontadas nos afastamentos de curta duração (dor lombar baixa, a cervicalgia, a síndrome do manguito rotador e lumbago com ciática). Em terceiro lugar, foram as lesões externas (CID S), sendo as fraturas e entorses de membros superiores e inferiores, as causas mais comuns e em quarto lugar, as neoplasias (CID C), sendo o câncer de mama o mais prevalente na população feminina da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Vale salientar, que as patologias dos grupos F, M e C levam a afastamentos mais prolongados e em algumas situações, irreversíveis<sup>8</sup>. Em 2017, foram registrados 22.238 dias de afastamento, com uma média de 34 dias de afastamento por servidor.

As principais causas de afastamentos para tratamento da própria saúde mantêm-se desde a implantação da U-SIASS/UFBA em 2010.

Fato que, por si só, justifica a necessidade de estudos mais aprofundados nesse enfoque e de intervenções, objetivando o enfrentamento do perfil epidemiológico dessa população no sentido de conhecer a realidade para agir (UFBA, 2018).

---

<sup>7</sup> Afastamentos de longa duração são as licenças concedidas à servidores que possuem acima de 14 dias de afastamento ou apresentam atestados acima de 05 dias. Nestes casos, necessitam ser periciados. *Op. Cit.*

<sup>8</sup> Afastamentos irreversíveis são ocasionados pela incapacidade definitiva para o exercício do cargo, função ou emprego em decorrência de alterações provocadas por doença ou acidente com a impossibilidade de ser reabilitado. A Junta Oficial poderá propor a aposentadoria por invalidez a qualquer momento, mesmo antes de completados os 24 meses de afastamento por motivo de saúde, ininterruptos ou não, uma vez confirmada a impossibilidade de retorno à atividade. (Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, 3. ed., 2017).

Acrescentando a este contexto foram identificados dois estudos que abrangem a situação de saúde de servidores públicos federais no âmbito da Unidade SIASS/UFBA. O estudo de Varela *et al.* (2013) avaliou os afastamentos por transtorno mental em 2011, na U-SIASS/UFBA, concluindo que, dos 1.152 servidores afastados foram gerados 36.240 dias de absenteísmo, com média de 31,4 dias por servidor. Outro estudo identificou as principais doenças odontológicas responsáveis pelo absenteísmo em servidores periciados no período de 2010 a 2013, com o registro de 508 afastamentos do trabalho com média de 6,6 dias por afastamento e a causa mais prevalente, a perda de dentes devido a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas. O estudo aponta a necessidade de intervenções odontológicas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de ações assistenciais que favoreçam a uma melhor condição de trabalho e vida (CRUZ; KALIL, 2013).

No que tange ao absenteísmo por doenças odontológicas, outros estudos enfatizam o predomínio de exodontias, doenças da polpa e dos tecidos periapicais, dentes inclusos e impactados, gengivite e doenças periodontais, além da cárie dentária (CAPELARI *et al.*, 2015; VEIGA, 2016).

Destaca-se também, o artigo dos autores Viana e Barreto (2013) que descreveram os afastamentos dos servidores de uma Universidade Federal no período de 2011 a 2013, registrando 464 afastamentos, representando um total de 7.916 dias perdidos de trabalho com média de 7,42 dias por afastamento e a principal causa, as doenças do sistema osteomuscular.

Estudos baseados nos dados gerados pela plataforma SIAPESAÚDE, referentes às causas de absenteísmo por doença de servidores federais atendidos em U-SIASS nos Estados da Bahia, Ceará, Alagoas, Pará, Maranhão, Rio Grande no Norte, Minas Gerais, Tocantins, Rondônia e Goiás, evidenciam como causas de afastamento as doenças osteomusculares, as doenças psíquicas, as lesões externas, neoplasias, além das doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias. As principais causas apontadas coadunam com as relatadas no âmbito da UFBA, os transtornos psíquicos e as doenças osteomusculares são predominantes entre as causas de adoecimento e se revezam entre o primeiro e o segundo lugar. Deve-se também considerar o perfil dos servidores mais acometidos, de um modo geral são servidores na faixa etária acima de 40 anos, com baixa escolaridade, menor renda, e mulheres (CAMARÃO; ESPÍRITO SANTO JUNIOR; CALVET, 2013; CAVALCANTE; CUNHA; CASCAES, 2013; LE CAMPION *et al.*, 2013; COSTA; FERREIRA, 2013;

TELES; AIRES, 2013; AFFONSO; LOPES, 2013; VIANA; BARRETO, 2013; SCHLINDWEIN; MORAIS, 2014; OLIVEIRA; BALDAÇARA; MAIA, 2015; MAGALHÃES FILHO *et al.*, 2018; BASTOS *et al.*, 2018; SANTA-MARINHA *et al.*, 2018).

No que diz respeito aos estudos com abordagem avaliativa, foram identificados estudos que descrevem e analisam a implantação da PASS e de Unidades SIASS, destacando o estudo de Silva Schuster *et al.* (2014), uma pesquisa descritiva, que analisa o Subsistema na perspectiva do empreendedorismo e de redes organizacionais, como espaço de compartilhamento de tecnologias e atitudes empreendedoras das pessoas envolvidas no processo e que podem influenciar diretamente nos resultados esperados.

O estudo de Gomes, Menezes e Furlanetto (2015), que se utilizou da etnometodologia reforça que a implantação do SIASS é resultado da ação empreendedora dos servidores que abraçaram a causa da saúde do que necessariamente dos gestores.

Segundo esses autores (2015), a Política de Atenção à Saúde e Segurança da Saúde do Servidor Público Federal, através do SIASS, adveio como estratégia de enfrentamento aos elevados índices de morbidade e absenteísmo por doença no serviço público federal. Além disso, são diversas as dificuldades enfrentadas pelos gestores e profissionais envolvidos no processo de implantação e operacionalização do Subsistema no que concerne a efetiva consolidação deste novo modelo de atenção à saúde do servidor público federal.

Ademais, considerando a escassez de estudos na abordagem avaliativa referente à PASS e a necessidade do enfrentamento do perfil de morbidade dos servidores, além dos entraves gerenciais, administrativos e técnicos para o desenvolvimento das ações propostas pela Política, acredita-se que o presente estudo, poderá fornecer subsídios que possibilitará a melhoria do funcionamento do Subsistema, visando o direcionamento adequado das ações previstas e conseqüentemente, melhor alcance de resultados.

Neste contexto, a análise lógica da PASS/SIASS torna-se essencial para que se possa avaliar em que medida a teoria e as evidências de boas práticas desse tipo de intervenção conseguirá atender aos objetivos propostos na Política. Apesar do tempo de implantação desta intervenção e do perfil de morbidade apresentado pelos

servidores, resta saber se os meios estabelecidos para o alcance dos resultados estão fundamentados em evidências científicas.

Ressalta-se que não foram encontrados estudos de análise lógica dessa Política, sendo consultados estudos sobre outros objetos com tal abordagem.

Neste sentido, o presente estudo buscou analisar a teoria implícita ou explícita da PASS, buscando confrontá-la com as principais evidências sobre as melhores práticas na promoção da saúde de trabalhadores no ambiente de trabalho.

## 1.1 QUESTÃO NORTEADORA

A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS/SIASS) está bem concebida do ponto de vista da sua teoria, na dimensão das suas práticas preventivas e de promoção da saúde, para assegurar os resultados pretendidos?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a teoria da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS) na dimensão das práticas, com base nas evidências científicas.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o modelo lógico da PASS, a partir dos seus documentos normativos;
- Analisar as evidências científicas na dimensão das práticas de promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos ocupacionais no mundo;
- Formular o modelo teórico conceitual da política com base nas evidências científicas e estudos de revisão sistemática;
- Cotejar o modelo lógico elaborado com o modelo teórico conceitual, a partir das evidências encontradas na literatura nacional e internacional.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo avaliativo de abordagem qualitativa, de análise lógica direta da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS), a partir da análise documental, da elaboração do modelo lógico, do modelo teórico conceitual e finalmente, do cotejamento entre os modelos.

### 2.2 A ANÁLISE LÓGICA

Este tipo de avaliação possibilita determinar o mérito da teoria que embasa a intervenção, permitindo examinar de forma crítica a teoria do programa. Analisa-se também se as atividades propostas são capazes de produzir os efeitos desejados, testando a validade teórica e operacional da política, utilizando-se para isso dos modelos lógicos e do conhecimento científico disponível (KELLOGG, 2004; CHAMPAGNE *et al.* 2011; REY *et al.*, 2012).

Através da análise lógica indaga-se se a intervenção está baseada numa teoria adequada válida e se os recursos/meios estão adequadamente organizados. Permite identificar se a intervenção é delineada de forma a atingir os efeitos desejados, julgando a configuração da intervenção e sua adequação, identificando as suas características fundamentais, fornecendo uma visão importante de como poderá ser aperfeiçoada. A análise do conhecimento científico contribui para identificar os elementos importantes da política para o alcance dos objetivos (CHAMPAGNE *et al.*, 2011, p. 106 - 113; REY *et al.*, 2012).

A elaboração do modelo lógico da intervenção que representa a teoria da política e a base sobre a qual conduz aos objetivos desejados, seguida da construção do modelo conceitual a partir das evidências científicas e posteriormente, a avaliação propriamente dita da teoria da intervenção são as distintas fases que compõem este tipo de avaliação segundo os autores Brousselle e Champagne (2010).

Segundo Rey *et al.* (2012), com o modelo lógico elaborado escolhe-se alguns componentes/problemas a serem analisados em detalhes na análise lógica. Esta escolha deve ser baseada nos interesses, objetivos ou dificuldades de implementação da intervenção. A partir dos dados coletados nos estudos científicos, compara-se as



informações sobre os mecanismos para atingir os objetivos com os elementos principais da intervenção, avaliando o contexto e as circunstâncias para obter os efeitos desejados. Donaldson (2007 *apud* REY *et al.*, 2012) define a avaliação da teoria de programas como “teste de plausibilidade que identifica os componentes ativos do programa e como eles conduzem aos efeitos desejados”.

O modelo conceitual da teoria deve ser baseado em evidências científicas a partir de revisões sistemáticas ou diretrizes, podendo ser selecionado um domínio de conhecimento ou propor uma síntese de conhecimentos, permitindo ao avaliador desenvolver uma representação sólida da teoria da intervenção. Por fim, na fase de avaliação da teoria do programa propriamente dita, o avaliador cotejará o modelo da intervenção ao modelo conceitual que surgiu da análise da literatura científica. Nesta etapa, o avaliador pode identificar se as relações causais direcionam aos objetivos pretendidos, assegurando que a intervenção tenha sucesso. Permite-se ainda, avaliar circunstâncias fundamentais que possam facilitar ou impedir o processo (BROUSSELLE; CHAMPAGNE, 2010; REY *et al.*, 2012).

De acordo com Suchman (1967 *apud* CHAMPAGNE *et al.*, 2011), o insucesso de uma intervenção se deve a dificuldades na implantação das atividades previstas ou estas não causarem o efeito esperado, pelo fracasso da teoria. A avaliação de intervenções é fundamental para verificar sua efetividade, seus efeitos e na formulação de estratégias diversificadas, contribuindo para melhorar sua atuação (COSTA *et al.*, 2010). Para este autor, avaliar um programa é contribuir para seu desempenho.

### 2.3 MODELO LÓGICO

Weiss (1972 *apud* CHAMPAGNE *et al.*, 2011) destaca que a modelização deve preceder a avaliação, salientando a necessidade de se refletir sobre as teorias da intervenção. Segundo Wholey (1987 *apud* CHAMPAGNE *et al.*, 2011, p. 61-74), “a teoria do programa identifica os recursos, as atividades, os resultados almejados do programa”.

Uma intervenção para ser avaliada é necessária a elaboração de um modelo lógico que se constitui na imagem de como a política estabelece seu sistema num determinado ambiente, envolvendo a estrutura, as ações, os atores, o processo e os resultados. Modelizar expõe as ligações entre a intervenção, sua estrutura, processo

e resultados, permitindo mensurar a coerência entre o previsto e o quê de fato foi implantado, colaborando com a tomada de decisões (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Champagne *et al.* (2011) cita autores como Chen (1990) que considera a modelização com um poder analítico e valor descritivo importantes, porque deve constar os objetivos e todos os efeitos e consequências da intervenção. Lipsey (1987 *apud* CHAMPAGNE *et al.*, 2011) traz a ideia da intervenção como uma “caixa-preta” que deve ser revelada para melhoria da compreensão dos processos de implementação.

O modelo lógico da PASS foi elaborado considerando os documentos-base que a compõem: o Decreto que institui o SIASS, a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), Portaria Normativa da promoção da saúde do servidor público federal e a Portaria dos princípios e diretrizes em saúde mental dos servidores.

## 2.4 FONTES DE DADOS

Segundo Laville e Dionne (1999, p. 165-68), os documentos e as pessoas são as melhores fontes de informação do pesquisador. Os autores afirmam que os dados estão nos documentos, restando fazer sua triagem e julgar sua qualidade em função das necessidades da pesquisa, de codificar e categorizar. Serviram de fontes de dados desta pesquisa os documentos referentes à Política e os estudos de revisão sistemática. Dentre os documentos oficiais constam: a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2012), Decreto nº 6.833/2009, Portaria Normativa nº 03/2010 (NOSS), Portaria nº 1.261/2010<sup>9</sup>, Portaria nº 1.397/2012<sup>10</sup>, Portaria Normativa nº 03/2013 e Manual de Perícia Oficial em Saúde (3. ed. MPOG).

Para a revisão sistemática da literatura científica foram utilizadas as bases de dados para busca de estudos de revisão sistemática: *Scielo*, *Cochrane Library* e

---

<sup>9</sup> BRASIL. **Portaria nº 1.261 de 05 de maio de 2010**. Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental dos servidores. Disponível em: [http://normas.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/35533116](http://normas.gov.br/materia/-/asset_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/35533116). Acesso em: 02 maio 2019.

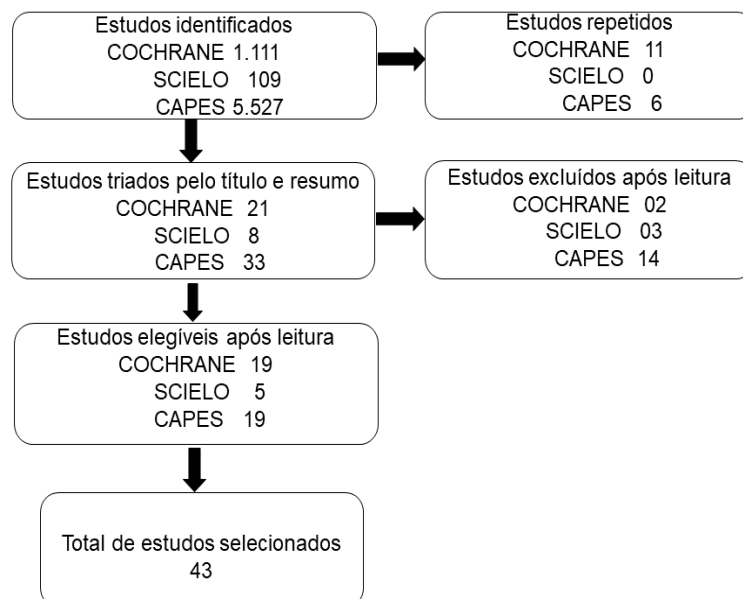
<sup>10</sup> BRASIL. **Portaria nº 1.397 de 10 de agosto de 2012**. Estabelece orientações sobre acordo de cooperação técnica para a criação das unidades do SIASS. *Id.*

Periódicos Capes. Em cada base pesquisada utilizou-se os seguintes termos em inglês: saúde e segurança no trabalho (*health and safety at work*); intervenções no trabalho (*interventions at work*) e saúde do trabalhador (*worker's health*). Na base Periódicos Capes, por agrupar um número volumoso de estudos foram utilizados os seguintes refinamentos de busca: *workplace, health promotion, prevention, adult, public health*, nos idiomas português, inglês e espanhol e estudos a partir do ano 2000.

Inicialmente foram localizados um total de 6.747 estudos dos quais foram feitas uma primeira leitura e classificação a partir do título e leitura do resumo, sendo selecionados 62 artigos. Após uma segunda leitura foram selecionados 43 artigos de revisão sistemática, dentre esses 14 estudos com metanálise, os quais foram sumarizados e descritos em tabelas.

Quanto à elegibilidade foram incluídos todos os estudos que cumpriram os seguintes critérios: 1) estudos em ambientes de trabalho; 2) com objetivo principal da pesquisa claramente definido; 3) presença de detalhes precisos da intervenção implementada com ou sem grupo controle e 4) com resultados claramente apresentados e algumas vezes mensuráveis. Foram excluídos 19 estudos que não atenderam aos critérios citados ou não eram de revisão sistemática (Figura 1).

**Figura 1** – Processo de identificação, análise e seleção dos estudos



**Fonte:** Elaborado pela autora, 2019.

## 2.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Considerando que o presente estudo envolveu apenas a revisão bibliográfica e análise documental sem envolvimento de seres humanos, julga-se não necessitar de aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa. Conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510 de 07 de abril de 2016, “não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica”.

### 3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Segundo os autores Martins e Machado (2012), a construção e a implantação de uma política pública implicam em luta política e ideológica, abrange disputa entre as necessidades de saúde, escolhas da população, decisões políticas e recursos disponíveis. A relação entre o Estado, a sociedade e o mercado evidencia o contexto político, econômico e social no qual está inserida a política. Nesse âmbito, salienta-se a diversidade de perspectivas dos conceitos aqui destacados, os quais devem ser considerados nos resultados encontrados neste estudo.

Na análise dos documentos da PASS, identificam-se marcos conceituais na sua estrutura que necessitam ser refletidos para melhor compreensão da teoria (implícita ou explícita) da política e a sua interlocução com a prática. Neste estudo, serão utilizados como referência um breve histórico sobre o campo da saúde do trabalhador e os conceitos da integralidade, promoção da saúde, prevenção das doenças e vigilância em saúde do trabalhador (MARTINS *et al.*, 2017).

#### 3.1 SAÚDE DO TRABALHADOR

Historicamente sabe-se que a Revolução Industrial trouxe novos processos de trabalho, substituindo o trabalho manual pelo mecanizado, gerando intensas mudanças e consequências para a classe trabalhadora em condições de trabalho adversas. No período da II Guerra Mundial e no pós-guerra ocorreram diversas mudanças sócio demográficas nos centros urbanos, além das consequências do novo modelo de produção, com um novo perfil de adoecimento, acidentes de trabalho e mortes (MENDES; DIAS, 1991).

A prática da Medicina no interior das fábricas no Século XIX, na Inglaterra, ocorreu com o objetivo de manter a força de trabalho operante e rentável para dar conta de um processo acelerado e desumano de produção, cujo interesse era dos empregadores. Surgiu nessa época, o primeiro serviço de Medicina do Trabalho (MT). Esse tipo de serviço logo se expandiu para outros países, simultaneamente ao processo de industrialização, passando a substituir a assistência à saúde de trabalhadores e familiares. Neste contexto ressalta-se o importante papel exercido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) criada no início do século XX, na elaboração de instrumentos normativos de âmbito internacional que serviram de

referencial às leis brasileiras. A Medicina do Trabalho tem sido considerada um modelo de atenção centrado na hegemonia médica, com prática nos locais de trabalho, voltado para os interesses do empresário em detrimento do trabalhador, com a responsabilidade de adaptação física e mental dos trabalhadores ao trabalho, limitado apenas à intervenção médica que favoreça a manutenção da saúde do trabalhador no nível mais elevado (MENDES; DIAS, 1991).

Conforme a revisão publicada em 1991 pelos autores ora citados, a aceleração dos processos de trabalho industriais em condições inadequadas e prejudiciais, no contexto da II Guerra Mundial, levou a uma série de danos aos trabalhadores revelando a relativa ineficácia da medicina do trabalho na solução desses problemas, gerando um descontentamento da classe trabalhadora e dos empregadores. Surge nesse contexto o Movimento da Saúde Ocupacional (SO), como um modelo de atenção desenvolvido com o objetivo de atender à produção através do controle dos riscos ambientais, com uma proposta multiprofissional e com ênfase na “higiene industrial”. Todavia, o modelo da Medicina Ocupacional se aproxima do modelo da Medicina no Trabalho, tornando-se insuficiente, pois mantém as características mecanicistas com prática individualista, privilegia a clínica com a ausência de interdisciplinaridade e de investimento nos recursos humanos, além de o trabalhador ser visto como objeto e não sujeito da ação, ignorando os nexos das morbidades ligadas ao processo de trabalho cada vez mais complexos e abrangentes atualmente.

No Brasil, a saúde ocupacional iniciou tardiamente, em meados da década de 50, paralelamente ao período de industrialização, quando foi necessário regulamentar as demandas trabalhistas através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e, posteriormente, com as normas regulamentadoras (MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 2007).

O campo da Saúde do Trabalhador no Brasil originou-se nas lutas pela democratização do país a partir de 1980, numa construção conjunta envolvendo diversos segmentos da sociedade, contrariamente, às práticas e percepções da relação do trabalhador e o trabalho, presentes na Medicina do Trabalho e na Saúde Ocupacional. A Saúde do Trabalhador integra o campo da Saúde Coletiva baseando-se na epidemiologia, administração, planejamento em saúde, nas ciências sociais e demais disciplinas de suporte, superando a MT e a SO no que tange às concepções destes sobre o processo saúde doença no trabalho. A ST tem por objeto o processo de saúde e doença da coletividade, nas suas relações com o trabalho, numa

perspectiva protetora contra os agravos no desenvolvimento do trabalho (MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 2007; MINAYO, 2011). O estudo de Lacaz (2007) sintetiza que a Saúde do Trabalhador surgiu como uma nova forma de entender os processos de adoecimento, levando-se em consideração os aspectos biopsicossociais e não somente as doenças ocupacionais clássicas e os acidentes de trabalho.

Importante salientar a conceituação trazida pela norma, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/1990) que regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. No Artigo 6º, parágrafo 3º da Lei 8080/1990 estabelece:

Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal de 1988 promoveu conquistas sociais importantes, principalmente no âmbito da Saúde no Brasil, designada como um direito de todos e dever do Estado e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual compete a execução das ações de saúde do trabalhador, conforme está explicitado nos artigos 196 ao 200 (BRASIL, 1988).

O arcabouço jurídico se complementa com a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/1990), que regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. Segundo Martins *et al.* (2017), antes da Constituição de 1988, as formas de proteção à Saúde do Trabalhador limitavam-se às normas reguladoras da Consolidação das Leis do Trabalho, entretanto, para o servidor público não havia nenhum tipo de regulação e ou mecanismos de proteção à saúde. Complementando este aspecto, salienta-se o papel dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) organizados pelo Estado, a partir da década de 1930, organizados por categorias profissionais (marítimos, bancários, comerciários, industriários) que assistiam exclusivamente a esses trabalhadores. Na década de 60 os institutos foram unificados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (ANDRADE 2009). Ainda nesse contexto, no início dos anos 80, destaca-se o surgimento do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), e do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), a partir dos movimentos sindicais comprometidos com a luta dos trabalhadores quanto as questões de saúde, ambiente e condições de trabalho. Organizações com importante papel na superação do “assistencialismo médico” existente nos sindicatos. Esse

movimento possibilitou a concretização dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) (MENDES, DIAS, 1991; LACAZ, 2007; ANDRADE, 2009).

Contudo, a autora Andrade (2009) destaca outro marco de referência da regulação do trabalho e proteção social no âmbito do setor público. A partir de 1938, a criação do Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União e do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores dos Estados – IPASE que exercia ações de assistência e previdência à servidores.

O surgimento do Regime Jurídico Único (RJU) em 1990 através da Lei 8.112 apresenta-se como marco da regulação de direitos de proteção da saúde do servidor, embora, ainda restrita às licenças médicas e aposentadorias por invalidez (BRASIL, 1990; MARTINS *et al.*, 2017).

Era fundamental a construção de uma política de saúde que objetivasse a atenção integral à saúde do trabalhador, alicerçada na promoção, na vigilância e na participação do cidadão, construindo assim, um novo olhar sobre a Saúde do Trabalhador. Após lutas sociais importantes culmina em 2004, na elaboração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador PNSST<sup>11</sup> e em 2012 com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)<sup>12</sup>, definida como uma Política transversal e incorporando o trabalho como fator determinante no processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Paralelamente, o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) ainda baseado na proposta da Saúde Ocupacional cria em 2006 o Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP),<sup>13</sup> na tentativa de estruturar e regulamentar um sistema de proteção social para os servidores públicos civis (MARTINS *et al.*, 2017). Esse sistema foi substituído em 2009 pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) como resultado da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS),

---

<sup>11</sup> BRASIL. **Decreto nº 7.602 de 07 de novembro de 2011**. Reedição Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho – PNSST, 2004. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm). Acesso em: 17 maio 2018.

<sup>12</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Publicada no DOU nº 1823, Seção 01, de 24/08/2012. Disponível em: [http://normas.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/23876371](http://normas.gov.br/materia/-/asset_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/23876371). Acesso em: 17 maio 2018.

<sup>13</sup> BRASIL. Decreto nº 5961, de 13 de novembro de 2006. Institui o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal - SISOSP. **Revogado pelo Decreto nº 6.833, de 2009, de 29 de abril de 2009**. Diário Oficial da União, 14 de novembro de 2009. *Id.*



estabelecida em 2007, que propõe superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente. (BRASIL, 2004). Segundo Carneiro (2008), a política de atenção à saúde para o servidor federal objetiva uma gestão com base em informação epidemiológica e que contemple as áreas de assistência suplementar, perícia médica, promoção e vigilância à saúde do servidor em seu ambiente de trabalho.

### 3.2 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL: ASPECTOS LEGAIS

A formulação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público teve como amparo legal a Lei 8.112/1990. Segundo Martins *et al.* (2017), os debates em torno da regulamentação das Políticas Nacionais de Saúde do Trabalhador influenciaram as primeiras discussões entre MPOG, instituições federais, gestores e sindicatos, objetivando a formulação da PASS.

Segundo Andrade (2009), a PNSST constitui-se na base política para a organização social do trabalho enquanto um direito humano fundamental, referenciada pelos conceitos de Saúde do Trabalhador e suas diretrizes. Neste sentido faz-se necessária a compreensão da trajetória das políticas nacionais assim como conhecer os seus principais elementos.

As Políticas Nacionais de Saúde do Trabalhador, a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho – PNSST (2004), o Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PLANSAT) e posteriormente, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) formulada em 2012, assim como a PASS, foram elaborados a partir da construção coletiva, tripartite e paritária, representada pelos três ministérios (Trabalho, Previdência Social e Saúde), com exceção da PNSTT, de responsabilidade apenas do Ministério da Saúde.

A PNSST abrange todos os trabalhadores, independente da sua inserção no mercado de trabalho, incluindo os servidores públicos. Busca garantir a realização do trabalho em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores mantendo a sua integridade física e mental. Política norteada por abordagens transversais e intersetoriais com uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde. Acrescentando, a

norma visa a superação da fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente. A PNSST define “as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social [...]” (BRASIL, 2004).

No documento base da PNSST (2004), se verifica a descrição de uma análise situacional referente a dados populacionais e de mercado de trabalho, formas de inserção e distribuição no mercado de trabalho, dados de morbimortalidade relacionados ao trabalho, abordando a escassez e inconsistência de informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores, contextualizando a problemática, objetivo principal da política. Determina por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador mediante ações governamentais de forma articulada e integrada nas relações de produção, consumo, ambiente e saúde. A norma explicita seis diretrizes que revelam seus objetivos prioritários e as respectivas estratégias para alcançá-los. Resumidamente, as diretrizes se referem às ações de promoção, proteção e reparação da saúde com prioridade para as ações de prevenção de doenças e agravos, promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas, incentivo à formação em saúde do trabalhador e à rede integrada de informações em ST. Descreve ainda, a forma de gestão da política, o financiamento e as atribuições de cada órgão gestor e da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004).

Na reedição da PNSST se verifica o acréscimo de alguns elementos como princípios norteadores da universalidade, prevenção, primazia para as ações de promoção, proteção e prevenção sobre a assistência, reabilitação e reparação, o diálogo social e a integralidade; adiciona a adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco no rol das diretrizes e acrescenta atribuições aos órgãos gestores. A norma tem sua operacionalização detalhada no PLANSAT, que apresenta oito objetivos com suas respectivas estratégias de enfrentamento e a descrição das ações responsáveis e prazos (BRASIL, 2011).

Quanto à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), de responsabilidade do Ministério da Saúde e considerando o alinhamento com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), que traz em seu arcabouço a definição dos princípios, das diretrizes e das estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrentes

dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Considera de forma abrangente todos os trabalhadores, independente do vínculo ou forma de inserção no mercado de trabalho, buscando priorizar os grupos em situação de maior vulnerabilidade. Acrescenta aos seus princípios a equidade, a integralidade, a descentralização. Estabelece sete objetivos e suas respectivas ações (BRASIL, 2012).

Segundo Santos (2016), a formulação da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público (PASS) em 2007 teve como objetivo “padronizar e regulamentar de forma equânime e universal, ações de serviços de saúde voltados para o servidor público federal”.

A estrutura legal da PASS é composta por documentos base os quais foram analisados neste estudo: o Decreto de criação do SIASS<sup>14</sup> e do Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, a Portaria Normativa nº 03/2010<sup>15</sup>, Portaria Normativa nº 03/2013<sup>16</sup>, Manual de Perícia Oficial e a Portaria 1.397 de 2012<sup>17</sup>. Além destes, cabe apontar a existência da Portaria nº 1.261 de 2010<sup>18</sup>, que trata das questões de saúde mental para o funcionalismo público federal.

O Decreto que institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) apresenta o objetivo do subsistema de forma genérica, “coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores”, conceitua as três principais ações previstas e estabelece as atribuições e a composição do Comitê Gestor (BRASIL, 2009).

---

<sup>14</sup> BRASIL. **Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009**. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. *Op. cit.*

<sup>15</sup> BRASIL. **Portaria Normativa nº 03 de 07 de maio de 2010**. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS). Disponível em: <http://www.saude.ufu.br/sites/saude.ufu.br/files/Portaria-Normativa-03.pdf>. Acesso em: 17 maio 2018.

<sup>16</sup> BRASIL. **Portaria Normativa nº 03 de 25 de março de 2013**. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal a serem adotadas como referência nas ações de promoção da saúde dos órgãos federais. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/progep/files/2013/03/Portaria-Normativa-SEGEP-MPOG-No-3-2013.pdf>. Acesso em: 17 maio 2018.

<sup>17</sup> BRASIL. **Portaria SGP/MPOG nº 1.397 de 10 de agosto de 2012**. Estabelece orientações básicas aos órgãos e entidades do SIPEC sobre os procedimentos mínimos para a realização de acordo de cooperação técnica para a criação das unidades do SIASS. *Op. cit.*

<sup>18</sup> BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria SRH/MPOG nº 1.261 de 05 de maio de 2010**. Institui os princípios, diretrizes e ações em saúde mental para os servidores públicos federais. *Op. cit.*

Para a operacionalização da política e atendimentos aos princípios da universalidade e equidade foi criada a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) em 2010, que:

Integra o conjunto de ações da PASS, cujo objetivo é de definir as diretrizes gerais para implementação das ações de Vigilância e Promoção à Saúde do Servidor Público Federal, para os órgãos e entidades que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal (SIPEC).

Esta norma traz como diretrizes: a universalidade e equidade, acesso à informação, participação dos servidores, integralidade das ações, regionalização e descentralização, transversalidade, intra e intersectorialidade, cogestão, formação e capacitação, transdisciplinaridade e pesquisa-intervenção. Vale ressaltar a inter-relação dessa norma com as políticas nacionais de atenção à saúde do trabalhador, no que se refere aos objetivos e diretrizes (BRASIL, 2010).

Na regulamentação do eixo da promoção à saúde acrescenta-se a esta análise a Portaria Normativa nº 03/2013, que estabelece as diretrizes destinadas a

[...] subsidiar políticas e projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho, a serem implantadas de forma descentralizada e transversal, por meio das áreas de gestão de pessoas, de saúde e de segurança no trabalho e que contemplem uma gestão participativa (BRASIL, 2013).

A norma determina ainda a priorização das ações de educação em saúde, prevenção de riscos, danos e agravos, incentivo aos fatores de proteção e ao controle de doenças, visando a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, buscando maior conscientização, responsabilidade, autonomia criando uma “cultura de valorização” da saúde pelos trabalhadores (BRASIL, 2013).

Objetiva o estímulo à oferta de ações de promoção e educação em saúde, de ambientes saudáveis de trabalho propiciando bem-estar no contexto laboral, melhor compreensão da determinação do processo saúde/doença e intervenção nos determinantes desse processo e contribuir para a melhoria na qualidade de vida dos servidores (BRASIL, 2013). Acrescenta, ainda, princípios norteadores a exemplo da abordagem biopsicossocial, “multideterminação da saúde”, humanização e ambientes de trabalho saudáveis.

Item importante nesta norma refere-se a questão do financiamento, que deverá ser de responsabilidade dos órgãos prover os recursos que podem ser próprios ou provenientes do MPOG, garantindo a implantação e a implementação das ações de promoção da saúde (BRASIL, 2013).

### 3.3 INTEGRALIDADE

O princípio da integralidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde previsto no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (CF), determina a assistência integral com prioridade para a prevenção de doenças sem prejuízo da assistência (BRASIL, 1988).

Segundo Paim (1994, p. 455-466), a integralidade corresponde a sistematização de um conjunto de ações para atender as necessidades de um grupo populacional, abrangendo a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência na doença. Acrescentando ainda, a integralidade como atributo do modelo de atenção está voltada para o atendimento das necessidades de saúde em todos os níveis de atenção, promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e reabilitação, através de um conjunto de ações articuladas. Um modelo de atenção integral à saúde é aquele que contempla na sua estrutura organizacional todos os níveis de atenção à saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014, p. 287-301).

Para a Norma Operacional de Saúde do Servidor – NOSS, a integralidade das ações é uma das diretrizes para a implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do Servidor Público Federal, e está definida como o conjunto de atividades individuais e coletivas articuladas para potencializar as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos servidores (BRASIL, 2010).

De acordo com Martins *et al.* (2017), a construção das bases da política de saúde do trabalhador foi orientada por um conceito que considerava as condições e os contextos de trabalho como determinantes no processo saúde-doença e que as ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e vigilância são essenciais para alterar esse processo e os trabalhadores são a peça principal de mudança.

Andrade, Martins e Machado (2012) enfatizam que “o princípio da saúde integral do trabalhador invoca o direito à saúde no seu sentido irrestrito da cidadania plena”, traduzindo-se em ações de saúde desde a promoção da saúde, prevenção de doenças e/ou agravos e a assistência que devem atuar de forma integrada numa abordagem interdisciplinar e intersetorial com a finalidade de promover a saúde integral do trabalhador. Ressaltam os autores que, para tanto é imprescindível a participação ativa e contínua do servidor e demais atores, como a academia, os movimentos sindicais, a sociedade civil organizada, dentre outros. Enfatizam ainda,

que é a participação do trabalhador na construção da política que autentica o efeito da proposta, pois este é o ator que detém o “saber do processo de trabalho e do impacto deste sobre a sua saúde” (ANDRADE; MARTINS; MACHADO, 2012).

### 3.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A ST como um campo da Saúde Coletiva é um espaço interdisciplinar e pluri-institucional que compreende o trabalho, como um dos principais determinantes sociais da saúde (COSTA *et al.*, 2013). Neste contexto, torna-se oportuno analisar o conceito de Vigilância à Saúde que, nas considerações de Teixeira (2010) é a visão ampliada, compreendendo-a como um processo de reconhecimento das necessidades de saúde de uma população, levando a reestruturação das ações de saúde de forma integral e que devem estar voltadas para os reais problemas da população no seu respectivo território.

Machado (2005) num artigo de opinião relata que, a partir de 1994 no âmbito do SUS ocorreram avanços em Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) com a ampliação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e dos marcos legais da área. Ressalta o envolvimento dos movimentos sindicais, a importância do controle social e de ações intersetoriais nesse processo. O autor aponta as potencialidades na implementação das ações em VISAT, destacando a formulação das políticas, a estrutura organizacional, a capacidade instalada, a qualidade dos profissionais envolvidos e a influência da academia, enfatizando a necessária transdisciplinaridade e intersetorialidade para a consolidação da VISAT, a qual objetiva a alteração das relações saúde, trabalho e ambiente, tendo como objeto as intervenções no processo de trabalho. Fato que distingue a VISAT da vigilância em saúde de um modo geral.

Machado (1997) enfatiza elementos essenciais na VISAT como o uso da epidemiologia como ferramenta essencial de análise, porque se interliga com outras abordagens, contribuindo para a interdisciplinaridade e conseqüentemente, melhor interpretação e avaliação da realidade. A epidemiologia favorece a organização e correlaciona as informações com o processo de trabalho. Outro elemento apontado pelo autor é o processo de trabalho como categoria fundamental de análise e de ações de vigilância, entretanto é preciso conhecê-lo profundamente, realizar a busca ativa de casos identificando os determinantes de cada agravo e sua relação com o processo de trabalho. “O agir epidemiológico em saúde do trabalhador”.

O autor também destaca como fundamental o controle dos riscos numa abordagem biopsicossocial à saúde do trabalhador, que levará à alteração nos indicadores sociais e sanitários, tornando-se imprescindível o conhecimento prévio dos processos determinantes de agravos à saúde da população estudada (MACHADO, 1997). Neste sentido, Agostini (2002); Souza; Reis (2013) também afirmam que as situações de risco, acidente e adoecimento são situações inerentes aos processos de trabalho, devendo-se compreendê-los na abordagem biopsicossocial como fatores que atuam de forma conjunta nos processos saúde/doença do trabalhador. Destaca-se a relevância da abordagem multidisciplinar e intersetorial das ações em saúde do trabalhador, tornando-as mais efetivas, participativas, equânimes e humanizadas (AGOSTINI, 2002).

Os autores Lacaz (2007), Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) legitimam a “inter(trans)disciplinar e intersetorialidade”, e a integralidade das ações como características fundamentais no campo da ST. Soma-se a participação efetiva dos trabalhadores como sujeitos ativos no processo de mudança das condições de trabalho. No contexto da participação dos trabalhadores no campo da vigilância em saúde cabe compreender desde o marco histórico das lutas sociais no campo da saúde do trabalhador, o movimento de luta denominado ‘Modelo Operário Italiano’ ocorrido na década de 70 na Itália, até o movimento nacional pela Reforma Sanitária, a consolidação do SUS, incorporando as ações no campo da saúde do trabalhador. O êxito da vigilância em saúde do trabalhador depende diretamente do exercício efetivo da democracia e da cidadania nos ambientes de trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; LACAZ, 2007; SOUZA, *et al.* 2015).

### 3.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Inicialmente, a noção da Promoção da Saúde como uma especialidade da medicina foi idealizada por Henry Sigerist no início do século XX, um dos primeiros autores a falar sobre o tema, que considerava como ações centrais da medicina a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e sua reabilitação descrevendo as condições ótimas para se promover a saúde e o esforço conjunto entre políticos, sindicatos empregadores, educadores e os médicos aos quais caberia determinar a normatização (BUSS, 2000; TEIXEIRA, 2006). Em seguida, Leavell & Clark (1976 *apud* BUSS, 2000), que desenvolveram o modelo da

história natural da doença a partir do conceito de promoção da saúde com três níveis de prevenção a partir do conhecimento da história natural de cada patologia, utilizando-se de um enfoque centrado em medidas de proteção específica para indivíduo e família, baseadas na educação em saúde (orientação, aconselhamento) como elemento importante para alcançar esse objetivo. Contudo, essa abordagem é inadequada para as doenças crônicas não-transmissíveis (BUSS, 2000).

O autor (2000) destaca que o movimento de prevenção das doenças crônicas, a segunda revolução epidemiológica, a promoção da saúde incorpora e expande a visão sobre o ambiente num sentido amplo, sobre os estilos de vida e no fortalecimento da capacidade dos indivíduos e grupos.

A Promoção da Saúde avança conceitualmente, considerando o conceito ampliado de saúde e das propostas de políticas e práticas que contemplam a promoção (TEIXEIRA, 2006). Nessa conjuntura, em 1986 a OMS promoveu em *Ottawa* no Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos, definindo os campos de ação. O documento define promoção da saúde como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”. O documento enfatiza que os indivíduos e a coletividade precisam “saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar, favoravelmente, o meio ambiente” e desta maneira alcançar “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Acrescenta, também, o conceito de saúde como um recurso que envolve amplos aspectos sociais, econômicos, pessoais, culturais, políticos, ambientais, comportamentais e não apenas físico. Sendo assim, a promoção da saúde sai da exclusividade do setor saúde e perpassa em outras direções objetivando tornar esses fatores favoráveis a uma melhor qualidade de vida. Segundo a Carta de *Ottawa* (1986), a Promoção da Saúde estabelece cinco amplos campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2017). Ressalta que, a forma como o trabalho está organizado socialmente contribui para a formação de uma sociedade mais saudável e equânime, levando a “condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis”.



Na análise de Buss (2000), a Carta de *Ottawa* como um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença relacionada a um conjunto de valores tais como a qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros, na visão de responsabilidade múltipla envolvendo Estado, comunidade, indivíduos, sistema de saúde e parcerias intersetoriais. O conceito reforça a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde. O autor destaca que, tanto o conceito atual e a prática se desenvolveram nos países em desenvolvimento como Estados Unidos da América (EUA), Canadá e países da Europa Ocidental a partir das importantes conferências internacionais sobre o tema. O autor cita ainda, que a definição de promoção da saúde dada por Gutierrez (1994) é mais compatível à realidade latino-americana, porque “agrega-se ao papel da comunidade a responsabilidade indelegável do Estado na promoção da saúde de indivíduos e populações”.

Conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo (GUTIERREZ, 1994 *apud* BUSS, 2000).

Por sua vez, em 1990 a Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS) conceituou Promoção da Saúde como a “soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva” (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2017). Segundo a OMS/CARTA DE OTAWA (1986), a promoção da saúde possibilita ao indivíduo e às coletividades o acesso aos meios necessários para exercer um maior controle sobre a sua saúde através de uma visão integral da saúde e dos determinantes sociais dentre eles, o trabalho, sendo imprescindível a participação do trabalhador.

Demarzo (2011) destaca a intersetorialidade, a participação social e a sustentabilidade como princípios norteadores das intervenções definidas no âmbito da promoção da saúde.

Em 2002, no texto produzido para discussão da Política Nacional de Promoção ressalta-se alguns aspectos importantes para a reflexão do tema. O texto menciona que promoção da saúde reflete sobre o objeto saúde, incluindo as suas diversas dimensões subjetiva, social, política, econômica, cultural e histórica e na relação

equilibrada entre elas. Chama a atenção para o fato de que a promoção da saúde não deve ser compreendida como mais um nível de atenção, nem corresponde a ações prévias à prevenção, deste modo não deve ser encarada como um programa ou uma estrutura organizacional e sim como estratégias transversais em todas as políticas, programas e ações, construindo a integralidade “em toda a sua complexidade e singularidade social e individual”. Argumenta-se também, a necessidade de se aventurar na busca de tecnologias capazes de enfrentar a fragmentação das políticas, programas e ações. Afirma que promover saúde é complexo e que se deve conciliar os aspectos das ciências exatas às metodologias das ciências sociais como a antropologia, a psicologia e a sociologia. Segundo Paulo Freire “promover saúde é educar para a autonomia” (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Promoção da Saúde instituída em 2006 e revisada em 2014, também traz o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e práticas de saúde, no âmbito individual e coletivo caracterizando-se pela articulação intra e intersetorialmente, com ações estruturadas entre a rede de atenção à saúde e as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014).

No entendimento de Assunção (2012), a promoção da saúde oportuniza ao indivíduo e à coletividade os meios essenciais para melhorar a saúde e exercer o controle sobre ela, através da integralidade e de sua relação com os determinantes sociais, entre eles o trabalho. Diante disso, a promoção da saúde deve fazer parte da agenda política de todos os setores, indo além da assistência à saúde e tem na participação efetiva da população/grupo de trabalhadores o aspecto fundamental para apoiar as suas ações (ASSUNÇÃO, 2012).

Na perspectiva de tratar das questões que rondam o atual mundo do trabalho, principalmente no que tange a promoção da saúde faz-se necessário destacar os conceitos norteadores do atual processo de institucionalização da PASS. Cabendo, portanto, trazer o que explicita a NOSS sobre a Promoção da Saúde:

Conjunto de ações dirigidas à saúde do servidor, por meio da ampliação do conhecimento da relação saúde-doença e trabalho. Objetiva o desenvolvimento de práticas de gestão, de atitudes e de comportamentos que contribuam para a proteção da saúde no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2010).

Em 2013 o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) normatizou as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal através de portaria normativa com diretrizes fundamentadas na “priorização de ações

voltadas para educação em saúde, prevenção de riscos, agravos e danos à saúde do servidor, estímulo aos fatores de proteção da saúde e ao controle de determinadas doenças”.

Segundo Assunção (2012), a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) tem por finalidade atingir a equidade e a responsabilidade sobre os agravos ocupacionais aos quais estão expostos os servidores nas diversas regiões do país. A autora complementa a reflexão sobre a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT) explicitando os objetivos propostos pela OMS (2010): “melhorar a organização do trabalho; incentivar a participação dos trabalhadores em atividades saudáveis; possibilitar escolhas saudáveis, e promover o desenvolvimento pessoal”.

De maneira similar na visão de Carneiro (2006) a promoção da saúde do trabalhador refere-se às ações que sensibilizam os trabalhadores a adotar práticas mais saudáveis no ambiente de trabalho, melhorando a sua qualidade de vida, saindo do foco da doença e concentrando esforços na saúde. Preconiza ações que intercedam no processo e na organização dos ambientes de trabalho com o comprometimento e participação dos diversos atores.

Para concluir, Fernandez *et al.* (2008) ressaltam que a discussão conceitual sobre a promoção da saúde ainda não se esgotou, permanecendo a pluralidade de abordagens que transcorrem pela promessa de mudança através dos processos educativos ou pela melhor maneira de transmitir a informação ou pelo empoderamento de indivíduos e comunidades ou pela participação popular e conquista da autonomia dos seus atores sociais.

### 3.6 PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O termo prevenção significa precaução, providência precoce. No campo da saúde significa intervir para evitar o aparecimento de doenças, a continuidade destas, as sequelas, incapacidades e a reabilitação. A visão do Sanitarista Henry Sigerist e conhecer o ciclo de transmissão das doenças infecciosas foi a base inicial para as ações de prevenção (MARCONDES, 2004).

O modelo da história natural da doença preconizado por Leavell & Clark (1965 *apud* DEMARZO, 2011) situa no nível de prevenção primária, o termo promoção da saúde, ainda hoje utilizado de forma equivocada como ação de prevenção específica, como a vacinação por exemplo. A promoção da saúde neste nível de atenção,

resume-se a ações educativas com vistas a mudanças de comportamentos nos itens relacionados a alimentação, exercício físico, repouso, controle do estresse, dos hábitos de tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas, além de ações de controle ao meio ambiente e aos agentes etiológicos a partir de medidas de higiene. No nível de prevenção secundária, estabelece-se as ações de diagnóstico precoce e limitação de incapacidades, onde se pode exemplificar através das práticas clínicas preventivas e educacionais como exames de rastreamento do câncer de mamas e colo uterino, ações com indivíduos já doentes ou acidentados objetivando a cura ou evitando sequelas e morte. No nível de prevenção terciária, encontram-se as ações de recuperação e reabilitação de sequelas por doenças ou acidentes (DEMARZO, 2011).

Neste contexto, cabe-nos compreender o diferencial entre promoção e prevenção. Para Leavell & Clarck (1965 *apud* CZERESNIA, 2003), a promoção da saúde possui uma abordagem bem mais ampla que a prevenção, porque se destina a aumentar a saúde e o bem-estar geral, entretanto lembrando que ambas são fundamentais para a condição de saúde. Ao passo que a prevenção das doenças se preocupa especificamente em proteger o indivíduo das doenças, a promoção da saúde com o panorama muito mais amplo e abrangente objetiva a melhoria das condições de vida e trabalho, a partir do conhecimento e enfrentamento dos fatores determinantes da saúde, portanto evitar a doença não é o seu único foco (DEMARZO, 2011).

Ainda na perspectiva de distinguir promoção da saúde da prevenção de doenças, Demarzo (2011) resumidamente enfatiza que na promoção da saúde, o conceito de saúde é positivo e multidimensional, o modelo de intervenção é participativo e intersetorial e o alvo é a população e o ambiente. Por outro lado, a prevenção tem como conceito a ausência de doenças, o modelo de intervenção é centrado no profissional de saúde e o alvo são os grupos de alto risco.

Retomando ao artigo de Marcondes (2004) que reflete sobre os modelos conceituais que embasam a prevenção de doenças e promoção da saúde e traz à tona, a distinção entre elas, porém enfatiza que ambas tenham em comum o cuidado e não a cura.

Para Czeresnia (2003), a grande diferença entre os conceitos de prevenção de doenças e promoção de saúde reporta-se às relações entre as práticas e os conhecimentos científicos. A autora destaca que o “que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico

não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações” e ainda que “promover saúde envolve escolha e isso não é da esfera do conhecimento verdadeiro, mas do valor. Vincula-se a processos que não se expressam por conceitos precisos e facilmente medidos”. A autora considera ainda que, “promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve por um lado, ações no âmbito global de um Estado e por outro, a singularidade e a autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas”.

Almeida (2005) traz a denominação de prevenção primordial, intimamente ligada ao controle das doenças crônico-degenerativas para as quais são direcionadas intervenções de promoção de “determinantes positivos de saúde” como por exemplo, o controle do tabagismo, a nutrição adequada e a prática de atividade física. Desta maneira, os conceitos de prevenção primordial e de promoção da saúde se diferenciam apesar de se completarem.

Por último, importante destacar os conceitos trazidos pela norma operacional (NOSS) que destaca prevenção como “disposição prévia dos meios e conhecimentos necessários para evitar danos ou agravos à saúde do servidor, em decorrência do ambiente, dos processos de trabalho e dos hábitos de vida”. Além disso, conceitua também proteção da saúde como um “conjunto de medidas adotadas com a finalidade de reduzir e/ou eliminar os riscos decorrentes do ambiente, do processo de trabalho e dos hábitos de vida” (BRASIL, 2010).

#### **4 A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL NO ÂMBITO DA UFBA**

A Unidade SIASS/UFBA está inserida e vinculada ao Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB) desde a sua implantação em 2010, localizada na cidade de Salvador-Bahia. Utiliza a estrutura física e organizacional desse serviço, sendo articulada através de acordos de cooperação técnica com outros órgãos federais, sendo alocados recursos humanos e materiais que contribuem para a operacionalização das ações do Subsistema. Em 2011, a referida unidade pactuou acordo de cooperação com 11 (onze) órgãos federais sendo estendidas as ações para 37 órgãos conveniados ao longo dos últimos anos elevando consideravelmente, a demanda a ser atendida.

Segundo o relatório da análise situacional elaborado pela gestão em 2018, a unidade passou a executar apenas as ações periciais em detrimento das ações de vigilância à saúde preconizadas pela norma devido a inexistência de recursos para esse fim. Atualmente, a U-SIASS/UFBA passou por um processo de repactuação com os órgãos conveniados e de reorganização das ações periciais ficando apenas responsável por 13 órgãos federais, incluindo a própria UFBA. A Unidade atende aproximadamente, cerca de 10 mil servidores ativos, sendo que cerca de 60% são servidores ativos da UFBA<sup>19</sup>. Estruturalmente, ocupa 03 consultórios, duas salas administrativas e uma recepção. Dispõe de 06 médicos peritos, 03 odontólogos peritos, 05 profissionais em funções administrativas e 01 gestor. Nacionalmente, existem 156 Unidades SIASS e o Estado da Bahia conta com 04 unidades. A U-SIASS/UFBA conta atualmente, com Unidades de Extensão nos municípios de Vitória da Conquista e Barreiras.

No que concerne às atividades desenvolvidas no eixo pericial convém conceituá-las conforme o Manual Oficial de Perícia, para melhor percepção dos dados apresentados neste estudo. As licenças para tratamento de saúde podem ser destinadas a três situações distintas, seguindo critérios definidos legalmente, o

---

<sup>19</sup> Dados de servidores UFBA. Disponível em: [https://proplan.ufba.br/sites/proplan.ufba.br/files/ufba\\_em\\_números\\_2018.pdf](https://proplan.ufba.br/sites/proplan.ufba.br/files/ufba_em_números_2018.pdf). Acesso em: 13 jan. 2019.

registro administrativo do atestado<sup>20</sup>, a perícia singular<sup>21</sup> e a junta médica ou odontológica em saúde<sup>22</sup>.

Das atividades realizadas na U-SIASS/UFBA verifica-se que em 2017 foram realizados 9.811 atendimentos periciais, sendo que 50% foram registros de atestados, 37% foram de perícias singulares, 11% foram de juntas médicas e menos de 1% de perícias em trânsito.

Quanto ao SMURB cabe informar que se trata de um órgão administrativamente vinculado à Pró-Reitoria de Desenvolvimento de Pessoas (PRODEP), mas também ao SIUNIS (Sistema Universitário de Saúde), por ser essencialmente uma unidade de saúde. Desempenha ações básicas de saúde, exclusivamente para servidores e alunos além de, originalmente ser o órgão pericial da UFBA. Dispõe de equipe multiprofissional e setores que fornecem suporte às atividades do SIASS, a exemplo dos setores de Saúde Ocupacional, Engenharia e Segurança do Trabalho.

Diante do exposto faz-se necessário ressaltar a importância da Unidade SIASS no âmbito da UFBA e do SMURB, por ser este serviço o responsável pelos atos periciais e ter em sua missão primordial, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, alinhando-se com a proposta do SIASS.

---

<sup>20</sup> Registro administrativo do atestado - não há necessidade de avaliação pericial, são designadas como licença de curta duração, quando o atestado consta de 1 a 5 dias de afastamento e o servidor possui até 14 dias acumulados de afastamento num período de um ano. *Passim*.

<sup>21</sup> Perícia singular – ato médico ou odontológico realizado por um perito, em servidor que possuir acima de 14 dias de afastamento no período de um ano ou ao servidor que apresenta atestado com afastamento acima de 5 dias. *Op. cit.*

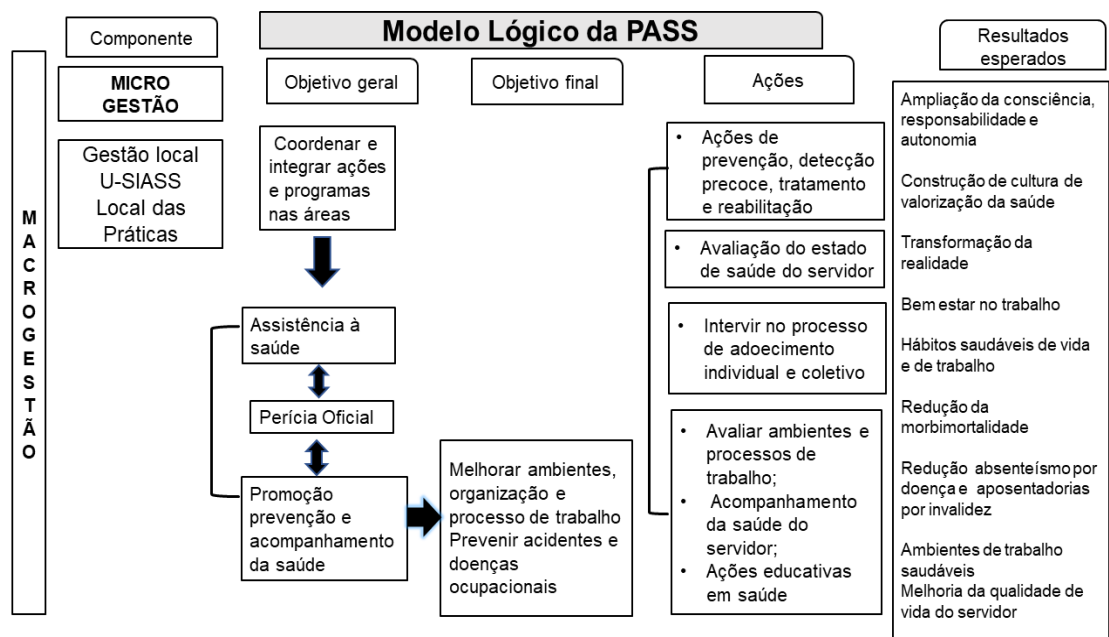
<sup>22</sup> Junta médica ou odontológica em Saúde – perícia médica ou odontológica realizada por uma equipe de três peritos, ao servidor que possui acima de 120 dias de afastamento acumulados num período de um ano. *Op. cit.*

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os elementos do modelo lógico foram identificados dois grandes componentes: a macrogestão, que corresponde às ações de responsabilidade do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) e do Comitê Gestor situado como elemento do contexto, e a micro gestão referente às ações atribuídas às Unidades SIASS e seus atores, que devem coordenar e integrar as ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção da saúde e prevenção de doenças e a vigilância dos ambientes de trabalho. Ademais foram pontuadas as ações, os objetivos intermediários e finais. Este estudo procurou analisar as ações práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Salienta-se que no processo de elaboração do modelo lógico da política analisada foram observados aspectos não explícitos na norma, ressaltando a ausência de um documento único da Política, o que a torna fragmentada; a ausência de explicitação do “problema” gerador da necessidade de formulação da mesma, de objetivos e ações a serem desenvolvidas. Segundo Champagne *et al.* (2011) há casos onde as intervenções sucedem de saberes implícitos, cabendo à modelização explicitar a teoria e evidenciar a interação entre os diversos atores e os seus objetivos (Figura 2) abaixo.

**Figura 2 – Modelo Lógico da PASS**



**Fonte:** Documentos Normativos da PASS. Decreto nº 6.833, 2009 e Portarias Normativas nº 03/2010 e 03/2013. Elaborado pela autora, 2019.



Os 43 estudos selecionados nesta pesquisa foram categorizados a partir das seguintes intervenções: prevenção em transtornos mentais com 15 artigos (05 de meta análise), prevenção em distúrbios musculoesqueléticos com 11 artigos (04 de meta análise), promoção da saúde no local de trabalho com 10 artigos (02 de meta análise), prevenção de doenças, agravos e acidentes ocupacionais com 03 artigos (01 de meta análise), gestão do absenteísmo com 02 artigos e prevenção de incapacidade para o trabalho com 02 artigos de meta análise (Apêndices A e B, p. 110 e 114).

Os resultados e discussão foram descritos conforme as seis categorias analisadas e apresentados de forma sucinta sob a forma de quadros, onde constam as intervenções e os resultados. No que tange a qualidade das evidências apresentadas nos estudos verificou-se o uso da classificação GRADE<sup>23</sup> e dos instrumentos PRISMA<sup>24</sup> e AMSTAR<sup>25</sup>, além do uso de *checklists* e *guideline* que garantem a qualidade metodológica dos estudos. Ressalta-se que, alguns estudos não classificaram as evidências encontradas.

A partir das evidências que emergiram na revisão da literatura, dos estudos primários e dos estudos de revisão sistemática consultados foi elaborado o modelo conceitual da PASS. O modelo elaborado focou na dimensão das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças nos diversos níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), que englobam intervenções em distúrbios mentais,

---

<sup>23</sup> Sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) -sistema universal para graduar a qualidade das evidências e a força das recomendações. Níveis de evidências: **Alto (A)** - há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado. Resultados provenientes de ensaios clínicos randomizados bem planejados e conduzidos, com grupos paralelos, controles e análise de dados adequados e achados consistentes, além de estudos de coorte prospectivo bem planejado e conduzido. **Moderado (B)** - há confiança moderada no efeito estimado. Resultados provenientes de ensaios clínicos randomizados com importantes problemas na condução, inconsistência nos resultados e estudos observacionais. **Baixo (C)** - a confiança no efeito é limitada. Os resultados são provenientes de estudos observacionais (estudos de coorte e caso controle), além de ensaios clínicos com limitações. **Muito Baixo (D)** - a confiança na estimativa de efeito é muito limitada, com importante grau de incerteza nos achados. Qualquer estimativa de efeito é incerta. Resultados provenientes de estudos observacionais não controlados, relatos de caso e série de casos (EL DIB *et al.*, 2014); BRASIL, 2014. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_sistema\\_grade.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf). Acesso em: 31 maio 2019.

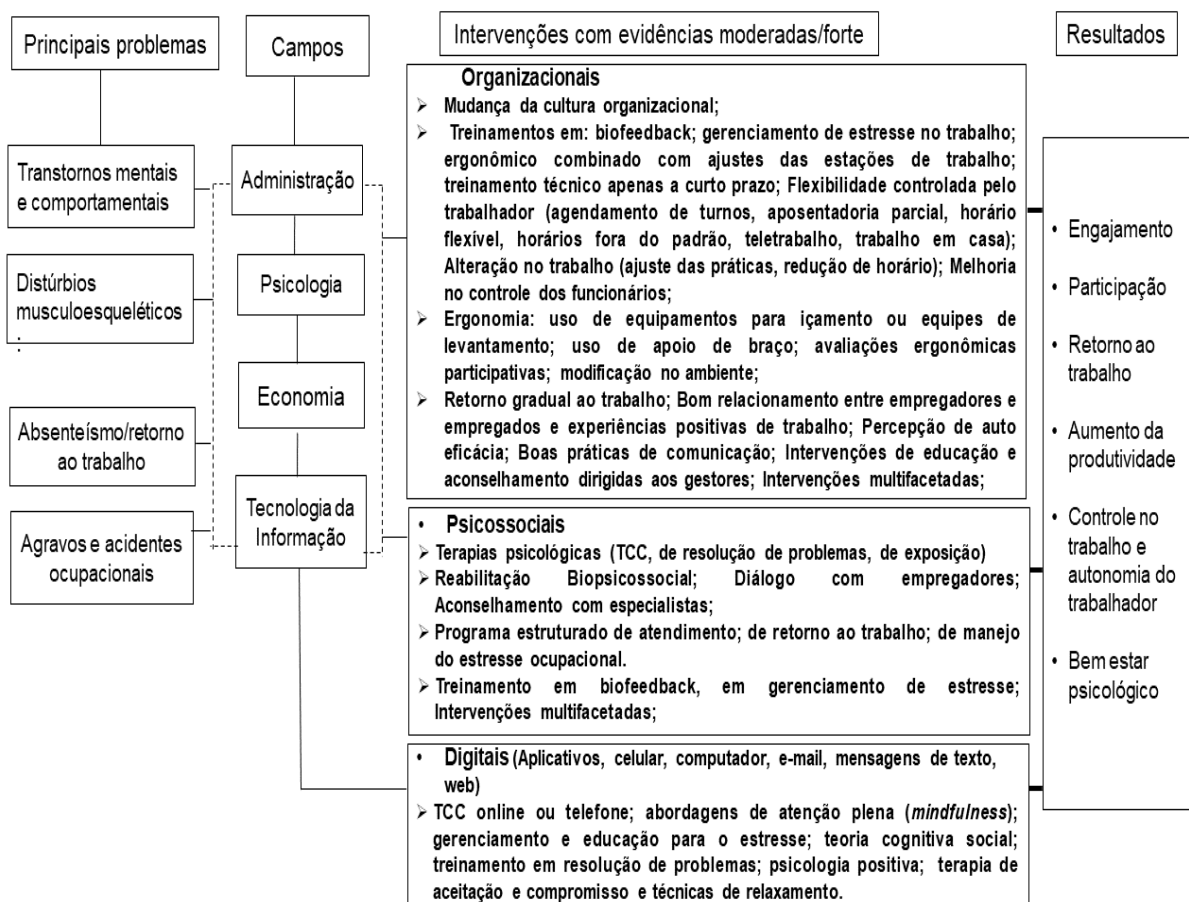
<sup>24</sup> PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*) é uma diretriz que tem como objetivo melhorar a qualidade do relato dos dados da Revisão Sistemática e Metanálise. Seu foco são os Ensaios Controlados Randomizados. Também orienta na avaliação crítica de uma Revisão e de uma Metanálise já publicada. Composto de um *checklist* de 27 itens e um diagrama de fluxo de seleção de artigos de quatro fases *Op. cit.*

<sup>25</sup> AMSTAR (*Assessment of Multiple Systematic Reviews*) – ferramenta de medição para avaliar revisões sistemáticas, é confiável, válido e fácil de usar (SHEA *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2015).

musculoesqueléticos, em doenças e agravos ocupacionais e na gestão do absenteísmo. Foram identificadas intervenções organizacionais, psicossociais, digitais e outras (educacionais, físicas) voltadas ao indivíduo, coletivo e ambiente.

A síntese produzida no Modelo Conceitual foi resultado da revisão sistemática da literatura. Todos os estudos estavam baseados em conceitos e teorias implícitas ou explícitas no campo da Administração/Gestão, Psicologia, Economia e Tecnologia da Informação. Aponta-se como elementos fundamentais no contexto, a participação ativa, o engajamento e a busca pela autonomia dos atores sociais envolvidos. Por fim, foram assinalados os resultados esperados a partir da implementação das intervenções (Figura abaixo).

**Figura 3 – Modelo Conceitual da PASS**



**Fonte:** Estudos de revisão sistemática. Elaborado pela autora, 2019.

A seguir, descreve-se os resultados encontrados de acordo com as categorias de análise definidas.

## 5.1 PREVENÇÃO EM TRANSTORNOS MENTAIS

O Quadro 1 (abaixo) sistematiza as principais evidências de intervenções de prevenção em saúde mental e os fatores que favorecem o retorno ao trabalho, identificados nesta categoria analisada.

**Quadro 1** - Síntese dos resultados na categoria prevenção em transtornos mentais a partir dos 15 estudos selecionados

Intervenções	Resultados
Organizacionais para melhorar o bem estar de professores: mudanças nas tarefas, flexibilidade de horários, melhorias no ambiente de trabalho, rede de apoio de treinamento intervenção combinada (pagamento de bônus de desempenho, promoção de emprego e orientação).	Evidência de baixa qualidade (NAGHIEH <i>et al.</i> , 2015).
Organizacionais para prevenção ao estresse em profissionais de saúde: mudança de horário, ajuste das práticas de trabalho e reforço às capacidades dos trabalhadores de lidar com o estresse.	Evidência moderada (RUOTSALAINEN <i>et al.</i> , 2015).
Intervenções de prevenção do <i>bullying</i> , assédio moral e <i>Burnout</i> : 1. Organizacionais e individuais: civilidade, respeito e engajamento na força de trabalho, escrita expressiva, exercício de controle de escrita, intervenção cognitivo comportamental, treinamento de gerenciamento de estresse, treinamento de conscientização de comportamentos negativos, educação e desenvolvimento de políticas. 2. Programas de manejo do estresse ocupacional com intervenções organizacionais do trabalho e individuais. 3. Intervenções psicossociais, cognitivas e comportamentais (atividade física). 4. Psicossociais: aconselhamento de especialistas, diálogo no local de trabalho entre empregados e empregadores, como estratégias bem-sucedidas.	1. Evidência de baixa qualidade na prevenção do <i>bullying</i> e assédio moral (GILLEN <i>et al.</i> , 2017). 2. Maior participação na tomada de decisões e melhor autonomia do trabalhador. Intervenção por longo tempo (DAMIANI <i>et al.</i> , 2006). 3. Evidência insuficiente (PENALBA <i>et al.</i> , 2008). 4. Estratégias bem-sucedidas para prevenção do <i>Burnout</i> e <i>Bullying</i> (PERSKI <i>et al.</i> 2017).
Facilitadores de retorno ao trabalho: 1. Organizacionais: melhoria no controle dos funcionários, promoção de atividade física, modificação no ambiente de trabalho, programas especializados de cuidados nos locais de trabalho para ajudar os funcionários a lidar com problemas, programa estruturado de atendimento por telefone com gerenciamento de cuidados e retorno gradual ao trabalho. 2. Fatores Individuais: percepção de auto eficácia, motivação para o trabalho, menor idade e melhor nível socioeconômico. No ambiente de trabalho: boas práticas de comunicação, avaliação e modificação da carga de trabalho, bom relacionamento entre empregadores e empregados e experiências positivas de trabalho.	Evidência de qualidade forte a moderada em todos os níveis de prevenção (primária, secundária e terciária (ANSOLEAGA <i>et al.</i> , 2015; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018).  2. Colaboram no retorno ao trabalho (ANSOLEAGA <i>et al.</i> , 2015).
Facilitadores de retorno ao trabalho: Psicossociais: TCC online ou por telefone, terapia de resolução de problemas, terapia de exposição; programas de retorno ao trabalho, aconselhamento; Programa estruturado de atendimento por telefone com gerenciamento de cuidados; programas especializados de cuidados para ajudar funcionários a lidar com problemas Programa estruturado de atendimento por telefone com gerenciamento de cuidados.	Evidência forte a moderada.  (ARENDES <i>et al.</i> , 2012; NIEUWENHUIJSEN <i>et al.</i> , 2014; JOYCE <i>et al.</i> , 2016; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018).
Facilitadores de retorno ao trabalho: Prática de exercícios físicos de relaxamento e alongamento (ARENDES <i>et al.</i> , 2012; NIEUWENHUIJSEN <i>et al.</i> , 2014; JOYCE <i>et al.</i> , 2016; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018).	Evidência alta a moderada.
Efeitos das intervenções digitais: Intervenções: terapia cognitivo comportamental; abordagens de atenção plena ( <i>mindfulness</i> ); treinamento cognitivo; gerenciamento de estresse; educação para o estresse; técnicas de relaxamento; teoria cognitiva social; treinamento em resolução de problemas; psicologia positiva; terapia de aceitação e compromisso.	Evidências fortes para ansiedade, depressão e estresse; proporcionam bem-estar psicológico, aumentam a produtividade e o engajamento (STRATTON <i>et al.</i> , 2017; KUSTER <i>et al.</i> , 2017; CAROLAN <i>et al.</i> , 2017).

(Avaliação econômica) Intervenções de prevenção em saúde mental: Programas de manejo do estresse ocupacional (DAMIANI <i>et al.</i> , 2006; REENEN <i>et al.</i> , 2012).	Intervenções de prevenção em saúde mental podem ser custo-efetivas. Baixa qualidade metodológica dos estudos.
---	---

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2019.

Os transtornos mentais prevalecem na força de trabalho em diversos países, afetando a capacidade laborativa do indivíduo, ocasionando impacto no bem-estar do trabalhador, no ambiente de trabalho e para a sociedade em geral, implicando em acréscimo significativo de despesas pessoais e públicas.

Intervenções organizacionais para melhorar o bem-estar de professores, foi objeto de análise do artigo de Naghieh *et al.* (2015), nas quais foram analisadas a política e a governança, a comunicação, o clima organizacional, a prática gerencial, a autonomia e empoderamento do profissional, carga e ambiente de trabalho. As intervenções consistiram em mudanças nas tarefas dos professores, horários de trabalho flexíveis, melhorias no ambiente de trabalho, rede de apoio de treinamento em toda a escola e individual, intervenção combinada (pagamento de bônus de desempenho, promoção de emprego e orientação). Contudo, o estudo assinala evidências de baixa qualidade de que as intervenções organizacionais levam a melhorias no bem-estar dos professores e nas taxas de retenção.

O estudo de Peñalba *et al.* (2008) avaliou o efeito e a efetividade de intervenções psicossociais, cognitivas e comportamentais para prevenção de distúrbios mentais em policiais e não encontrou evidências suficientes de que as intervenções psicossociais, incluindo as intervenções baseadas em exercícios físicos, reduzam os sintomas relacionados ao estresse.

Complementando as evidências deste grupo, o artigo de Ansoleaga *et al.* (2015) identificou fatores individuais que colaboram no retorno ao trabalho como: percepção de auto eficácia, motivação para o trabalho, menor idade e melhor nível socioeconômico. Já no ambiente de trabalho foram identificadas: as boas práticas de comunicação, uma boa avaliação e modificação da carga de trabalho, um bom nível de relacionamento entre empregadores e empregados, além de experiências de trabalho positivas. Em outros estudos analisaram o *burnout* clínico<sup>26</sup>, o estresse e o

<sup>26</sup> *Burnout* clínico destaca a exaustão clinicamente significativa e desempenho prejudicado no trabalho, o que motiva a procura profissional. Exaustão acompanhada por sofrimento, sensação de redução da eficácia, motivação reduzida e desenvolvimento de disfunções. Também definido como um estado de espírito persistente, negativo e relacionado ao trabalho. Essa condição psicológica se desenvolve gradualmente, mas pode permanecer despercebida por muito tempo para o indivíduo

*bullying*<sup>27</sup> como fatores relacionados ao aparecimento de transtornos mentais no ambiente de trabalho, descritos nos estudos de Perski *et al.* (2017) e Ruotsalainen *et al.* (2015) que apontam as intervenções psicossociais como o aconselhamento de especialistas e o diálogo no local de trabalho entre empregados e empregadores, como estratégias bem-sucedidas. Ruotsalainen *et al.* (2015) num estudo com meta análise de prevenção ao estresse em profissionais de saúde encontrou resultado contrário ao estudo de Naghieh *et al.* (2015) quanto às intervenções organizacionais, indicando a mudança de horário com evidência moderada na redução do estresse enfatizando também, o ajuste das práticas de trabalho e reforço às capacidades dos trabalhadores de lidar com estressores ambientais em um nível pessoal.

Num estudo que também analisou intervenções para prevenção do *bullying* e assédio moral no ambiente de trabalho foram destacadas evidências de baixa qualidade quanto as intervenções organizacionais e individuais de que estas possam impedir comportamentos de intimidação no local de trabalho. As intervenções analisadas foram, civilidade, respeito e engajamento na força de trabalho, escrita expressiva<sup>28</sup>, exercício de controle de escrita<sup>29</sup>, intervenção cognitivo comportamental, treinamento de gerenciamento de estresse<sup>30</sup> e treinamento de conscientização de

---

envolvido. Resulta de um desajuste entre intenções e realidade no trabalho (RUOTSALAINEN *et al.*, 2015; PERSKI *et al.*, 2017).

<sup>27</sup> *Bullying* numerosos termos e conceitos foram usados como sinônimos para o *bullying*, definido como, “comportamento frequentemente intencional, repetitivo, persistente, ofensivo, abusivo, intimidador, malicioso ou insultuoso, abuso de poder ou sanções penais injustas contra as quais a vítima acha difícil se defender”. O receptor sente-se perturbado, ameaçado, humilhado ou vulnerável, enfraquece sua autoconfiança levando a sofrer estresse. Também pode significar assediar, ofender, excluir alguém socialmente ou afetar negativamente as tarefas de trabalho de alguém, terror psicológico, abuso de trabalho (GILLEN *et al.*, 2017).

<sup>28</sup> Escrita expressiva escrever sobre si mesmo e sobre experiências pessoais. Disponível em: <https://www.psiqneanalise.com/single-post/2018/01/25/Escrita-expressiva-o-poder-de-escrever-e-reescrever-sua-propria-historia>. Acesso em: 18 maio 2019.

<sup>29</sup> Exercício de controle de escrita - técnica onde são fornecidos “uma grande quantidade de conteúdo e / ou forma [como] um esboço para completar um parágrafo para manipular, um modelo a seguir ou uma passagem para continuar. Disponível em: <http://teflersinn.blogspot.com/2015/07/controlled-writing-effective.html?m=1>. Acesso em: 18 maio 2019.

<sup>30</sup> Gerenciamento de estresse são atividades ou programas desenvolvidos por uma organização que se concentra na redução da presença de estressores ou em ajudar as pessoas a minimizar resultados negativos da exposição a esses estressores. Compostos por uma variedade de técnicas. Podem incluir intervenções cognitivo-comportamental, relaxamento, meditação, respiração profunda, organizacional, dentre outras. Disponível em: [Effects of Occupational Stress Management Intervention ... – CiteSeerX citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.862](https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.862). Acesso em: 10 jun. 2019.

comportamentos negativos<sup>31</sup>, educação e desenvolvimento de políticas, a nível organizacional (GILLEN *et al.*, 2017).

Ainda na perspectiva do manejo do estresse no ambiente de trabalho, alguns estudos destacam o efeito das intervenções digitais fornecidas através de *websites* ou aplicativos para *smartphone* ou *tablet*, para as situações de ansiedade, depressão e estresse, com a oferta da terapia cognitivo-comportamental, controle do estresse, abordagens de atenção plena (*mindfulness*)<sup>32</sup> e treinamento cognitivo, apontando que podem ser intervenções efetivas nestes distúrbios (STRATTON *et al.*, 2017; KUSTER *et al.*, 2017; CAROLAN *et al.*, 2017). O estudo de Stratton *et al.* (2017) destaca evidências fortes para a abordagem de atenção plena, quando oferecida ao total de funcionários, entretanto, o estudo recomenda pouco, a prática de gerenciamento de estresse a todos os empregados, podendo ocasionar um impacto negativo, sendo apenas recomendável aos trabalhadores com alto nível de estresse. Por outro lado, Kuster *et al.* (2017) comparou intervenções informáticas *versus* presenciais, com intervenções de educação para o estresse, com técnicas de relaxamento ou *mindfulness*, a partir de um computador, em pequenos grupos de trabalhadores, evidenciou serem estas muito baixas e conflitantes, quando comparadas às intervenções presenciais.

Ainda nessa perspectiva, o estudo de Carolan *et al.* (2017) analisou o efeito de intervenções digitais em saúde mental para melhoria do bem-estar dos trabalhadores, enfatizando que há evidências de que estresse, depressão e ansiedade relacionados ao trabalho podem ser evitados e tratados no local de trabalho consequentemente, os trabalhadores que recebem tratamento têm maior probabilidade de serem altamente

---

<sup>31</sup> Treinamento de conscientização de comportamentos negativos - o objetivo é combater conflitos e comportamentos negativos. Conscientização sobre o comportamento negativo e seu impacto nos indivíduos e na organização, e no desenvolvimento de compreensão do que é um comportamento aceitável / inaceitável dentro da organização (HOEL, 2006 *apud* GILLEN, *et al.*, 2017).

<sup>32</sup> *Mindfulness* a origem do conceito está nas práticas orientais de meditação. Definida como uma forma específica de atenção plena – concentração no momento atual, intencional, e sem julgamento, em contradição com a desatenção comum nos indivíduos, saindo do comando do piloto automático, permitindo à pessoa lidar de maneira flexível com os eventos do momento. Exercícios de varredura mental do corpo (o corpo é observado parte por parte), exercício de concentração na respiração, meditação em posição sentada, práticas de alongamento (explorando em detalhes sensações corporais como tensão, dor, outros); e técnicas meditativas adotadas do *yoga*, são exemplos de técnicas utilizadas no *Mindfulness*. O objetivo é vivenciar a respiração, os pensamentos, e os outros conteúdos sem querer alterá-los ou controlá-los, permitindo conscientemente observar o presente. Ao estar intencionalmente atento no presente, permite-se lidar de maneira criativa com situações atuais (VANDENBERGHE; SOUSA, 2006).

produtivos. Dentre as intervenções analisadas distinguem-se, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)<sup>33</sup>, *mindfulness*, teoria cognitiva social<sup>34</sup>, treinamento em resolução de problemas<sup>35</sup>; psicologia positiva<sup>36</sup>; e terapia de aceitação e compromisso<sup>37</sup>. Os principais meios de realizar as intervenções foram através de um *website*, seguidas de um aplicativo no computador, *e-mail* e computador autônomo. Outras formas de realizar a intervenção e envolver os usuários foram o *e-mail*, seguidas de mensagens de texto, teleconferências, ligações telefônicas, pessoalmente, através de uma pasta de trabalho ou um *Compact Disc* (CD). As intervenções foram autoguiadas ou provenientes de um profissional. Os resultados evidenciaram efeito significativo que as intervenções de saúde mental digital ocupacional, proporcionam bem-estar psicológico aos trabalhadores e aumentam a produtividade do trabalho e o engajamento.

O estudo de Damiani *et al.* (2006) avalia o efeito de programas de manejo do estresse ocupacional na diminuição do absenteísmo a partir de intervenções voltadas para a organização do trabalho e nas características individuais de cada trabalhador. Este estudo concluiu que, para o controle do absenteísmo é importante que a intervenção seja mantida continuamente e por longo tempo. Segundo o autor, o gerenciamento do estresse deve assessorar a mudança organizacional, maior

---

<sup>33</sup> TCC - abordagem terapêutica estruturada, diretiva, com metas claras e definidas pelo psicólogo e paciente, focada no momento presente e utilizada para tratar desde problemas emocionais diversos, como também, comportamentos disfuncionais. Combina abordagem cognitiva e procedimentos comportamentais. Objetiva modificar os pensamentos e as crenças centrais. O terapeuta tem um papel ativo, colaborativo e educativo, ensinando o indivíduo através de técnicas e atividades de casa, buscando uma alteração emocional e comportamental consolidada e permanente a fim de mudar pensamentos e crenças. Disponível em: <https://www.psicologiviva.com.br/blog/terapia-cognitivo-comportamental/>. Acesso em: 25 abr. 2019.

<sup>34</sup> Teoria cognitiva social adota a perspectiva do “ser agente” para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança, influenciando o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. Segundo essa visão, as pessoas são “auto-organizadas, proativas, autorreguladas e auto reflexivas”. Os conceitos-chave da teoria social cognitiva são modelagem (aprendizagem por observação), as expectativas de resultados, auto eficácia, a definição de objetivos e autorregulação (BANDURA, 2008). Disponível em: <https://psicoativo.com/2016/09/>. Acesso em: 25 abr. 2019.

<sup>35</sup> Terapia em resolução de problemas “é um processo que faz emergir uma grande quantidade de respostas alternativas para lidar com uma situação problema as quais possibilitam a escolha de respostas mais adequadas e a redução das emoções negativas”. Permite que o indivíduo se coloque de forma mais positiva frente às suas dificuldades e amplie sua habilidade em resolvê-las. Propõe ensinar uma técnica que ajude a pessoa a reconhecer um problema, traçar e avaliar estratégias de ação e realizá-las (CADE; PRATES, 2001).

<sup>36</sup> Psicologia positiva segundo Martin Seligman, pioneiro nesta área, o objetivo é “catalisar uma mudança na Psicologia, saindo do viés negativo, passando para a construção do que promove qualidade de vida. Não ignora o que não funciona, mas também não ignora o que está funcionando bem”. É um movimento científico, que busca comprovar cientificamente que o homem pode ser mais feliz e ter uma vida melhor. Disponível em: <http://academiadopsicologo.com.br/portal/o-que-e-psicologia-positiva/>. Acesso em: 26 abr. 2019.

<sup>37</sup> Terapia de aceitação e compromisso é uma terapia cognitivo-comportamental que “associa processos de aceitação e atenção a processos de compromisso e mudança de comportamento para a criação de uma flexibilidade psicológica” (HAYES *et al.*, 2008; BARBOSA; MURTA, 2014).

participação na tomada de decisões e melhor autonomia do trabalhador. Enfatiza a necessidade de avaliação econômica para promover a produtividade organizacional.

Ressalta-se a avaliação econômica das intervenções de prevenção ou tratamento de problemas de saúde mental realizada por Reenen *et al.* (2012). Apesar do número limitado de estudos de avaliação econômica de alta qualidade para melhor avaliação do impacto econômico das intervenções em saúde mental no local de trabalho, o estudo concluiu que as intervenções de prevenção em saúde mental podem ser custo-efetivas, ou seja, os efeitos na saúde mental ou na qualidade de vida superam o valor investido. A evidência foi classificada de baixa a moderada. Os autores enfatizam a carência de estudos de avaliação econômica de alta qualidade para melhor avaliação do impacto econômico dessas intervenções em saúde mental no local de trabalho.

Conforme os estudos pesquisados, as consequências geradas pelos transtornos mentais levaram os formuladores de política e pesquisadores em diversos países especialmente, Austrália, Japão, USA, Dinamarca, Holanda, Finlândia, Suíça, Alemanha, Noruega e Suécia ao desenvolvimento de uma variedade de intervenções com um único objetivo de facilitar o retorno ao trabalho (REENEN *et al.*, 2012; STRATTON *et al.*, 2017; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018).

Estudos que se debruçaram sobre os facilitadores de retorno ao trabalho revelaram intervenções organizacionais, psicossociais e outras como formas de prevenção do estresse e outros transtornos psicológicos e mentais (ARENDES *et al.*, 2012; REENEN *et al.*, 2012; ANSOLEAGA *et al.*, 2015; JOYCE *et al.*, 2016; PERSKI *et al.*, 2017; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018). Foram identificadas evidências de qualidade forte a moderada, passando por todos os níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) de intervenções organizacionais como melhoria no controle dos funcionários, promoção de atividade física, modificação no ambiente de trabalho, programas especializados de cuidados nos locais de trabalho para ajudar os funcionários a lidar com problemas, programa estruturado de atendimento por telefone com gerenciamento de cuidados<sup>38</sup> e retorno gradual ao trabalho (ANSOLEAGA *et al.*, 2015; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018). No que se refere as intervenções

---

<sup>38</sup> Programa de atendimento por telefone e gestão de cuidado - avaliou sistematicamente as necessidades de tratamento, facilitando, monitorando e apoiando a adesão ao tratamento (psicoterapia, medicação antidepressiva) (NIEUWENHUIJSEN *et al.*, 2014).



psicossociais com evidência forte a moderada, a TCC *online* ou por telefone, a terapia de resolução de problemas<sup>39</sup>, terapia de exposição<sup>40</sup> e programas de retorno ao trabalho baseados na TCC e focados no problema e o aconselhamento tem sido as práticas mais indicadas (ARENDES *et al.*, 2012; REENEN, *et al.*, 2012; JOYCE *et al.*, 2016; PERSKI *et al.*, 2017; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018). A prática de exercícios físicos de relaxamento e alongamento são indicados com estudos de qualidade alta a moderada de evidência científica (ARENDES *et al.*, 2012; NIEUWENHUIJSEN *et al.*, 2014; JOYCE *et al.*, 2016; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018).

Importante salientar que, apesar da escassez de estudos que avaliem o custo benefício das intervenções nesta categoria foi identificado que as intervenções de prevenção em saúde mental podem ser custo-efetivas (DAMIANI *et al.*, 2006; REENEN *et al.*, 2012).

## 5.2 PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS MUSCULOESQUELÉTICOS

O Quadro 2 (abaixo) sistematiza as principais evidências de intervenções de prevenção de distúrbios musculoesqueléticos, identificados nesta categoria analisada.

**Quadro 2** - Síntese dos resultados na categoria prevenção de distúrbios musculoesqueléticos a partir de 11 artigos selecionados

Intervenções	Resultados
Intervenções conservadoras: Comportamentais: exercícios, terapia ocupacional Ergonômicas Fisioterapia (exercícios, mobilização, eletroterapia, ultra-som, manipulação espinal).	Evidências de baixa qualidade para intervenções ergonômicas Evidências inconsistentes para as demais intervenções (VERHAGEN <i>et al.</i> , 2013).
1. Ergonômicas físicas: uso de apoios de braço, <i>mouse</i> alternativos, ajuste da estação de trabalho de apoio; <i>biofeedback</i> (vibração); 2. Ergonômicas organizacionais: pausas suplementares; 3. Ergonômicas comportamentais: treinamento participativo em intervenções ergonômicas; 4. Ergonômicas multifacetadas	1. Evidência de qualidade moderada no uso concomitante dos dois artefatos. Inconsistente no uso isolado; 2. Não produziram evidências de melhores efeitos. 3. Evidências de baixa a muito baixa qualidade para prevenir DORT.

<sup>39</sup> Terapia de resolução de problemas são intervenções focadas principalmente na identificação de problemas, na geração e seleção de soluções, no desenvolvimento de um plano de ação e na avaliação da solução (ARENDES *et al.*, 2012).

<sup>40</sup> Terapia de exposição é um tipo específico de terapia cognitivo-comportamental, na qual a pessoa confronta sentimentos, fobias ou ansiedades sobre um evento traumático e a revive na situação da terapia (PEÑALBA, *et al.*, 2008).

(HOE <i>et al.</i> , 2018).	4. Evidência de qualidade muito baixa.
Efeito da MBR em trabalhadores com lombalgia crônica e aguda 1. MBR (Reabilitação Biopsicossocial Multidisciplinar) (KAMPER <i>et al.</i> , 2014; MARIN <i>et al.</i> , (2017). Efeito das intervenções multicomponentes para reduzir o absenteísmo 2. Intervenções multicomponentes iniciadas precocemente – abordagem de cuidados escalonados (COCHRANE <i>et al.</i> , 2017).	1. Menos dor e incapacidade, maior probabilidade de retorno ao trabalho, menos dia de licença. Qualidade da evidência de baixa a muito baixa em comparação ao tratamento apenas físico. 2. Evidência de qualidade moderada
Efeito do condicionamento físico para o retorno ao trabalho 1. Condicionamento físico (SCHAAFSMA <i>et al.</i> , 2013).	Efeito indeterminado para retorno ao trabalho.
Efeito das intervenções como forma de reduzir o absenteísmo e a perda de emprego em trabalhadores com distúrbios osteomusculares: Intervenções físicas, psicológicas, sociais e ambientais, no âmbito: 1. Individual: exercícios, programa de fortalecimento do trabalho, fisioterapia, terapia psicológica como TCC enfrentamento e relaxamento, superação de barreiras psicossociais ao trabalho ou atitudes e percepções do trabalho, educação destinada a influenciar as percepções e o comportamento, ensaio de técnicas de trabalho mais seguras e uso de suportes lombares; 2. Local de trabalho: avaliações de risco ergonômico e ou psicossocial, avaliações ergonômicas participativas; mudanças ergonômicas no ambiente físico; alterações no trabalho com redução de horário, tarefas mais leves e intervenções de educação e aconselhamento dirigidas aos gestores; 3. No trabalho: análise do plano de ação coordenado, consulta com médico do trabalho, serviços de referência, dentre outros.	Maior parte das intervenções são modestamente benéficas e efetivas Média de 10% de retorno ao trabalho Efeito pouco significativo na redução do absenteísmo Incertezas quanto ao custo-benefício (PALMER <i>et al.</i> , 2012).
Implementação de intervenções ergonômicas organizacionais na prevenção de DORT:  1. Individuais: intervenção ergonômica participativa, atividade física e estilo de trabalho (postura corporal, carga de trabalho estática, pausas e estresse no trabalho) 2. No local de trabalho: uso de equipamentos de levantamento de pacientes acamados (SULTAN-TAÏEB <i>et al.</i> , 2018).	1. Evidências limitadas dos benefícios econômicos Custo efetiva para estilo de trabalho na redução de sintomas Não custo-efetiva, para reduzir a carga de trabalho e melhorar o envolvimento dos trabalhadores no trabalho; Benefício positivo na redução do absenteísmo, com qualidade da evidência limitada 2. Resultados foram limitados e não foi considerada custo-efetiva.
Intervenções que reduzam os fatores de risco na manipulação de pacientes: 1. Intervenções multifatoriais: avaliação de risco, fornecimento de equipamentos, educação e treinamento, redesenho do ambiente de trabalho, monitoramento das lesões, registros de risco, auditoria de práticas de trabalho/avaliações de risco, além de treinamento de aptidão física e exames médicos. 2. Intervenções de fator único: uso de equipamentos, equipe de elevação 3. Intervenções baseadas em treinamento técnico (HIGNETT, 2003).	1. Intervenções multifatoriais têm maiores chances de sucesso se baseadas em um programa de avaliação de risco que envolva a equipe. 2. Evidência moderada para fornecimento de equipamentos e para equipe de elevação. Custo efetiva a provisão de equipamentos. 3. Evidência forte para treinamento técnico não tem impacto sobre o processo de trabalho ou lesões; Evidências moderadas, quanto ao uso de treinamento técnico apenas para alcançar alterações a curto prazo.
Efeitos na saúde visual e músculo esquelética: 1. Múltiplas intervenções - ações de prevenção primária, secundária, design adequado do local de trabalho e treinamento dos trabalhadores tornando-os sujeitos ativos de prevenção, são as intervenções plausíveis nestes casos.	1. Efeitos na saúde visual e músculo esquelética de trabalhadores que utilizam telas digitais (ARAGONÉS <i>et al.</i> , 2017)
Prevenção de sintomas musculoesqueléticos de extremidade superior 1. Exercício físico, treinamento ergonômico combinado com exercício físico, ou ergonômico isolado, ajustes da estação de trabalho isolado, teclados alternativos, cadeira de assento curvo ou plano, pausas de descanso, intervalos de descanso e exercícios específicos, ergonomia participativa, programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas, estratégias de prevenção e fisioterapia e redesenho de trabalho.	1. Evidências inconsistentes 2. Evidências fortes 3. Evidência moderada 4. Evidências limitadas (KENNEDY <i>et al.</i> , 2010)

2. Treinamento ergonômico combinado com ajustes das estações de trabalho. 3. Uso de apoio de braço, treinamento em <i>biofeedback</i> e em gerenciamento de estresse no trabalho. 4. TCC	
--	--

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2019.

Os distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho causam sofrimento e incapacidades em adultos em idade ativa, constituindo-se em um dos principais problemas em diversos locais de trabalho de vários países (PALMER *et al.*, 2012; COCHRANE *et al.*, 2017). O ambiente organizacional é indicado como fator causador do surgimento de DORT<sup>41</sup> não traumático (SULTAN-TAÏEB *et al.*, 2018). Na Europa continua sendo a principal causa de licenças médicas e incapacidade permanente. No Reino Unido cerca de 3,8 milhões de dias úteis foram perdidos entre 2008-2009 e cerca de 20% dos benefícios são destinados à trabalhadores com incapacidade duradoura por esta causa (PALMER *et al.*, 2012; VERHAGEN *et al.*, 2013; COCHRANE *et al.*, 2017). Segundo Hoe *et al.* (2018), na Europa, Austrália e Estados Unidos os gastos são altos com essas morbidades. Os estudos aqui categorizados, avaliaram as intervenções para este grupo de patologias nas suas diferentes nuances, tais como: queixas relacionadas ao pescoço, ombro, membros superiores, síndrome do túnel carpo, lesões por esforço repetitivo (LER), dor lombar aguda e crônica.

Verhagen *et al.* (2013) avaliou os efeitos de intervenções conservadoras para as queixas relacionadas ao trabalho do braço, pescoço ou ombro, distúrbios de etiologia multicausal ocasionados por movimentos repetitivos, posturas inadequadas e impacto de forças externas, como o uso de ferramentas de vibração em funcionamento. As intervenções analisadas foram categorizadas em exercícios, ergonomia, intervenções comportamentais e outras. Incluíam fisioterapia (exercícios, mobilização, eletroterapia e ultra-som), manipulação espinal, terapia comportamental e medidas ergonômicas ou terapia ocupacional. Os resultados apontaram evidências de baixa qualidade para diminuição da dor a curto prazo através das intervenções ergonômicas com diminuição da dor no seguimento de longo prazo. Para as demais intervenções não houve evidências consistentes.

---

<sup>41</sup> DORT (Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho), referem-se a distúrbios inflamatórios ou degenerativos não traumáticos das estruturas musculoesqueléticas do pescoço, costas, membros superiores ou inferiores. Eles se desenvolvem com o tempo e surgem quando as capacidades adaptativas e de reparo das estruturas afetadas foram excedidas (SULTAN-TAÏEB, *et al.*, 2018).

Por sua vez, Hoe *et al.* (2018) avaliou os efeitos de intervenções ergonômicas, categorizadas em físicas, organizacionais, comportamentais ou combinações dessas, para prevenir distúrbios musculoesqueléticos do membro superior ou pescoço em trabalhadores de escritório. Quanto às intervenções ergonômicas físicas destacam-se evidências inconsistentes no uso isolado de apoios de braço e *mouse* alternativos de computador, entretanto com evidências de qualidade moderada de que no uso concomitante dos dois artefatos (descanso de braço e *mouse* ergonômico) reduziu a incidência de DORT no pescoço ou ombro, mas não em membros superiores e do uso de *mouse* alternativo não reduziu a incidência de distúrbios no pescoço, ombros e membros superiores. Outras intervenções como ajuste da estação de trabalho de apoio; *biofeedback*<sup>42</sup> (vibração) diminuindo o tempo ocioso da mão no *mouse*, não produziram evidências de melhores efeitos. Quanto as intervenções ergonômicas organizacionais para digitadores houve evidências de baixa qualidade de que as pausas suplementares reduzem o desconforto do pescoço, ombro, braço, antebraço, punho ou mão. Em relação a intervenção comportamental, o treinamento participativo em intervenções ergonômicas podem ou não prevenir DORT do membro superior, pescoço ou ambos com evidências de baixa a muito baixa qualidade. As intervenções ergonômicas multifacetadas, que consistem na combinação de uma ou mais Intervenções, não demonstrou nenhum efeito para dores nos membros superiores, com evidência de qualidade muito baixa.

Outros estudos avaliaram o efeito da intervenção de prevenção terciária, a reabilitação biopsicossocial multidisciplinar (*Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation* = MBR) oferecida através de programas multidisciplinares com profissionais de saúde de diferentes origens. Envolve um componente físico e um outro componente do modelo biopsicossocial, psicológico, social e ocupacional. Baseada na perspectiva da lombalgia como um problema biopsicossocial, ou seja, uma combinação de problemas físicos, psicológicos e sociais, conseqüentemente, conduzindo a intervenções que envolvam componentes físicos, psicológicos e

---

<sup>42</sup> *Biofeedback* (vibração) “ técnica que usa equipamentos (geralmente eletrônicos) que revelam ao usuário alguns dos seus eventos internos, normais ou anormais, através de sinais visuais e/ou auditivos, com objetivo de ensiná-lo a manipular estes acontecimentos involuntários ou desconhecidos, pela manipulação dos dados mostrados na tela.” - John Basmajian”. O *feedback* eletromiográfico mensura a atividade elétrica dos músculos esqueléticos, a qual expressa o grau de contração ou relaxamento. Desta forma é possível treinar o indivíduo a utilizar a musculatura quando for indicado, ou, então, produzir um relaxamento físico. É usado para treinamento de relaxamento de musculatura específica em diversas patologias de ordem osteomuscular e outras”. Disponível em: <https://www.cdib.com.br/biofeedback/>. Acesso em: 29 abr. 2019.

educacionais. Os estudos analisaram o efeito dessa intervenção em dor lombar aguda e crônica e em outros segmentos como ombro, pescoço, antebraço e joelho em relação à incapacidade para o trabalho (KAMPER *et al.*, 2014; COCHRANE *et al.*, 2017; MARIN *et al.*, 2017).

Kamper *et al.* (2014) e Marin *et al.* (2017) examinaram as evidências sobre o efeito da MBR em trabalhadores com lombalgia crônica e aguda respectivamente, comparando-as com os cuidados habituais e tratamentos físicos que atuam sobre a dor, incapacidade e situação de trabalho a longo prazo, ambos com resultados semelhantes. Identificaram que pacientes com lombalgia crônica e aguda tiveram menos dor e incapacidade quando atendidos na reabilitação biopsicossocial (MBR) em comparação com cuidados habituais ou tratamento físico. A MBR também demonstrou ter uma influência positiva na situação laboral. Foram também evidenciadas, menos incapacidade, maior probabilidade de retorno ao trabalho, menos dias de licença, com qualidade da evidência variando de baixa a muito baixa em comparação ao tratamento físico. Os autores recomendam esse tipo de intervenção para trabalhadores que apresentem de fato, um impacto psicossocial significativo, devido ao alto custo dessa intervenção.

Cochrane *et al.* (2017) examinou o efeito das intervenções multicomponentes iniciadas precocemente para reduzir o absenteísmo por doença em pessoas com distúrbios músculoesqueléticos. Concluiu que, os programas que envolvem uma abordagem de cuidados escalonados<sup>43</sup> foram mais efetivas com evidência de qualidade moderada.

Ainda no contexto da dor lombar, Schaafsma *et al.* (2013) avaliou o efeito do condicionamento físico como parte de uma estratégia de retorno ao trabalho e concluiu que é indeterminado o efeito, assim como na redução da licença médica para esses trabalhadores, quando se compara com os cuidados habituais.

Palmer *et al.* (2012) avaliou o efeito das intervenções em ambientes comunitários e no local de trabalho como forma de reduzir o absenteísmo e a perda de emprego em trabalhadores com distúrbios osteomusculares. Foram analisadas intervenções físicas, psicológicas, sociais e ambientais, direcionadas ao indivíduo, ao

---

<sup>43</sup> Cuidados escalonados: compreende uma hierarquia de intervenções, das menos intensas às mais intensivas, de acordo com as necessidades do indivíduo. Visa garantir que o nível certo de tratamento esteja disponível para atender às necessidades individuais, no momento em que elas exigem o tratamento. Disponível em: <https://www.chnact.org.au/what-is-stepped-care>. Acesso em: 02 jun. 2019.

trabalho ou ao local de trabalho e cuidados de saúde ou em serviços de saúde. As intervenções individuais integravam diversas terapias a exemplo de exercícios, programa de fortalecimento do trabalho<sup>44</sup>, fisioterapia, terapia psicológica como TCC enfrentamento e relaxamento, superação de barreiras psicossociais ao trabalho ou atitudes e percepções do trabalho, educação destinada a influenciar as percepções e o comportamento, ensaio de técnicas de trabalho mais seguras e uso de suportes lombares. Nas intervenções no local de trabalho foram incluídas avaliações de risco ergonômico e ou psicossocial, avaliações ergonômicas participativas<sup>45</sup>; mudanças ergonômicas no ambiente físico; alterações no trabalho com redução de horário, tarefas mais leves e intervenções de educação e aconselhamento dirigidos aos gestores. No âmbito do serviço foram analisados plano de ação coordenada, consulta com médico do trabalho, serviços de referência, dentre outros. O estudo concluiu que apesar de limitações metodológicas, a maior parte das intervenções são modestamente benéficas e efetivas, com média de 10% de retorno ao trabalho e diminuição pouco significativa nos dias de afastamento por doença. Há incertezas quanto ao custo-benefício das intervenções. Portanto, requer avaliação criteriosa dos empregadores quanto o seu benefício.

Do ponto de vista econômico, Sultan-Taïeb *et al.* (2018) analisou os fatores relacionados ao processo de implementação de intervenções ergonômicas organizacionais individuais e no local de trabalho, especialmente em hospitais, na prevenção de DORT, visando estimar o custo-benefício dessas ações. Os autores sublinham a dificuldade e o alto custo de implementar mudanças organizacionais. Utilizam-se da classificação de Montano; Hoven; Siegrist (2014), para compreender as intervenções organizacionais, como aquelas que alteram as condições referentes ao tempo de trabalho, processos e procedimentos.

---

<sup>44</sup> Endurecimento do trabalho ou programa de fortalecimento do trabalho utiliza atividades de trabalho reais ou simuladas destinadas a restaurar funções físicas, comportamentais e vocacionais. É multidisciplinar, utilizando um fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e especialista vocacional. Inclui exercícios de fortalecimento e flexibilidade, condicionamento cardiovascular, exercícios de estabilização de coluna e articulação e treinamento de tarefa de trabalho (isto é, empurrar, puxar, agachar, levantar, dobrar, sentar ou torcer). Disponível em: (What is work conditioning and work hardening? Disponível em: <https://www.oakbendmedcenter.org/what-is-work-conditioning-and-work-hardening/> OAKBEND Medical Center. Acesso em: 02 jun. 2019.

<sup>45</sup> Avaliações ergonômicas participativas- envolvem o indivíduo; gerente e sindicato (PALMER *et al.*, 2012).

O estudo identificou evidências limitadas dos benefícios econômicos do uso de equipamentos de levantamento de pacientes acamados que diminuíram de forma significativa as lesões. Quanto a intervenção ergonômica participativa, os resultados foram limitados e não foi considerada custo-efetiva. A intervenção de atividade física e estilo de trabalho que envolve a postura corporal, carga de trabalho estática, pausas e estresse no trabalho concluiu que, apenas a intervenção de estilo de trabalho foi custo-efetiva na redução da dor e melhora na recuperação do pescoço e ombros. A intervenção para reduzir a carga de trabalho e melhorar o envolvimento dos trabalhadores no trabalho concluiu que a intervenção não foi custo-efetiva, mas que o benefício foi positivo, devido a redução do absenteísmo, com qualidade da evidência limitada. Os autores destacam que os resultados financeiros das ações de prevenção, não dependem apenas do programa em si, mas principalmente, da forma como foi implementado, contudo seus resultados podem ser importantes para outros ambientes de trabalho (SULTAN-TAÏEB, *et al.*, 2018).

A revisão de Hignett (2003) analisou exclusivamente os resultados das estratégias de intervenção que reduzam os fatores de risco na manipulação de pacientes. Segundo o autor, a manipulação de pacientes é um dos principais fatores para o aparecimento de distúrbios musculoesqueléticos, principalmente a lombalgia na equipe de saúde. As intervenções foram categorizadas em intervenções multifatoriais, de fator único e baseadas em treinamento técnico. Intervenções multifatoriais incluem avaliação de risco, fornecimento de equipamentos, educação e treinamento, redesenho do ambiente de trabalho, monitoramento das lesões, registros de risco, “auditoria de práticas de trabalho/avaliações de risco”<sup>46</sup> além de treinamento de aptidão física e exames médicos. O estudo de revisão revelou que, as intervenções multifatoriais têm maiores chances de sucesso se forem baseadas em um programa de avaliação de risco que envolva a equipe. Quanto às intervenções de fator único, os resultados foram de evidência moderada para o fornecimento de equipamentos e equipe de elevação. Do ponto de vista econômico, a provisão de equipamentos pode revelar-se custo-efetiva. Finalmente, na análise das intervenções focadas em

---

<sup>46</sup> Auditoria de práticas de trabalho/avaliações de risco - implementado pelas organizações é um processo dinâmico de uma política eficiente de gestão de riscos no local de trabalho. Garante que todos os riscos serão considerados, verificando e mantendo atualizada, o efeito das medidas de segurança, o registo dos resultados e a revisão da avaliação a intervalos regulares, para que esta se mantenha atualizada. (Agência Europeia para a Segurança e Saúde do Trabalho). Disponível em: <https://oiraproject.eu/pt/what-risk-assessment>. Acesso em: 02 jun. 2019.

treinamento técnico concluiu-se que estas, não têm impacto sobre o processo de trabalho ou lesões, apoiada com nível de evidência forte. Contudo, há evidências moderadas, quanto ao uso de treinamento técnico apenas para alcançar alterações a curto prazo. O autor recomenda, que a equipe de saúde necessita reavaliar suas práticas para o gerenciamento de riscos e lesões no manejo com o paciente.

Aragonés *et al.* (2017) analisou os efeitos na saúde visual e musculoesquelética, relacionados às condições de trabalho ou fatores de risco associados. Os autores analisam que os sintomas sofridos ao utilizar telas digitais, geram um impacto importante na qualidade do trabalho executado, na produtividade e conseqüentemente, no custo justificando a necessidade do acompanhamento da saúde dos trabalhadores expostos a esse risco. Cervicalgia, lombalgia, sintomas em membros superiores (ombro, cotovelo, punho e mãos), sintomas oculares (olho piscando), síndrome visual<sup>47</sup>, aumento da vergência ocular<sup>48</sup> e astigmatismo são as morbidades mais comuns para esse grupo de trabalhadores. A revisão concluiu que, a estratégia de múltiplas intervenções, com prioridade para as ações de prevenção primária, secundária, *design* adequado do local de trabalho e treinamento dos trabalhadores tornando-os sujeitos ativos de prevenção são as intervenções plausíveis nestes casos.

Kennedy *et al.* (2010) sistematizou as evidências de intervenções de saúde e segurança ocupacional mais efetivas na prevenção de sintomas musculoesqueléticos de extremidade superior. Embora o estudo tenha analisado diversas intervenções, a maioria das evidências foram inconsistentes, tais como exercício físico, treinamento ergonômico combinado com exercício físico, treinamento ergonômico isolado ou combinado com ajustes da estação de trabalho, teclados alternativos, cadeira de assento curvo ou plano, pausas de descanso, intervalos de descanso e exercícios específicos, ergonomia participativa, programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas, estratégias de prevenção e fisioterapia e redesenho de trabalho. Concluiu-se que há evidência forte para os ajustes das estações de trabalho. Quando

---

<sup>47</sup> Síndrome visual apresenta sintomas como vista cansada, dificuldade em focar, olho seco, dores de cabeça.

<sup>48</sup> Vergência ocular - Vergência é caracterizada pela medida Dioptria, muito conhecida por "Grau". Disponível em: <https://www.sofisica.com.br/conteudos/Otica/Lentesesfericas/vergencia.php>. Acesso em: 02 jun. 2019. Os defeitos na vergência ocular também foram considerados associados aos sintomas da síndrome visual. Os sintomas oculares associados ao uso do computador podem ser devidos a um aumento na vergência ocular do usuário (ARAGONÉS *et al.*, 2017).



realizados de forma isolada não tem efeito sobre os distúrbios músculoesqueléticos nos membros superiores, sendo necessária a combinação com treinamento em ergonomia. Evidência moderada para uso de apoio de braço, treinamento em *biofeedback* e em gerenciamento de estresse no trabalho e evidências limitadas para TCC.

### 5.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO

O Quadro 3 (abaixo) sistematiza as principais evidências de intervenções de promoção da saúde no local de trabalho identificadas nesta categoria analisada.

**Quadro 3** - Síntese dos resultados na categoria promoção da saúde no local de trabalho a partir de 10 estudos selecionados

Intervenções	Resultados
Efeito de estratégias para melhorar a implementação de políticas ou práticas baseadas no local de trabalho: 1. Reuniões educacionais, intervenções adaptadas às necessidades específicas do local de trabalho e processos de consenso no local de trabalho para implementar uma política ou prática. 2. Avaliação custo efetividade.	1. Evidências inconsistentes 2. Evidências inconsistentes (WOLFENDEN <i>et al.</i> , 2018).
Intervenções de engajamento dos trabalhadores no local de trabalho: Construção de recursos pessoais Construção de recursos de trabalho Treinamento de liderança Promoção da saúde: exercício físico e treinamento da atenção plena ( <i>mindfulness</i> ).  2. Intervenções para incrementar o envolvimento no trabalho nos locais de trabalho – intervenções em grupo: <i>workshops</i> , sessões de capacitação, palestras, sessões de grupo de aprendizagem de criatividade focadas na resolução de problemas e na perspectiva, treinamento em <i>mindfulness</i> de grupo, “sistema de amigos” (trabalho em pares), dramatização.	Resultados mistos (sem efeitos ou pequeno e significativo) 1. Podem ser efetivas 2. Efeito médio a grande (KNIGHT <i>et al.</i> , 2016).
Intervenções que reduzem o tempo sentado no trabalho: 1. Mudanças físicas e organizacionais no ambiente de trabalho: estações de trabalho ativas como mesas ergométricas; uso de mesas de apoio, mudanças nas políticas do local de trabalho 2. Intervenções educacionais com informações e aconselhamento 3. Intervenções multifacetadas.	1. Efeitos pouco inconsistentes. Reduz o tempo sentado no local de trabalho de médio a curto prazo. Qualidade da evidência é baixa a muito baixa (SHRESTHA <i>et al.</i> , 2018).
Vantagens e desvantagens das condições flexíveis de trabalho. Princípios da flexibilidade contratual, espacial e temporal: 1. Controladas pelo trabalhador como o agendamento de turnos, aposentadoria parcial, horário flexível, horários fora do padrão, teletrabalho, trabalho em casa.  2. Intervenções não negociadas ou impostas ao trabalhador: contrato de trabalho por tempo fixo e tempo parcial involuntário.	1. Efeitos positivos: redução da pressão arterial, frequência cardíaca, estresse psicológico, redução do cansaço, melhora da qualidade do sono e mantém estado de alerta no turno trabalhado.  2. Efeitos duvidosos ou negativos na saúde (JOYCE <i>et al.</i> (2010).

<p>Efeito de intervenções no nível organizacional do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores (MONTANO <i>et al.</i>, 2014). Intervenções material Organizacionais Ajuste no tempo de trabalho. TCC Manejo do estresse.</p>	<p>Evidências fortes concentraram-se na terapia cognitivo-comportamental ou em intervenções que assegurem melhor manejo do estresse pelo trabalhador.</p>
<p>Efeito das intervenções ativas nos ambientes de trabalho para prevenir e reduzir o absenteísmo: 1. Intervenção cognitiva 2. Intervenção educacional 3. Intervenção de atividade física 4. Intervenção combinada: modelo de Sheerbrooke (ODEEN <i>et al.</i>, 2012).</p>	<p>1. Evidência limitada 2. Evidência moderada que não reduziu o absenteísmo. 3. Evidências moderadas para atividade gradual 4. Evidência limitada para o modelo de Sheerbrooke.</p>
<p>Programas de promoção da saúde para trabalhadores mais velhos: Intervenções 1. Políticas visando a comunicação interpessoal e de combate à exclusão ou discriminação de trabalhadores mais velhos; 2. Retenção de emprego com promoção ao desenvolvimento profissional; 3. Trabalhabilidade e produtividade: intervenções destinadas a melhorar a capacidade de trabalho, a organização do trabalho e a produtividade, adiando a aposentadoria precoce; 4. Saúde e bem-estar: intervenções de promoção da saúde no local de trabalho como atividade física vigorosa, capacidade aeróbica ou saúde mental, ioga de alto nível, atividades esportivas, recuperação após um dia de trabalho, melhorar o estilo de vida, o espírito de equipa e a manutenção de objetivo, melhor nutrição, combate ao tabagismo, seminários de educação em saúde, intervenções com programa multimídia, contendo informações e orientações sobre os principais tópicos de promoção do envelhecimento saudável.</p>	<p>Evidências moderadas quanto as intervenções ativas no ambiente de trabalho, levando a efeitos positivos na circunferência da cintura, no peso corporal, no IMC e em demais componentes da síndrome metabólica.  Evidências limitadas para intervenções digitais (POSCIA <i>et al.</i>, 2016).  Em síntese, as intervenções ativas no local de trabalho contribuem para a melhoria da saúde dos trabalhadores.</p>
<p>Efeitos psicossociais e de saúde das intervenções organizacionais no ambiente de trabalho: 1. Reestruturação de tarefas 2. Intervenções políticas que visam aumentar a participação, o controle no trabalho e a autonomia.</p>	<p>1. Sem efeitos na saúde 2. Devem ser prioridade para a política de saúde pública. (BAMBRA <i>et al.</i>, 2007).</p>
<p>Intervenções saudáveis no local de trabalho. Revisão sistemática de Boorman - melhorar a saúde e o bem-estar da equipe de saúde, proposta de alterações no nível do sistema de saúde: 1. Compreender as necessidades locais do pessoal; 2. Engajamento de funcionários em todos os níveis; 3. liderança visível forte; 4. Apoio à saúde e bem-estar na gerência sênior e no conselho; 5. Capacidade de melhorar a saúde e o bem-estar do pessoal.</p>	<p>Evidências consideradas limitadas intervenções que incorporaram essas abordagens, contribuíram para a melhoria da saúde e o bem-estar da equipe de saúde e agregando comportamentos mais saudáveis em saúde (BRAND <i>et al.</i>, 2017).</p>
<p>Intervenções nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, direcionadas aos indivíduos, grupos e ambiente. 1. Intervenções educacionais: curso de 5 dias e educação continuada de <i>mindfulness</i> (atenção plena)  2. Psicoterapia  (DUHOUX <i>et al.</i>, 2017).</p>	<p>Evidências moderadas-fracas para as intervenções no nível primário e secundário e combinadas que podem diminuir o <i>burnout</i> e o estresse em enfermeiros. 1. minimizou o esgotamento emocional e a despersonalização, e aumentou a realização pessoal e a disposição em receber terapia. O curso de <i>mindfulness</i> também diminuiu o estresse, os níveis de <i>burnout</i> e aumentou a auto-avaliação da saúde mental, serenidade, empatia e autocompaixão. Resultados prolongaram-se por 4 meses e continuaram a melhorar durante o trabalho. 2. Reduziu o estresse, diminuiu o conflito entre médico e enfermeiro e colaborou no enfrentamento da morte e do morrer.</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Nesta categoria, foram incluídos os estudos que tratam de intervenções que promovam a saúde do trabalhador no seu local de trabalho. Os estudos abordaram ações desde a participação ativa do trabalhador como forma de contribuir para o aumento do bem-estar e melhor desempenho no trabalho, passando pelo manejo de sinais e sintomas psíquicos e emocionais como o estresse ocupacional, ansiedade, exaustão emocional, fatores de risco modificáveis como sedentarismo, obesidade, alcoolismo, tabagismo, quando relacionados ao local de trabalho (ODEEN *et al.*, 2012; KNIGHT, *et al.*, 2016; DUHOUX, *et al.*, 2017; SHRESTHA *et al.*, 2018; WOLFENDEN *et al.*, 2018). Intervenções para promover a saúde e a funcionalidade de trabalhadores mais velhos também foi um aspecto abordado em um dos estudos (POSCIA *et al.*, 2016). Neste contexto, estudos destacam o potencial do ambiente de trabalho para a promoção da saúde, visto como um local de oportunidades de incentivo aos trabalhadores, quanto às suas responsabilidades na mudança comportamental, no engajamento ou através de intervenções organizacionais como as condições flexíveis de trabalho que aumentam o controle e a escolha do trabalhador e seus efeitos na saúde e no bem-estar (BAMBRA *et al.*, 2007; JOYCE *et al.*, 2010; MONTANO; HOVEN; SIEGRIST, 2014; KNIGHT *et al.* 2016; WOLFENDEN *et al.*, 2018; BRAND *et al.*, 2017).

A revisão sistemática de Wolfenden *et al.* (2018) avaliou o efeito de estratégias para melhorar a implementação de políticas ou práticas baseadas no local de trabalho, visando a nutrição, atividade física, obesidade, tabagismo e alcoolismo. Os estudos incluídos nessa revisão utilizaram diversas estratégias a exemplo de reuniões educacionais, intervenções adaptadas às necessidades específicas do local de trabalho e processos de consenso no local de trabalho para implementar uma política ou prática. De um modo geral, os resultados apontaram evidências inconsistentes do efeito dessas estratégias e práticas de promoção da saúde no local de trabalho, sugerindo que tais estratégias podem ou não causar alterações no comportamento de saúde dos trabalhadores. Também foi inconsistente a evidência de custo efetividade dessas estratégias.

Knight *et al.* (2016) avaliou o efeito das intervenções de engajamento dos trabalhadores no local de trabalho. A participação ativa está associada com o bem-estar e o bom desempenho dos trabalhadores, o que leva a crer que funcionários engajados estão física, cognitiva e emocionalmente envolvidos em suas funções de trabalho e experimentam um senso de recompensa, confiança, segurança e

disponibilidade. Foram identificadas intervenção de construção de recursos pessoais, construção de recursos de trabalho, treinamento de liderança e promoção da saúde.<sup>49</sup> Estas intervenções apontaram resultados mistos, em alguns estudos não revelaram efeitos, em outros um efeito pequeno e significativo. Os resultados evidenciaram que as intervenções para incrementar o envolvimento no trabalho nos locais de trabalho podem ser efetivas. A metanálise evidenciou efeito médio a grande de intervenções em grupo<sup>50</sup> o que demonstra a vantagem do trabalho em equipe para aumentar os recursos, o envolvimento e o bem-estar no trabalho.

Na perspectiva de reduzir o sedentarismo no ambiente de trabalho, o estudo de revisão de Shrestha *et al.* (2018) avaliou o efeito de intervenções que reduzem o tempo sentado no trabalho em comparação com nenhuma intervenção ou intervenções alternativas. Conforme o estudo, o sedentarismo em decorrência do tipo de atividade no trabalho tem sido associado ao aumento do risco de doença cardiovascular, obesidade e mortalidade por todas as causas. As intervenções analisadas compreendiam mudanças físicas e organizacionais no ambiente de trabalho, intervenções educacionais com informações e aconselhamento e intervenções multifacetadas. O estudo concluiu que, estações de trabalho ativas como mesas ergométricas<sup>51</sup>, tiveram efeitos inconsistentes. O uso de mesas de apoio<sup>52</sup> reduz o tempo sentado no local de trabalho no seguimento de médio a curto prazo.

---

<sup>49</sup> O estudo descreve que os recursos do trabalho referem-se a aspectos físicos, sociais ou organizacionais que podem atenuar a carga de trabalho, as demandas emocionais e cognitivas, levando os trabalhadores a atingir metas de trabalho e estimular o crescimento pessoal. Os recursos pessoais dizem respeito a autoestima, auto eficácia, resiliência e otimismo. Intervenções de treinamento de liderança compreende a formação de habilidades, e conhecimento dos gestores para ampliar a percepção dos recursos de trabalho dos funcionários, motivando-os ao engajamento. As intervenções de promoção da saúde estimulam a adoção de estilo de vida mais saudável, a exemplo dos benefícios do exercício físico e do treinamento da atenção plena (*mindfulness*) (KNIGHT *et al.*, 2016).

<sup>50</sup> Tipos de intervenções em grupo descritas na revisão: *workshops*, sessões de capacitação, palestras, sessões de grupo de aprendizagem de criatividade focadas na resolução de problemas e na perspectiva, treinamento em *mindfulness* de grupo, “sistema de amigos” (trabalho em pares), dramatização (KNIGHT *et al.*, 2016).

<sup>51</sup> Estações de trabalho ativas são mesas ou cadeiras com bicicletas ou esteiras ergométricas acopladas. Imagem disponível em: <https://www.thetreadmilldeskstore.co.uk/blogs/news/the-treadmill-desk-vs-the-bike-desk>. Acesso em: 05 jun. 2019.

<sup>52</sup> Mesas de apoio são mesas para uso em pé. Imagem disponível em: <https://practicalhealthpsychology.com/pt/2018/05/move-more-sit-less-at-work-lets-not-sit-to-talk-about-it/>. Acesso em: 05 jun. 2019.

Outras intervenções como mudanças nas políticas do local de trabalho, fornecimento de informações e aconselhamento e intervenções com vários componentes são na maioria das vezes com efeitos inconsistentes. De um modo geral a qualidade da evidência é baixa a muito baixa para a maioria das intervenções, devido a limitações metodológicas.

Joyce *et al.* (2010) avaliou vantagens e desvantagens das condições flexíveis de trabalho e seus efeitos na saúde e bem-estar dos funcionários através de intervenções sustentadas por três princípios da flexibilidade, a contratual, espacial e a temporal.<sup>53</sup> Os resultados sugerem que as intervenções de trabalho flexíveis controladas pelo trabalhador como o agendamento de turnos<sup>54</sup>, aposentadoria parcial<sup>55</sup>, levam a efeitos positivos na saúde em geral dos trabalhadores, a exemplo de redução da pressão arterial, da frequência cardíaca e do estresse psicológico, redução do cansaço, melhora da qualidade do sono e estado de alerta no turno trabalhado. Por outro lado, as intervenções não negociadas e impostas ao trabalhador demonstraram efeitos duvidosos ou negativos na saúde, a exemplo do contrato de trabalho por tempo fixo<sup>56</sup> e tempo parcial involuntário<sup>57</sup>.

---

<sup>53</sup> Flexibilidade Contratual: empregabilidade ou fluidez dos empregados em relação aos contratos de trabalho.

Flexibilidade Espacial: empregador ou trabalhador controla a escolha em relação ao local de trabalho.

Flexibilidade Temporal: escolha do empregador e trabalhador em relação à distribuição).

Exemplos incluem: "aposentadoria gradual ou parcial, teletrabalho e trabalho em casa; partilha de emprego (duas ou mais pessoas partilhando as responsabilidades de um trabalho a tempo inteiro, trabalhando a tempo parcial de forma contínua); horário flexível (um horário de trabalho variável que se desvia das horas tradicionais de 'escritório') e outros horários de trabalho fora do padrão, como as horas anualizadas (média de horas ao longo de um ano) (JOYCE *et al.* 2010).

<sup>54</sup> Agendamento automático ou flexível de turnos envolvem alterações nos horários de início e término, permitindo a escolha e controle das horas trabalhadas, levando em consideração as necessidades individuais do trabalhador. Participação ativa dos trabalhadores no projeto da escala (BARTON, 1993 *apud* JOYCE *et al.*, 2010).

<sup>55</sup> Aposentadoria parcial ou gradual é definida aqui como um período de transição de trabalho em meio período até a aposentadoria total, podendo ser voluntária ou compulsória (JOYCE *et al.*, 2010).

<sup>56</sup> Contrato de prazo fixo é uma forma de emprego precário ditada pelo empregador, onde não há contrato permanente e trabalha-se por um período fixo de tempo, geralmente envolve trabalhadores com status socioeconômico mais baixo tendo um risco elevado de exposição (RODRIGUEZ, 2002; SIEGRIST, 2002 *apud* JOYCE *et al.*, 2010).

<sup>57</sup> Tempo parcial involuntário é uma norma ditada pelo empregador, onde se trabalha a tempo parcial devido a falta de trabalho, de material, equipamento ou planta física, início de um novo trabalho / término de um trabalho antigo, evitar custos trabalhistas e seguro social, associados a um funcionário em tempo integral (DOOLEY, 2000 *apud* JOYCE *et al.*, 2010).

Montano *et al.* (2014) avaliou o efeito de intervenções no nível organizacional do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores. Segundo o estudo, alterar as circunstâncias específicas de como o trabalho é executado leva às modificações das condições de trabalho, contribuindo para reduções significativas de problemas de saúde relacionadas ao trabalho. As intervenções foram categorizadas conforme a classificação<sup>58</sup> do Inquérito às Condições de Trabalho na Europa, em material, organizacionais e ajuste no tempo de trabalho. O estudo de revisão apontou que os efeitos das intervenções foram significativos em aproximadamente metade dos estudos analisados. As taxas de sucesso foram maiores entre as intervenções mais abrangentes abordando condições materiais, organização e tempo de trabalho simultaneamente. Evidências fortes se concentraram na terapia cognitivo-comportamental ou em intervenções que assegurem melhor manejo do estresse pelo trabalhador. Foram identificados neste estudo diversos obstáculos na implementação de intervenções organizacionais como a baixa ou frágil participação dos funcionários, a falta de comunicação e motivação no apoio e cumprimento das intervenções. Além disso, falta de apoio dos empregadores, ameaças externas como a rotatividade de empregos na pressão das condições do mercado.

Odeen *et al.* (2012) avaliou o efeito das intervenções ativas<sup>59</sup> nos ambientes de trabalho para prevenir e reduzir o absenteísmo. As intervenções<sup>60</sup> foram classificadas

---

<sup>58</sup> Condições materiais são todos os tipos de agentes físicos e químicos envolvidos na execução de tarefas de trabalho estão incluídos (por exemplo, vibrações, ruído, substâncias químicas, ergonomia) (MONTANO *et al.*, 2014).

Condições organizacionais incluem uma variedade de fatores psicológicos e sociais (demandas de trabalho, controle de trabalho, esforços e recompensas, responsabilidade, etc.), processos e procedimentos necessários para realizar tarefas de trabalho (por exemplo, métodos de trabalho, ordem de tarefas, organização de equipe, estrutura de trabalho), hierarquia, treinamento de diretrizes de segurança) (MONTANO *et al.*, 2014).

Condições de ajuste no tempo de trabalho relacionadas ao tempo de trabalho. Relacionam-se com a quantidade de tempo de trabalho e a intensidade do trabalho, sendo este último medido como o número de atividades por unidade de tempo (por exemplo, velocidade de trabalho, turnos, prazos, ritmo de trabalho, intervalos) (MONTANO *et al.*, 2014).

<sup>59</sup> Intervenções ativas são aquelas que defendem que o indivíduo esteja ativo cuja intenção é a mudança comportamental. Exclui, portanto, intervenções como cirurgia, massagem, uso de medicação etc. Os tratamentos passivos visam mudar apenas a condição física do receptor do tratamento (NORCROSS *et al.*, 2003; HAGEN KB *et al.*, 2000 *apud* ODEEN *et al.*, 2012).

<sup>60</sup> Intervenções cognitivas: treinamento de gerenciamento de estresse, TCC com terapia de resolução de problemas, aconselhamento em atividade física e estilo de vida, tratamento cognitivo baseado na orientação; intervenção cognitiva breve. Intervenções educacionais: educação sobre atividade física e estilo de trabalho, livreto de informação, educação e aconselhamento ergonômico, Educação em técnicas de levantamento. Intervenções combinadas: educação em técnicas de levantamento e

em cognitiva, educacional, atividade física e combinadas. Os resultados apontam evidências moderadas para a atividade gradual<sup>61</sup> e evidência limitada para o modelo de Sheerbrooke<sup>62</sup> e para TCC na redução do absenteísmo. Intervenções educacionais e programas de exercício físico no local de trabalho são intervenções que não reduziram o absenteísmo, com nível de evidência moderada. Poscia *et al.* (2016) avaliou programas de promoção da saúde para trabalhadores mais velhos e as intervenções foram classificadas em distintos domínios<sup>63</sup>. De acordo com a Lei de Discriminação Etária nos Estados Unidos da América (EUA), os trabalhadores acima de 40 anos possuem proteção, entretanto neste estudo considerou trabalhador mais velho aquele com idade acima de 55 anos. O estudo concluiu de uma maneira geral que, as evidências disponíveis são inconsistentes quanto ao efeito das intervenções de promoção da saúde nos locais de trabalho para redução de doenças e no aumento da capacidade de trabalho em trabalhadores mais velhos. Entretanto, as evidências são moderadas quanto às intervenções ativas no ambiente de trabalho, levando a efeitos positivos na circunferência da cintura, no peso corporal, no Índice de Massa Corporal (IMC) e em demais componentes da síndrome metabólica. Neste estudo, as evidências são limitadas quanto as alterações no comportamento dos indivíduos através das intervenções digitais. Em síntese, as intervenções ativas no local de trabalho contribuem para a melhoria da saúde dos trabalhadores. Os autores recomendam que os futuros programas de promoção da saúde no local de trabalho

---

cinturão de apoio lombar, caderno informativo e triagem, Educação, exercício e aconselhamento ergonômico (ODEEN *et al.*, 2012).

<sup>61</sup> Atividade gradual é um programa de exercícios físicos baseado em princípios comportamentais de condicionamento, para estimular um rápido retorno ao trabalho (STALL *et al.*, 2004 *apud* ODEEN *et al.*, 2012).

<sup>62</sup> Modelo de Sheerbrooke é um programa multidisciplinar abrangente com etapas e componentes em cascata, incluindo uma avaliação do local de trabalho. O programa se concentra em envolver todos os interessados em torno do trabalhador acidentado (LOISEL, *et al.*, 1997 *apud* ODEEN *et al.* (2012).

<sup>63</sup> Intervenções em: 1) Política para os trabalhadores mais velhos: políticas visando a comunicação interpessoal e de combate à exclusão ou discriminação de trabalhadores mais velhos; 2) Retenção de emprego com promoção ao desenvolvimento profissional; 3) Trabalhabilidade e produtividade: intervenções destinadas a melhorar a capacidade de trabalho, a organização do trabalho e a produtividade, adiando a aposentadoria precoce; 4) Saúde e bem-estar: intervenções de promoção da saúde no local de trabalho com atividade física vigorosa, capacidade aeróbica ou saúde mental, ioga de alto nível, atividades esportivas, recuperação após um dia de trabalho, melhorar o estilo de vida, o espírito de equipa e a manutenção de objetivo, melhor nutrição, combate ao tabagismo, seminários de educação em saúde, intervenções com programa multimídia, contendo informações e orientações sobre os principais tópicos de promoção do envelhecimento saudável (POSCIA *et al.*, 2016).

sejam bem planejados para que seus efeitos e custo-benefício possam ser adequadamente investigados.

Bambra *et al.* (2007) procurou revisar os efeitos psicossociais e de saúde da reorganização do local de trabalho e determinar se esses efeitos divergem nos diferentes grupos socioeconômicos. O estudo destaca que algumas intervenções de reestruturação de tarefas<sup>64</sup> não conseguiram alterar significativamente o ambiente psicossocial do trabalho e, conseqüentemente, sem efeitos na saúde. Intervenções que aumentam o controle sobre o trabalho pelo trabalhador podem ter efeitos positivos sobre a saúde. Intervenções políticas que visam aumentar a participação, o controle no trabalho e a autonomia devem ser prioridade para a política de saúde pública.

A partir de intervenções saudáveis no local de trabalho no âmbito internacional, o Departamento de Saúde do Reino Unido sugeriu cinco alterações no sistema de saúde (revisão sistemática de *Boorman*)<sup>65</sup>. Neste contexto, a revisão de Brand *et al.* (2017) identificou a incorporação dessas intervenções saudáveis em unidades de saúde para melhoria da saúde e o bem-estar dos profissionais. Essa revisão sistemática apontou que as intervenções que incorporaram essas abordagens, contribuíram para a melhoria da saúde e o bem-estar da equipe de saúde e agregando comportamentos mais saudáveis em saúde. As evidências identificadas foram consideradas limitadas devido aos poucos estudos incluídos nesta.

Duhoux *et al.* (2017) sintetizou as evidências sobre o efeito das intervenções que promovam a saúde mental em enfermeiros da atenção básica. Foram escolhidas intervenções destinadas a promover ou melhorar a saúde mental dos enfermeiros nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, direcionadas aos indivíduos ou grupos e ambiente. As evidências identificadas foram de moderadas-fracas para as intervenções no nível primário e secundário e combinadas que podem diminuir o *burnout* e o estresse em enfermeiros. Os resultados demonstraram que as

---

<sup>64</sup> Reestruturação de tarefas são intervenções que aumentam as habilidades dos trabalhadores, aumentando a variedade de tarefas. Visa aumentar a variedade de tarefas, aumentando a liberdade de decisão, autonomia e controle do trabalhador (BAMBRA *et al.*, 2007).

<sup>65</sup> A revisão de *Boorman* foi um estudo encomendado pelo Departamento de Saúde do Reino Unido com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar da equipe de saúde, onde foram propostas cinco alterações no nível do sistema de saúde: “1. compreender as necessidades locais do pessoal; 2. engajamento de funcionários em todos os níveis; 3. liderança visível forte; 4. apoio à saúde e bem-estar na gerência sênior e no conselho; 5. capacidade de melhorar a saúde e o bem-estar do pessoal” (BRAND *et al.*, 2017).



intervenções educacionais, como um curso de 5 dias e educação continuada de *mindfulness* (atenção plena) minimizou o esgotamento emocional e a despersonalização e aumentou a realização pessoal e a disposição em receber terapia. O curso de *mindfulness* também diminuiu o estresse, os níveis de *burnout* e aumentou a auto-avaliação da saúde mental, serenidade, empatia e autocompaixão. Os resultados se prolongaram ao longo de quatro meses e continuaram a melhorar durante o trabalho. A psicoterapia reduziu o estresse, diminuiu o conflito entre médico e enfermeiro e colaborou no enfrentamento da morte e do morrer.

#### 5.4 PREVENÇÃO DE DOENÇAS, AGRAVOS E ACIDENTES OCUPACIONAIS

O Quadro 4 (abaixo) sistematiza as principais evidências de intervenções de prevenção de doenças, agravos e acidentes ocupacionais identificadas nesta categoria analisada.

**Quadro 4** - Síntese dos resultados na categoria prevenção de doenças, agravos e acidentes ocupacionais a partir de 02 artigos selecionados

Intervenções	Resultados
Efeitos das ferramentas de fiscalização: 1.Inspeções (inicial, acompanhamento, denúncias, de acidentes) 2.Penalidades da saúde e da segurança ocupacional na prevenção de doenças e agravos ocupacionais. (MISCHKE <i>et al.</i> , 2013).	Instrumentos de aplicação da regulamentação, sem evidências suficientes que reduzam a incidência de doenças ou lesões ocupacionais. 1.Diminuem os danos a longo prazo, mas não a curto prazo e Inspeções gerais apresentam resultados menores que as específicas. Qualidade das evidências foi considerada de baixa a muito baixa.
Impacto da segurança comportamental nas práticas e modelos de prevenção de acidentes do trabalho: 1.Abordagem comportamental: responsabilidade voltada para o trabalhador, protegendo o empregador do ônus financeiro e jurídico, validade socialmente. Envolve programas de segurança comportamental com intervenções que visam limitar ou extinguir os comportamentos inseguros por meio de técnicas de observação por colegas ou superiores, e o treinamento com uso de <i>feedback</i> do que foi observado, criando uma "cultura de segurança". 2.Ergonomia da atividade e os desenvolvimentos da segurança de sistemas complexos (engenharia cognitiva); Economia Política.	1.Insuficiente para explicar os acidentes e conseqüente ineficácia para desenhar ações de prevenção. Ainda exerce influência nas práticas de prevenção de acidentes. 2.Necessidade de compreender de forma mais abrangente o fenômeno dos acidentes e das suas causas com vistas a uma prevenção mais efetiva buscando o envolvimento e protagonismo dos trabalhadores (SIMONELLI <i>et al.</i> , 2016).
Efeito dos exames pré admissionais na prevenção de doenças ou lesões ocupacionais (SCHAAF SMA <i>et al.</i> , (2016).	Evidências de baixa qualidade para evitar licenças médicas, lesões e doenças ocupacionais. Aumentou recusa de candidatos ao emprego.

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2019.

Os estudos analisados nesta categoria avaliaram as questões de segurança comportamental, acidentes de trabalho, exames pré admissionais e fiscalização da

saúde ocupacional. O estudo de Mischke *et al.* (2013) avaliou os efeitos das ferramentas de fiscalização (primeiras inspeções, inspeções de acompanhamento, denúncias, inspeções de acidentes e suas penalidades da saúde e da segurança ocupacional na prevenção de doenças e agravos ocupacionais. Os autores contextualizam a questão da regulação da saúde e segurança ocupacional, enfatizando a importância da legislação e da regulamentação nesse âmbito, por considerar serem estas a base da gestão dos riscos de saúde e segurança no trabalho e por estar centrada na prevenção primária de riscos, assegurando desta forma, a proteção dos trabalhadores. Pretende-se que a legislação colabore para uma modificação do comportamento de empregados e empregadores frente às questões de saúde e segurança ocupacional. A relação custo benefício também deve ser analisado no controle de riscos. Segundo os autores, organismos internacionais como a OMS e OIT exigem regulamentações e padrões de saúde ocupacional, com nível adequado de fiscalização, assim como inspeções no local de trabalho para proteger e promover a saúde (MISCHKE *et al.*, 2013). Quanto aos resultados, de um modo geral, os autores concluíram que não há evidências suficientes de que os instrumentos de aplicação da regulamentação reduzam a incidência de doenças ou lesões ocupacionais. Apontam que as inspeções diminuem os danos a longo prazo, mas não a curto prazo e que as inspeções gerais apresentam resultados menores que as específicas. A qualidade das evidências foi considerada de baixa a muito baixa.

Por outro lado, Simonelli *et al.* (2016) avaliou e discutiu o impacto da segurança comportamental nas práticas e modelos de prevenção de acidentes do trabalho. Segundo os autores, apesar dos altos índices de acidentes de trabalho, o sistema de prevenção brasileiro não colabora para alterar as limitações da legislação quanto às condições de trabalho e saúde, mas principalmente, quanto à influência do “paradigma comportamental” nas práticas e programas de prevenção nos ambientes de trabalho, no modo de pensar e agir das instituições e agentes públicos (SIMONELLI *et al.*, 2016).

Nessa abordagem as ações de prevenção devem garantir a conscientização através de treinamentos dos trabalhadores, visando ao desenvolvimento de comportamentos seguros, ficando a responsabilidade voltada para os trabalhadores, que são colocados como únicos culpados, protegendo desta forma, o empregador do ônus financeiro e jurídico provocados pelos acidentes. Segundo os autores, a abordagem comportamental se encontra validada socialmente, presente na maioria

das empresas e na formação e na prática de profissionais que atuam em segurança e saúde do trabalhador. Os autores citam ainda as intervenções baseadas nos programas de segurança comportamental, que visam limitar ou extinguir os comportamentos inseguros por meio de técnicas de observação por colegas ou superiores e o treinamento com uso de *feedback* do que foi observado, criando uma “cultura de segurança”. O autor destaca a necessidade de compreender, de forma mais abrangente, o fenômeno dos acidentes e das suas causas com vistas a uma prevenção mais efetiva (SIMONELLI *et al.*, 2016).

Nos resultados apresentados por Simonelli *et al.* (2016) foi identificado que as abordagens comportamentais são predominantes nas práticas de prevenção de acidentes, através de ações educativas e treinamentos, principalmente em pequenas empresas e na área de saúde, mostrando-se insuficientes para explicar os acidentes e conseqüentemente, ineficazes nas ações de prevenção. Os autores também identificaram estudos contrários a abordagem comportamental, evidenciando a habilidade cognitiva e de autogestão do comportamento baseadas na teoria da ergonomia da atividade e da engenharia cognitiva que englobam a análise dos acidentes, programas de prevenção, gestão dos riscos e ações de vigilância em saúde dos trabalhadores. O estudo reforça a complexidade da ação humana no trabalho, necessitando, portanto, de uma visão ampliada sobre a segurança, ressaltando “a dimensão psicoafetiva ou subjetiva” peculiar ao trabalhar e essencial para compreender a origem dos acidentes, dependendo exclusivamente do envolvimento e protagonismo dos trabalhadores (SIMONELLI *et al.*, 2016). Essa visão sistêmica confronta o predomínio da segurança comportamental que deve ser debatida sob o enfoque da Economia Política.

Por outro lado, Schaafsma *et al.* (2016) avaliou o efeito dos exames pré admissionais na prevenção de doenças ou lesões ocupacionais. Os exames pré admissionais são utilizados na maioria dos países como estratégia de prevenção de doenças ocupacionais e licenças médicas, para recusa de candidato em risco de adoecer ou para diminuição do risco através de treinamento e melhor colocação do candidato. Os resultados encontrados mostraram evidências de baixa qualidade de que os exames pré admissionais possam evitar licenças médicas, lesões e doenças ocupacionais. Quanto à recusa de candidatos, o estudo aponta que a maioria dos exames pré admissionais aumentou substancialmente o número de candidatos rejeitados.

## 5.5 GESTÃO DO ABSENTEÍSMO

O Quadro 5 (abaixo) sistematiza as principais evidências de intervenções de gestão do absenteísmo identificadas nesta categoria analisada.

**Quadro 5** - Síntese dos resultados na categoria gestão do absenteísmo a partir de 02 estudos selecionados

Intervenções	Resultados
Mecanismos de regulação do absenteísmo geral: mudanças na cultura organizacional; restrição ou proibição da prática de médicos da saúde pública no setor privado; mudanças nos contratos de trabalho; Intervenções de trabalho multifacetadas; incentivos financeiro ou não; intervenção sanitária; assiduidade obrigatória e vigilância do comportamento de absenteísmo.	Prática da monitoria ou vigilância de ausências não foi bem-sucedida na gestão do absentismo (KISAKYE <i>et al.</i> , 2016).
1.Práticas de gestão e controle do absenteísmo 2. Fatores desencadeantes. (SILVA JÚNIOR; MERINO, 2017).	1.Necessidade de práticas de gestão na perspectiva múltipla, holística, epidemiológica e prospectiva através de variáveis organizacionais, físicas e cognitivas compatíveis com as análises multicausais 2.Fatores: Organização do trabalho; transtornos musculoesqueléticos; transtornos mentais e comportamentais Síndrome de <i>Burnout</i> , assédio moral, insatisfação no trabalho, aspectos psicossociais, relacionamento com colegas e fadiga.

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2019.

O absenteísmo tornou-se um problema importante no mundo do trabalho. Segundo Rogers e cols. (1990 *apud* KISAKYE *et al.*, 2016) o absentismo é resultado de duas variáveis, a capacidade de participação e a motivação para participar. A disposição em participar é afetada pela motivação interna e pela pressão externa inevitável (doenças, acidentes) ou por pressões evitáveis como o estresse ocupacional e o estilo de gestão. Segundo Silva Júnior; Merino (2017), o absenteísmo é um fenômeno de etiologia multicausal em 23% dos estudos pesquisados pelos autores.

O estudo de Kisakye *et al.* (2016) recomendou alternativas de solução do absenteísmo geral em profissionais de saúde com recursos no local de trabalho público ou privado e de forma mais ampla, na política nacional. O estudo descreveu sete categorias de mecanismos de regulação do absenteísmo como políticas de

absenteísmo organizacional, que abrange mudanças na cultura organizacional<sup>66</sup>; restrição ou proibição de que médicos do serviço público atuem no setor privado; mudanças nos contratos de trabalho; intervenções de trabalho multifacetadas<sup>67</sup>; incentivos financeiro ou outros, como forma de recompensa pelo envolvimento do funcionário; mecanismos de intervenção sanitária<sup>68</sup>; assiduidade obrigatória e vigilância do comportamento de absenteísmo durante situações catastróficas. O estudo concluiu que as formas de minorar o problema perpassam pelas políticas organizacionais entendidas por definição coletiva da cultura organizacional desejada, muito embora, o contexto onde são implementados estes mecanismos interfere nos resultados. A mudança da cultura organizacional foi associada à redução do absentismo, ao contrário da prática da monitoria ou vigilância de ausências quando implementada, não foi associada a uma gestão bem-sucedida do absentismo.

Estudo de Silva Júnior; Merino (2017) analisou práticas de gestão e controle do absenteísmo da equipe de enfermagem hospitalar, a partir da identificação dos fatores desencadeantes. O estudo apontou que as principais causas do absenteísmo estão centradas na organização do trabalho em 20,5% do material pesquisado, seguido dos transtornos musculoesqueléticos com 15,4% e em terceiro lugar os transtornos mentais e comportamentais totalizaram 10,3%. Vale ressaltar que a síndrome de *Burnout*, o assédio moral, a insatisfação no trabalho, os aspectos psicossociais, relacionamento com colegas e a fadiga também compõem o grupo de fatores desencadeantes para o aumento do absenteísmo. Os autores enfatizam a necessidade de práticas de gestão do absenteísmo a partir de uma perspectiva múltipla, holística, epidemiológica e prospectiva através de variáveis organizacionais, físicas e cognitivas compatíveis com as análises multicausais.

---

<sup>66</sup> Mudanças na cultura organizacional, inclui políticas de atendimento, procedimentos disciplinares para faltas ao serviço, análise da ausência, monitoramento, auditoria e disciplinamento, ou mesmo demissão/aposentadoria compulsória. Gestores e funcionários definem coletivamente a cultura organizacional desejada de acordo com a visão, a missão e os objetivos da organização, definindo ações e ritmo. Intervenções como, agendar seus próprios dias de folga, considerando os horários da organização e as necessidades dos funcionários; banco de dias de folga; escuta e aconselhamento aos funcionários faltosos, solicitação prévia antes da ausência (KISAKYE *et al.*, 2016).

<sup>67</sup> Intervenções de trabalho multifacetadas inclui medidas ou controles administrativos alterando a forma de supervisão do funcionário, tarefas designadas, horas de trabalho, orientações sobre diretrizes de segurança da saúde, possibilitando autonomia e a participação do funcionário, medidas de controle não punitivo, dentre outras.

<sup>68</sup> Mecanismos de intervenção sanitária incluiu vacinação contra gripe, intervenção precoce com TCC, programa integrado de saúde (exercício físico, treinamento) (KISAKYE *et al.*, 2016).

## 5.6 PREVENÇÃO DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO

O Quadro 6 (abaixo) sistematiza as principais evidências de intervenções de prevenção de incapacidade para o trabalho identificadas nesta categoria analisada.

**Quadro 6** - Síntese dos resultados na categoria prevenção de incapacidade para o trabalho a partir de dois estudos selecionados

Intervenções	Resultados
Programas de retorno ao trabalho ou gerenciamento de caso, atendimento integrado ou cuidado colaborativo, inclui: aconselhamento, terapia física ocupacional, psicológica e social, ergonomia do local de trabalho, educação, dentre outros.	Qualidade das evidências entre muito baixa a moderada em todos os desfechos (VOGEL <i>et al.</i> , 2017).
Apontar efeito das intervenções no local de trabalho 1. Modificações no ambiente de trabalho ou equipamentos; 2. Planejamento e organização do trabalho; 3. Ações de treinamento no desempenho das tarefas e as relações interpessoais (VAN VILSTEREN <i>et al.</i> , 2015).	Qualidade moderada para as intervenções no local de trabalho na redução do absenteísmo por distúrbios osteomusculares. Para distúrbios mentais e câncer não são evidentes. Diminuem o tempo para o retorno ao trabalho, reduzindo a duração do absenteísmo por doença, melhoram a dor e a situação funcional dos trabalhadores.

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2019.

Duas revisões sistemáticas analisaram o retorno ao trabalho em situação de afastamento por doença nesta categoria. Como estratégia de lidar com o absenteísmo nas diversas situações de doença nos trabalhadores, foram avaliados os programas de retorno ao trabalho por Vogel *et al.* (2017), identificados como intervenções que ajudam a superar a incapacidade de trabalhar, de forma multiprofissional, com alto custo, variando em *design* e duração e podem incluir diversas intervenções como, aconselhamento, terapia física ocupacional, psicológica e social, ergonomia do local de trabalho, educação, dentre outros. São programas fornecidos pelas seguradoras, prestadores de serviços de saúde e empregadores. Podem ser denominados como gerenciamento de caso, atendimento integrado ou cuidado colaborativo.

Os resultados encontrados por Vogel *et al.* (2017) evidenciaram que esses programas não obtiveram resultados significativos quando comparados à prática usual (cuidados habituais ou intervenções clínicas), no que tange ao tempo de retorno, ao acúmulo de licenças e à proporção de trabalhadores que retornaram ao labor. A qualidade das evidências alternaram entre muito baixa a moderada em todos os desfechos.

Por outro lado, a revisão sistemática de Van Vilsteren *et al.* (2015) teve como objetivo apontar o efeito das intervenções no local de trabalho, na prevenção da

incapacidade do trabalhador. Foram analisadas as ações voltadas para as modificações no ambiente de trabalho ou equipamentos, no planejamento e organização do trabalho, ações de treinamento no desempenho das tarefas e as relações interpessoais. Os resultados foram variados, de um modo geral concluiu-se que as intervenções no local de trabalho diminuem o tempo para o retorno ao trabalho, reduzindo a duração do absenteísmo por doença, melhoram a dor e a situação funcional dos trabalhadores. Entretanto é controverso o efeito destas intervenções quanto ao retorno contínuo e a recidiva de afastamentos por doença. As evidências são de qualidade moderada para as intervenções no local de trabalho na redução do absenteísmo por distúrbios osteomusculares. Contudo, para os distúrbios mentais e câncer não são evidentes, sugerindo pesquisas futuras neste âmbito.

## 5.7O MODELO LÓGICO E O MODELO CONCEITUAL DA PASS: INTERSEÇÕES POSSÍVEIS

O Quadro 7 (abaixo) sistematiza os resultados do cotejamento entre o modelo lógico e o modelo conceitual, a partir das categorias analisadas.

**Quadro 7** - Síntese dos resultados do cotejamento entre os modelos lógico e conceitual, a partir das categorias analisadas.

Intervenções/ evidências encontradas	Preconizado na PASS	Cotejamento
1.Prevenção em transtornos mentais		
Intervenções Organizacionais: alterações de horário, ajustes e modificações nas práticas, na carga e no ambiente de trabalho.	Medidas de intervenção no ambiente e na organização do trabalho.	A PASS está em conformidade com as evidências científicas encontradas, porém de forma inespecífica. PARCIALMENTE
Intervenções Psicossociais: Gerenciamento do estresse por telefone, estímulo às capacidades dos trabalhadores de lidar com essa condição, retorno gradual ao trabalho. Abordagens terapêuticas (TCC e outras terapias) online, por telefone ou presenciais, programas de retorno ao trabalho, aconselhamento de especialistas, boas práticas de comunicação e relacionamento entre empregados e empregadores são formas de prevenção do Burnout, Bullying e assédio moral. Estes também são aspectos facilitadores de retorno ao trabalho (ARENDES et al., 2012; NIEUWENHUIJSEN et al., 2014; ANSOLEAGA, et al., 2015; JOYCE et al., 2016; PERSKI et al. 2017; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018).	Ações que devem fortalecer os vínculos, formar redes de apoio social. Desenvolver estratégias para identificar casos assédio moral e adotar medidas. Terapias apenas como ação de reabilitação Estimular criação de grupos de apoio terapêutico e reinserção nos locais de trabalho, provimento de recursos e estratégias terapêuticas Intervenções terapêuticas não medicalizantes para estabilização de quadros clínicos (BRASIL, 2010).	A PASS está em conformidade com as evidências científicas encontradas, porém de forma inespecífica. PARCIALMENTE  Sobre práticas específicas de retorno ao trabalho há lacuna na política.
Intervenções Comportamentais: prática de exercícios físicos de relaxamento e alongamento (RUOTSALAINEN et al., 2015; ANSOLEAGA et al., 2015; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018).	Ações de promoção: prática corporal e atividade física	A PASS está em conformidade com as evidências científicas encontradas, porém de forma inespecífica PARCIALMENTE

2.Prevenção de distúrbios musculoesqueléticos	Preconizado na PASS	Cotejamento
Intervenções ergonômicas: Apoio de braço com mouse alternativos, ajuste da estação de trabalho de apoio; treinamento em biofeedback (vibração) e em gerenciamento de estresse no trabalho. (KENNEDY et al., 2010; HOE et al., 2018); Treinamentos participativos em intervenções ergonômicas não produziram efeitos na prevenção de DORT, assim como as pausas suplementares durante o trabalho (HOE et al., 2018); Treinamento ergonômico combinado com ajustes das estações de trabalho(KENNEDY et al., 2010).	-----	Lacuna na Política
Intervenções para redução do absenteísmo: Individual: fisioterapia, terapias psicológicas, ensaio de técnicas de trabalho mais seguras e uso de suportes lombares; No local de trabalho: ergonômicas, flexibilidade de horário e tarefas e intervenções de educação e aconselhamento dirigidas aos gestores, consulta com médico do trabalho e uso de serviços de referência. (PALMER et al. 2012).	-----	Lacuna na Política
Intervenções para redução fatores de risco na manipulação de pacientes: programa avaliação de risco, uso de equipamentos, equipe de elevação de pacientes. (HIGNETT, 2003).Treinamentos técnicos (HIGNETT, 2003; ARAGONÉS et al., 2017).	-----	Lacuna na Política
3. Promoção da saúde no local de trabalho	Preconizado na PASS	Cotejamento
Intervenções que promovam o engajamento: intervenções em grupo (workshops, sessões de capacitação, palestras, sessões de grupo de aprendizagem de criatividade focadas na resolução de problemas). Treinamento em mindfulness em grupo, "sistema de amigos" (trabalho em pares), dramatização (KNIGHT et al., 2016)	Assegura o direito de participação dos servidores, em todas as etapas do processo de atenção à saúde, buscando valorizar seu saber sobre o trabalho como forma de ampliar a autonomia e o protagonismo dos servidores.	A PASS está em conformidade com as evidências científicas encontradas, porém de forma inespecífica. PARCIALMENTE
Intervenções ativas para trabalhadores idosos: programas de promoção da saúde (exemplo de atividade física e esportiva, ioga de alto nível, atividades esportivas, melhor nutrição, combate ao tabagismo e seminários de educação em saúde (POSCIA et. al., 2016).	A política prioriza a saúde do idoso, o envelhecimento ativo, educação e preparação para a aposentadoria. apesar da não explicitação de intervenções neste aspecto.	A PASS está em conformidade com as evidências científicas encontradas, porém de forma inespecífica. PARCIALMENTE
Condições flexíveis de trabalho: demandadas pelo trabalhador, que aumentam o controle e autonomia sobre o trabalho, efeito positivo sobre a saúde. Intervenções não negociadas ou impostas ao trabalhador podem produzir efeitos duvidosos ou negativos sobre a saúde do trabalhador (JOYCE et al., 2010).	-----	Lacuna na Política
4. Prevenção de doenças, agravos e acidentes ocupacionais.	Preconizado na PASS	Cotejamento
Ferramentas de fiscalização dos ambientes de trabalho- inspeções reduzem os danos a longo prazo. (MISCHKE et al., 2013).	NOSS - Inspeções aos ambientes de trabalho no âmbito da PASS, tenham mais uma conotação de vigilância e não de fiscalização	A PASS está em conformidade com as evidências científicas encontradas, porém de forma inespecífica. PARCIALMENTE
Abordagens que explicam os acidentes de trabalho (SIMONELLI et al. 2013)	Apenas conceitua acidente de trabalho e atribui competências para a emissão de documentos - CAT	Lacuna na Política
5.Gestão do absenteísmo	Preconizado na PASS	<b>Cotejamento</b>



Mudança na cultura organizacional: gestores e funcionários definem juntos a cultura organizacional desejada de acordo com a visão, a missão e os objetivos da organização, definindo ações e rotinas e ritmos de trabalho. Intervenções como agendar seus próprios dias de folga, considerando os horários da organização e as necessidades dos funcionários; banco de dias de folga; escuta e aconselhamento aos funcionários faltosos, solicitação prévia antes da ausência (KISAKYE et al., 2016; SILVA JUNIOR; MERINO, 2017)	-----	<b>Lacuna na Política</b>
6. Prevenção de incapacidade para o trabalho	Preconizado na PASS	<b>Cotejamento</b>
Planejamento, organização e modificações no ambiente de trabalho ou equipamentos;  Ações de treinamento no desempenho das tarefas e as relações interpessoais (VAN VILSTEREN et al., 2015; VOGEL et al., 2017)	De modo ampliado recomendam que devem ser priorizadas ações de intervenção nos ambientes e processos de trabalho. Não menciona treinamentos	A PASS está em conformidade com as evidências científicas encontradas, porém de forma inespecífica. PARCIALMENTE
ESTUDOS DE AVALIAÇÃO ECONÔMICA: Analisaram o custo benefício e o custo efetividade de intervenções nas categorias de prevenção em saúde mental (DAMIANI et al., 2006; REENEN et al., 2012) e nos transtornos musculoesqueléticos (SULTAN-TAÍEB et al., 2018)	-----	Lacuna na Política
INTERVENÇÕES DIGITAIS: TCC, abordagens de atenção plena (mindfulness), técnicas de relaxamento, com evidência forte para ansiedade, depressão e estresse (STRATTON et al., 2017; KUSTER et al., 2017; CAROLAN et al., 2017). São arrojadas, práticas, acessíveis, convenientes e custo-efetivas	-----	Lacuna na Política

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2019.

As revisões sistemáticas asseguram a elaboração de teorias sendo reconhecidamente como evidências mais robustas para guiar as práticas e políticas de saúde (SOARES; YONEKURA, 2011). O uso de evidências científicas na formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas ainda é uma lacuna no Brasil, onde os resultados das políticas de saúde estão vinculados aos fatores socioeconômicos e os recursos já limitados, devem ser utilizados da melhor forma possível para alcançar mais efetividade nas ações implementadas. Contrariamente, nos países desenvolvidos percebeu-se que as políticas devem ser delineadas a partir das evidências já amplamente divulgadas desde os anos de 1990 (BRASIL, 2014).

Segundo o MS, as políticas para cumprir sua finalidade devem dispor basicamente de alguns critérios como, explicitação da justificativa para sua criação e base legal, objetivos que delimitam seu campo de ação e constituem-se na base para

a avaliação, diretrizes que norteiam o alcance dos objetivos, as responsabilidades de cada ente envolvido e o padrão para a sua avaliação (BRASIL, 1998). Nesse sentido, cabe detalhar elementos da PASS que fogem desta recomendação. Inicialmente, destaca-se a ausência de um documento único o que a torna fragmentada em quatro documentos base. O problema gerador da política não está evidenciado nesses documentos, o que pode tornar complexa a sua compreensão e explicação a partir do modelo lógico. Muito embora, a construção da PASS tenha se dado a partir do diagnóstico da situação real dos serviços de saúde existentes nos órgãos federais, cabe ressaltar as dificuldades existentes à época da formulação da política devido à inexistência de dados referentes ao processo saúde-doença dos servidores públicos federais (CARNEIRO, 2008).

Quanto ao objeto da política, destaca-se que este deve ser apresentado na introdução onde também devem estar discriminados os fundamentos legais, os problemas, dificuldades, antecedentes e avanços do tema, acrescentando ainda, que a análise de todo esse contexto na formulação da política favorece a uma melhor visibilidade e entendimento do tema tratado (BRASIL, 1998). Estes aspectos também não foram observados na política em análise. Os autores Fleury e Ouverney (2008) reforçam a argumentação, destacando os componentes essenciais na elaboração de uma política, o diagnóstico da situação atual, os objetivos a serem atingidos e como alcançá-los.

De acordo Fleury e Ouverney (2008), os objetivos são os elementos essenciais de uma política, visto ser a partir destes a determinação das estratégias a serem adotadas, dos princípios norteadores, das ações, dos resultados esperados, dos responsáveis pela execução, indicadores de avaliação e a destinação dos recursos necessários. Neste aspecto, e considerando que o Subsistema operacionaliza a PASS julga-se que o objetivo estabelecido para o SIASS no seu principal documento-base seja genérico e não denota a situação futura almejada pela Política.

Acrescenta-se a esta análise do processo de formulação da política o elemento da avaliação, que tem como escopo fundamental o propósito da política, padrões quantificáveis nas diretrizes, o processo de implementação, a qualidade dos resultados e o impacto que ela proporciona (BRASIL, 1998). Outro dado importante é a necessidade do detalhamento decifrado em planos de ação, programas ou projetos que devem conter as ações, metas, cronogramas e orçamento (BRASIL, 1998). Neste item, a PASS carece de um plano de ação com descrição de metas, cronogramas, e

principalmente, orçamento discriminado. Neste aspecto, convém detalhar a norma operacional (NOSS) como integrante do conjunto de ações da PASS e que define as diretrizes gerais para a implementação das ações sugeridas pela política. A norma traz a concepção, os conceitos e as diretrizes que fundamentam as ações. Além disso, estabelece as competências de cada ente, as estratégias a serem utilizadas e o financiamento, mas não detalha as ações.

No quesito financiamento, outro ponto importante no desenvolvimento de uma política pública a PASS traz em seus textos normativos a garantia de disponibilidade financeira para o desenvolvimento das ações e projetos. Na portaria que normatiza os acordos de cooperação para criação das U-SIASS fica determinado que as despesas pelas ações assumidas pelos órgãos partícipes serão assumidas pelos próprios e provenientes dos seus orçamentos não havendo transferência voluntária de recursos financeiros entre os órgãos e entidades partícipes (BRASIL, 2012). A partir da NOSS, associa a responsabilidade dos órgãos federais e ou do MPOG em prover os recursos necessários para a implantação e implementação das ações de vigilância e promoção à saúde oriundos dos instrumentos orçamentários da União e ou de recursos dos próprios órgãos federais. Acrescenta ainda que a União financiará as ações de vigilância e promoção à saúde através de orçamento específico para as despesas com ações de saúde, investimento em obras, compra de equipamentos e capacitação de servidores (BRASIL, 2013).

Observa-se a falta de clareza em determinar efetivamente a responsabilidade pelo repasse do recurso. Deste modo, apesar da normatização do financiamento para a implantação e implementação da PASS encontra-se relatos desfavoráveis a esta questão. Conforme relatório de gestão da U-SIASS/UFBA, no segundo semestre de 2015 devido às dificuldades orçamentárias foi necessária a suspensão das atividades de promoção e vigilância com os órgãos partícipes, ficando apenas as atividades periciais para todos os servidores e as ações de prevenção de agravos, assistência, vigilância de ambientes e reabilitação, preservadas aos servidores da UFBA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2018).

Outros estudos confirmam as dificuldades financeiras enfrentadas para a execução das ações preconizadas pela política. A pesquisa de Gomes, Menezes e Furlanetto (2015) que analisou a implantação de U-SIASS em Universidades Federais enfatiza que, pelo fato de o Ministério não prover os recursos necessários, as U-SIASS analisadas no estudo ficam numa situação de dependência financeira das

Universidades as quais estão vinculadas, gerando obstáculos à materialização das propostas de promoção da saúde e prevenção de doenças. O estudo de Barbosa (2013) analisou a implantação de ações de vigilância e promoção da saúde dos servidores numa Universidade Federal e concluiu que a falta de autonomia financeira e recurso interfere diretamente na execução das ações, enfatizando que “primeiro se determina que seja feito, cria-se a lei, depois estrutura-se para executá-la”.

Do ponto de vista das ações preconizadas pela PASS observa-se que o eixo principal desta política está centrado nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, agravos e incapacidades, aos quais serão comparados com as evidências científicas levantadas nos estudos analisados.

Na análise das ações práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, o cotejamento entre os modelos lógico e conceitual da PASS demonstrou ser tarefa complexa, visto à ausência de intervenções explícitas nos documentos-base da política. Contudo, há pontos de semelhanças e diferenças bem como lacunas que merecem uma análise mais detalhada.

Os problemas e as necessidades de saúde do trabalhador identificadas nos estudos de revisão sistemática ratificam a situação identificada nos estudos primários referenciados no presente estudo. Os transtornos mentais e os distúrbios musculoesqueléticos prevalecem na população de servidores federais atendidos nas U-SIASS e em trabalhadores públicos e privados em vários outros países, ocasionando sofrimento, incapacidade temporária ou definitiva para o trabalho, índices elevados de absenteísmo, além de impactar diretamente a vida das pessoas, na prestação do serviço à sociedade e conseqüentemente na economia.

Nesta perspectiva, a PASS elaborada à princípio para uniformizar procedimentos no âmbito dos órgãos federais depara-se atualmente com uma difícil realidade para reduzir os problemas de saúde dos servidores federais. Cabe ressaltar, que se deve sempre levar em consideração o contexto no qual está inserida a política, para que o uso das evidências científicas seja feito de forma adequada (BRASIL, 2014).

Na primeira categoria analisada neste estudo, a prevenção em transtornos mentais identifica algumas incompatibilidades entre o que está preconizado e o encontrado nas evidências científicas. Nas diretrizes gerais de promoção da saúde, está determinado que no planejamento das ações de promoção da saúde, assim como daquelas destinadas à prevenção de riscos e doenças deverão ser priorizadas dentre

outras, a área da saúde mental. Entretanto, não estão explicitadas as ações a serem desenvolvidas e sim as premissas destas. As evidências fortes a moderadas encontradas nessa categoria, predominam as intervenções organizacionais, psicossociais e digitais. As intervenções organizacionais são direcionadas ao processo e ao ambiente de trabalho como alterações de horário, ajustes e modificações nas práticas, na carga e no ambiente de trabalho. Soma-se a essas intervenções, o gerenciamento do estresse por telefone e estímulo às capacidades dos trabalhadores de lidar com essa condição e retorno gradual ao trabalho, além da prática de exercícios físicos de relaxamento e alongamento (RUOTSALAINEN *et al.*, 2015; ANSOLEAGA *et al.*, 2015; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018).

A portaria que orienta sobre as questões de saúde mental dos servidores conceitua prevenção de agravos como, “uma ação prévia com o objetivo de evitar danos à saúde em decorrência de fatores comportamentais, do ambiente e/ou do processo de trabalho”. Ainda que de forma genérica, a norma sugere que se deve propor medidas de intervenção no ambiente e na organização do trabalho, no intuito de valorizar o servidor e diminuir o sofrimento psíquico. Nas ações de promoção, a norma prioriza como tema de interesse a prática corporal e atividade física. Nestes aspectos, a política está em conformidade com as evidências científicas encontradas, ainda que de forma inespecífica (BRASIL, 2010, 2013).

Quanto às intervenções psicossociais, as abordagens terapêuticas (TCC e outras terapias) *online*, por telefone ou presenciais, programas de retorno ao trabalho, aconselhamento de especialistas, boas práticas de comunicação e relacionamento entre empregados e empregadores são formas de prevenção do *Burnout*, *Bullying* e assédio moral. Estes também são aspectos facilitadores de retorno ao trabalho (ARENDES *et al.*, 2012; NIEUWENHUIJSEN *et al.*, 2014; ANSOLEAGA, *et al.*, 2015; JOYCE *et al.*, 2016; PERSKI *et al.* 2017; MIKKELSEN; ROSHOLM, 2018). Nesse item, a norma está em concordância com as evidências, quando orienta que as ações devem fortalecer os vínculos entre servidores, familiares e representantes, formando redes de apoio social e que deve “desenvolver estratégias para o recebimento de informações sobre casos que caracterizam assédio moral no trabalho e para a adoção das providências cabíveis”. Quanto a recomendação de terapias, a política estabelece apenas no âmbito da prevenção terciária, ou seja, como ação de reabilitação, quando destaca que se deve estimular a criação de grupos de apoio terapêutico e reinserção nos locais de trabalho, provimento de recursos e estratégias terapêuticas e a

realização de intervenções terapêuticas não medicalizantes para estabilização de quadros clínicos (BRASIL, 2010). Sobre práticas específicas de retorno ao trabalho há lacuna na política.

Na categoria da prevenção de distúrbios musculoesqueléticos foram identificadas intervenções para as diversas situações referentes a este grupo de patologias. Para os distúrbios das extremidades superiores, as intervenções ergonômicas físicas com uso de apoio de braço com *mouse* alternativos, ajuste da estação de trabalho de apoio; treinamento em *biofeedback* (vibração) e em gerenciamento de estresse no trabalho são estratégias identificadas com nível de evidência moderada. (KENNEDY *et al.*, 2010; HOE *et al.*, 2018). Nesta revisão, ficou evidente que os treinamentos participativos em intervenções ergonômicas não produziram efeitos na prevenção de DORT, assim como as pausas suplementares durante o trabalho (HOE *et al.*, 2018). Contudo, o estudo de Kennedy *et al.* (2010) apontou que o treinamento ergonômico combinado com ajustes das estações de trabalho foi classificado com evidências fortes (KENNEDY *et al.*, 2010). Ressalte-se que não foram encontradas nos textos da política nenhuma referência às patologias ou sintomas e às intervenções mencionadas, ou seja, há lacuna nessa área.

Outra intervenção apontada nos estudos foi a MBR (Reabilitação Biopsicossocial Multidisciplinar) que apesar de ser classificada com evidências de baixa a muito baixa, resultou em menos dor e incapacidade, diminuição de dias de licença e maior probabilidade de retorno ao trabalho. Soma-se as intervenções multicomponentes iniciadas de forma precoce, para reduzir o absenteísmo por distúrbio musculoesquelético com evidência de qualidade moderada (KAMPER *et al.*, 2014; MARIN *et al.*, 2017; COCHRANE *et al.*, 2017). Compreendendo a MBR, como uma abordagem multidisciplinar verifica-se na metodologia explicitada na norma operacional, embora de forma genérica, a recomendação para um trabalho em equipe multiprofissional com abordagem transdisciplinar, que deve reunir esforços na análise e intervenção nas necessidades de saúde sob diferentes ângulos da dimensão biopsicossocial. A norma orienta ainda, que sejam definidas estratégias para grupos específicos de servidores, proporcionando o desenvolvimento de abordagens e intervenções diferenciadas (BRASIL, 2010; 2013). Considera-se um ponto forte da política analisada, a recomendação para as abordagens multiprofissionais e transdisciplinares.

Ressalta-se que, apesar da recomendação da política em estimular a prática de atividade física, dois estudos identificaram evidências inconsistentes para esta intervenção (KENNEDY *et al.*, 2010; SCHAAFSMA *et al.*, 2013). Ademais destacam-se ainda, as intervenções para redução do absenteísmo em trabalhadores com distúrbios musculoesqueléticos. A revisão de Palmer *et al.* (2012) apontou resultados de intervenções no âmbito individual (fisioterapia, terapias psicológicas, ensaio de técnicas de trabalho mais seguras e uso de suportes lombares). No local de trabalho, intervenções ergonômicas, flexibilidade de horário e tarefas e intervenções de educação e aconselhamento dirigidas aos gestores. E por fim, intervenções no trabalho como: análise do plano de ação coordenado, consulta com médico do trabalho e uso de serviços de referência. Todas foram identificadas como moderadamente benéficas e efetivas, e com incertezas quanto ao custo benefício. Comparando com a proposta da PASS observa-se também nesta categoria, a ausência de explicitação de ações voltadas para este grupo de patologias e sintomas (BRASIL, 2010; 2013).

Outro aspecto que chama atenção neste grupo de estudos são as intervenções utilizadas para redução dos fatores de risco na manipulação de pacientes, principal fator de lombalgia, problema muito comum aos profissionais de saúde, principalmente equipe de enfermagem e fisioterapeutas. As intervenções com evidências de qualidade moderada como programa de avaliação de risco envolvendo toda a equipe, uso de equipamentos, equipe de elevação de pacientes. Ressalva para as intervenções baseadas em treinamento técnico. O estudo concluiu com evidências de qualidade forte, que os treinamentos técnicos não produziram efeitos sobre o processo de trabalho ou na prevenção de lesões (HIGNETT, 2003). Também neste item, não foram encontradas referências nos textos da política analisada.

Destaca-se também nessa categoria, a necessidade de intervenções de prevenção primária e secundária, *design* adequado do local de trabalho e treinamento para os trabalhadores que utilizam telas digitais devido aos efeitos nocivos sobre a saúde musculoesquelética e visual. Nesse particular, considera-se ser necessária a introdução de novos procedimentos para a vigilância específica dos processos e condições de trabalho dos trabalhadores expostos a estes riscos, tendo em vista o uso cada vez maior de novas tecnologias (ARAGONÉS *et al.*, 2017). A política em questão não aborda esse tema e necessita adaptar-se aos novos conhecimentos e às evidências atuais.

A despeito das ações de promoção da saúde no local de trabalho, os estudos indicam intervenções que promovam o engajamento dos trabalhadores no trabalho, como as intervenções em grupo (*workshops*, sessões de capacitação, palestras, sessões de grupo de aprendizagem de criatividade focadas na resolução de problemas). Além disso, treinamento em *mindfulness* de grupo, “sistema de amigos” (trabalho em pares), dramatização, produzem efeitos qualificados como médio a grande, na saúde laboral (KNIGHT *et al.*, 2016). Dentre as premissas da promoção da saúde na PASS encontra-se o apoio em “propiciar aos servidores ambientes de trabalho saudáveis, com o envolvimento destes e dos gestores no estabelecimento de um processo de melhoria contínua das condições e das relações no trabalho e da saúde, propiciando bem-estar das pessoas inseridas no contexto laboral”. A norma operacional assegura o direito de participação dos servidores em todas as etapas do processo de atenção à saúde, buscando valorizar seu saber sobre o trabalho como forma de ampliar a autonomia e o protagonismo dos servidores. É inegável a importância da participação dos servidores em todo processo de reconhecimento do seu ambiente de trabalho, porém os termos envolvimento/engajamento trazidos nos estudos pesquisados envolvem outros conceitos. Segundo a revisão de Knight *et al.* (2016), trabalhadores engajados estão física, cognitiva e emocionalmente envolvidos em suas funções de trabalho, sentem-se recompensados pelo desempenho com senso de confiança e segurança no trabalho, além da sensação de dispor dos recursos físicos e psicológicos necessários para o trabalho. Do contrário, o baixo engajamento no trabalho interfere no bem-estar e no desempenho no trabalho. O envolvimento no trabalho também é visto como “um estado de espírito caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção” (KNIGHT *et al.*, 2016).

As intervenções ativas, aquelas em que o trabalhador está numa posição ativa e que leva a uma mudança comportamental são classificadas com qualidade de evidência moderada na redução do absenteísmo, sendo analisada no estudo a atividade física gradual (ODEEN *et al.*, 2012). Os trabalhadores mais velhos também se beneficiam com programas de promoção da saúde que incorporam intervenções ativas nos locais de trabalho com evidência de qualidade moderada, a exemplo de atividade física e esportiva, ioga de alto nível, atividades esportivas, melhor nutrição, combate ao tabagismo e seminários de educação em saúde (POSCIA *et al.*, 2016). A política analisada prioriza a saúde do idoso, o envelhecimento ativo, educação e



preparação para a aposentadoria, apesar da não explicitação de intervenções neste aspecto (BRASIL, 2013).

Outro aspecto importante e contemporâneo no mundo do trabalho são as condições flexíveis de trabalho quando demandadas pelo trabalhador e que aumentam o controle e a autonomia sobre o trabalho do mesmo contribuem com efeito positivo sobre a saúde. Por outro lado, as intervenções não negociadas ou impostas ao trabalhador podem produzir efeitos duvidosos ou negativos sobre a saúde do trabalhador (JOYCE *et al.*, 2010). Condições de trabalho flexíveis são cada vez mais comuns nos países desenvolvidos, mas ainda são desconhecidos seus efeitos sobre a saúde e o bem-estar do trabalhador (JOYCE *et al.*, 2010). A política analisada, embora faça referência à melhoria nas condições de trabalho não explicita sobre condições flexíveis de trabalho.

No que diz respeito às ações de prevenção de doenças, agravos e acidentes ocupacionais, as intervenções apontadas na revisão de Mischke *et al.* (2013) são incertas quanto a validade das ferramentas de fiscalização dos ambientes de trabalho.

O estudo concluiu que as inspeções reduzem os danos a longo prazo, mas não a curto prazo e que são mais recomendáveis as inspeções específicas do que as gerais. Esta evidência científica pode interferir diretamente nas ações de vigilância de ambientes de trabalho, um dos eixos prioritários da PASS. De acordo com esta revisão, as ações de inspeção nos ambientes de trabalho necessitam ser repensadas em sua metodologia, para que os resultados sejam mais efetivos na redução de doenças, lesões e acidentes ocupacionais. A norma operacional da política está baseada na interrelação entre os eixos de vigilância e promoção, perícia e assistência à saúde do servidor e as ações devem estar voltadas para promoção da saúde, medidas de prevenção e de correção nos ambientes e processos de trabalho.

Acredita-se que, as inspeções aos ambientes de trabalho no âmbito da PASS, tenham mais uma conotação de vigilância e não de fiscalização, exclusivamente. Observa-se nesse item que a norma se encontra baseada em evidências científicas. Importante ressaltar, contudo, a baixa qualidade dos estudos incluídos nessa revisão que podem ter interferido na qualidade da evidência (MISCHKE *et al.*, 2013).

Ainda neste contexto é importante destacar as contribuições de Simonelli *et al.* (2013), quanto às abordagens que explicam os acidentes de trabalho. A abordagem comportamental mostra-se insuficiente na explicação e nas ações de prevenção dos acidentes. Ao comparar o que traz a PASS nesse sentido observa-se a falta de uma

teoria explícita ou implícita quanto a abordagem utilizada nas ações de prevenção aos acidentes de trabalho, embora seja esta uma área prioritária na política. A norma operativa apenas conceitua acidente de trabalho e atribui competências para a emissão de documentos circunstanciados sobre os agravos à saúde do servidor e estabelecimento de nexos dos acidentes de trabalho. Nas ações de promoção, essas devem estar focadas na prevenção de acidentes e no fornecimento de informações aos servidores, para que ampliem seus conhecimentos e os orientem quanto aos procedimentos a serem adotados em caso de acidentes (BRASIL, 2010; 2013).

No que diz respeito aos exames pré admissionais, a revisão de Schaafsma *et al.* (2016) concluiu com evidências de baixa qualidade, que os exames pré admissionais possam evitar licenças médicas, lesões e doenças ocupacionais. Do ponto de vista da PASS, o exame de investidura no cargo público, vulgo pré-admissional, regulamentado pela Lei 8.112/90, está inserido como atribuição da perícia médica. Porém, a competência é de um médico oficial e não de um perito. Consta que se trata de ação integrada com as ações de promoção em saúde, com o objetivo de acompanhar o futuro servidor, prevenindo os possíveis riscos de sua atividade laboral.

Quanto à gestão do absenteísmo, problema identificado como predominante e multicausal nos estudos analisados, principalmente em trabalhadores da área de saúde foram identificadas propostas para administrar o problema no local de trabalho e na política nacional (KISAKYE *et al.*, 2016; SILVA JUNIOR; MERINO, 2017). A mudança na cultura organizacional foi a intervenção identificada com resultados na redução do absenteísmo, todavia não foram identificados nos documentos normativos da PASS nenhuma referência ao absenteísmo ou a qualquer intervenção de regulação do problema.

As intervenções recomendadas para a prevenção de incapacidade para o trabalho foram os programas de retorno ao trabalho classificada com nível de evidência entre muito baixa a moderada. Além disso sugere-se planejamento, organização e modificações no ambiente de trabalho ou equipamentos e ainda, ações de treinamento no desempenho das tarefas e as relações interpessoais, com evidências moderadas (VAN VILSTEREN *et al.*, 2015; VOGEL *et al.*, 2017). Os documentos da PASS, novamente de modo ampliado recomendam que devem ser priorizadas ações de intervenção nos ambientes e processos de trabalho objetivando a prevenção de doenças e agravos, incorporando mudanças na organização e no

ambiente de trabalho, com foco na prevenção das doenças relacionadas ao trabalho; incentivo à oferta de ações que reduzam a vulnerabilidade a riscos relacionados à saúde aos seus determinantes e condicionantes. Não foi identificado nos documentos da política a recomendação para treinamentos nem retorno para o trabalho.

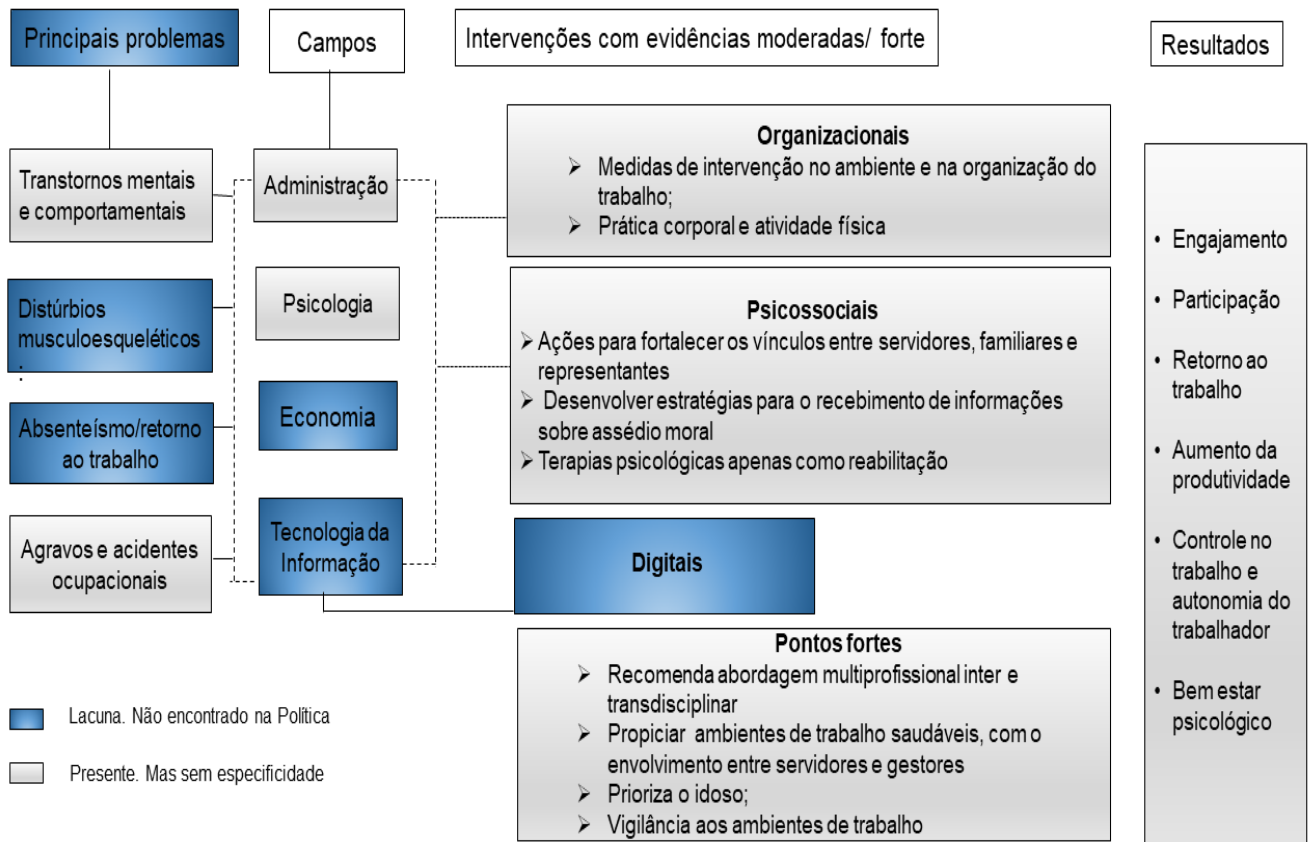
Finalmente é necessário enfatizar os estudos de avaliação econômica, que analisaram o custo benefício e o custo efetividade de intervenções nas categorias de prevenção em saúde mental (DAMIANI *et al.*, 2006; REENEN *et al.*, 2012) e nos transtornos musculoesqueléticos (SULTAN-TAÏEB *et al.*, 2018). Os estudos referem a importância e a necessidade das avaliações econômicas devido ao alto custo do absenteísmo por essas patologias, perda da produtividade e ônus econômico para empregadores e empregados, além de fornecerem ferramentas para tomada de decisão, relevantes para as políticas de saúde (SULTAN-TAÏEB *et al.*, 2018). A política analisada não faz menção a avaliações econômicas das suas ações, fato de extrema importância para quem tem recursos escassos ou ausentes.

Por fim, atualidades como as intervenções digitais com terapias cognitivas comportamentais, abordagens de atenção plena (*mindfulness*) e técnicas de relaxamento, com evidência forte para ansiedade, depressão e estresse, poderiam agregar novas abordagens teóricas e inovação à política em questão. No estudo de promoção da saúde para trabalhadores mais velhos, as intervenções com programa multimídia contendo informações e orientações sobre os principais tópicos de promoção do envelhecimento saudável apresentou evidências limitadas para intervenções digitais (POSCIA *et al.*, 2016). As intervenções digitais destacam-se por serem arrojadas, práticas, acessíveis, convenientes e custo-efetivas (STRATTON *et al.*, 2017; KUSTER *et al.*, 2017; CAROLAN *et al.*, 2017).

Deste modo, a análise lógica direta realizada concluiu que a PASS está parcialmente baseada em evidências científicas, especialmente no enfrentamento dos distúrbios mentais de base organizacional ou comportamental carecendo de fortalecer seus elos causais e correção das lacunas identificadas no estudo, para que se possa assegurar os resultados pretendidos na dimensão das suas práticas preventivas e de promoção da saúde. Nesse sentido, sugere-se uma revisão do seu escopo, objetivando uma melhor delimitação dos seus elementos estruturais e operacionais.

A seguir, a representação gráfica do respectivo cotejamento (Figura 4).

**Figura 4 - Cotejamento entre modelo lógico e modelo conceitual**



**Fonte:** Elaboração da autora, 2019.

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como tema central a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS), operacionalizada através do Subsistema de Atenção Integrada de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), que são espaços de articulação e consolidação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, vigilância de ambientes, perícia e reabilitação da saúde de servidores públicos federais. A PASS formulada em 2009 é uma política oriunda de uma construção coletiva e teve, inicialmente, como objetivo principal a uniformização de procedimentos e ações de saúde para o funcionalismo público federal.

O modelo conceitual da PASS evidenciou a dimensão das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo identificados os problemas prioritários, distúrbios mentais e comportamentais, musculoesqueléticos, doenças e agravos ocupacionais e na gestão do absenteísmo. Foram identificadas intervenções organizacionais, psicossociais e digitais voltadas ao indivíduo, coletivo e ambiente. Além disso, foram identificados os conceitos e teorias implícitas ou explícitas no campo da Administração/Gestão, Psicologia, Economia e Tecnologia da Informação e os resultados alcançados.

Os estudos de revisão sistemática foram separados em seis categorias de análise e as intervenções e evidências principais identificadas. A análise desses estudos endossa a real situação de saúde do trabalhador público e privado em diversos países. Os transtornos mentais e os distúrbios musculoesqueléticos prevalecem nessa população.

De um modo geral, as intervenções identificadas foram na dimensão organizacional, psicossocial, educativas e as intervenções digitais, marcando a presença da tecnologia a favor da saúde e do bem-estar. Os estudos de avaliação econômica também foram evidenciados.

No cotejamento entre o modelo lógico e o modelo conceitual da PASS, dentre os elementos que evidenciam as lacunas na formulação da política está em primeiro lugar a ausência da explicitação do problema gerador da política ou até mesmo a justificativa para a sua ausência nos documentos base da política. O fato dessa política ser fragmentada em diversos documentos, também foi considerado uma lacuna que a torna complexa e até mesmo difícil de ser operacionalizada. Outros elementos importantes como o objeto, as dificuldades ou facilidades, antecedentes

históricos, epidemiológicos, culturais, sociais, e outros, devem estar explicitados na introdução do texto da política o que favorece o entendimento da norma.

Outro aspecto fundamental são os objetivos considerados como elemento estruturante de uma política. Visto que o Subsistema operacionaliza a PASS julga-se que o objetivo estabelecido para o SIASS no seu principal documento base seja genérico e não denota a situação futura almejada pela Política. Identificados também a ausência de detalhamento das ações, metas, cronograma e orçamento e por fim, a questão do financiamento que, apesar de garantido o recurso orçamentário nos textos normativos, observa-se uma falta de clareza em determinar efetivamente a responsabilidade pelo repasse do recurso às U-SIASS, se o MPOG ou o próprio órgão que as vincula.

O cotejamento entre os modelos lógico e conceitual da PASS mostrou-se ser complexo devido à ausência de explicitação de intervenções nos textos da política. Foi num esforço de comparação entre as evidências encontradas no estudo e o que é ditado pelas premissas e princípios norteadores da política que se concluiu pela parcialidade ou totalidade de estar ou não baseada em evidências científicas.

Identifica-se como limitações neste estudo, a ausência de estudos voltados para a realidade brasileira ou até mesmo a realidade dos trabalhadores em países subdesenvolvidos. A maioria dos estudos de revisão sistemática foram realizados em países de alta renda. Poucos estudos avaliaram servidores públicos, exclusivamente. O que pode interferir na adequação das intervenções para a realidade brasileira e de servidores públicos.

Acredita-se que o presente estudo contribuiu para alertar sobre a necessidade de investimentos na prevenção de doenças e promoção da saúde dos servidores públicos federais. O presente estudo também pode colaborar com a gestão das U-SIASS na tomada de decisão quanto as intervenções mais adequadas, fundamentadas em evidências científicas e adaptadas à realidade de cada Unidade. Sugere-se o fomento a novas pesquisas na área de saúde do servidor público federal, principalmente estudos de avaliação da análise de implantação de Unidades SIASS.

Por fim, além da revisão da teoria da Política recomenda-se que os diversos atores sociais envolvidos, principalmente os servidores conheçam a PASS discutam, participem, se envolvam, lutem, reivindicuem, conquistando autonomia e empoderamento nos seus ambientes de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- AFFONSO, Sergio Luiz; LOPES, Rosa Lúcia Soares Ferreira. Absenteísmo: um problema complexo nas instituições públicas. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/160>. Acesso em: 07 set. 2018.
- AGOSTINI, M. Saúde do Trabalhador. *In*: ANDRADE; PINTO; OLIVEIRA (Org.). **Animais de laboratório: criação e experimentação**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 375–379, 2002. 1ª Reimpressão. Scielo *E-Books*. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sfwjtj/pdf/andrade-9788575413869.pdf>. Acesso em: 26 maio 2018.
- ALMEIDA, Graça de Fátima Pereira *et al.* Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 1, p. 37-44, jan/abr. 2016. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/21/pt-BR/patologias-osteomusculares-como-causa-de-aposentadoria-por-invalidez-em-servidores-publicos-do-municipio-de-sao-luis--maranhao>. Acesso em: 26 maio 2018.
- ALMEIDA, Lúcio Meneses de. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Prevenção em saúde**, v. 23, n. 1, jan/jun. 2005. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2996950/mod\\_resource/content/1/texto%20sobre%20niveis%20de%20preven-epi%20graduac%C3%A3o.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2996950/mod_resource/content/1/texto%20sobre%20niveis%20de%20preven-epi%20graduac%C3%A3o.pdf). Acesso em: 31 maio 2019.
- ANDRADE, Elsa Thomé de. O processo de implementação da política de atenção à saúde do trabalhador em instituições públicas federais: o desafio da integralidade. Rio de Janeiro, 2009. **Dissertação de Mestrado**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2522>. Acesso em: 26 maio 2018.
- ANDRADE, Elsa Thomé de; MARTINS, Maria Inês Carsalade; MACHADO, Jorge Huet. O processo de construção da política de saúde do trabalhador no Brasil para o setor público. Configurações. **Revista de sociologia**, n. 10, p. 137-150, 2012. Disponível em: <https://journals.openedition.org/configuracoes/1472>. Acesso em: 26 maio 2018.
- ANSOLEAGA, Elisa *et al.* Facilitadores del reintegro laboral en trabajadores con patología mental de 'origen laboral: una revisión sistemática. **Revista Médica do Chile**, v. 143, n. 1, p. 85-95, Santiago, 2015. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000100011](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000100011). Acesso em: 26 jan. 2019.
- ARAGONÉS, Josep Maria Molina *et al.* Revisión sistemática sobre las alteraciones óculo-visuales y músculo-esqueléticas asociadas al trabajo con pantallas de visualización de datos. **Medicina e Segurança do Trabalho** v. 63, n. 247, p. 159-197, Madrid, abr/jun. 2017. Disponível em:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2017000200167](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200167). Acesso em: 26 jan. 2019.

ARENDS, Iris *et al.* Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 12, dezembro 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23235630>. Acesso em: 26 jan. 2019.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila (Org.). **Promoção e Vigilância em saúde: guia para ações no setor público federal**. 1. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2012. Disponível em: [https://site.medicina.ufmg.br/nest/wp-content/uploads/sites/79/2018/07/SIASS\\_promocao-e-vigilancia-em-saude.pdf](https://site.medicina.ufmg.br/nest/wp-content/uploads/sites/79/2018/07/SIASS_promocao-e-vigilancia-em-saude.pdf). Acesso em: 13 jul. 2018.

BAMBRA, Clare *et al.* The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 61, n. 12, p. 1028-1037, dezembro 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18000123>. Acesso em: 26 jan. 2019.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva: Conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARBOSA, Idamis Helena Soyer. Implantação de ações de vigilância e promoção da saúde dos servidores da Universidade Federal de Goiás. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Goiás, 2013. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/280/1/Idam%C3%ADs%20Helena%20Soyer%20Barbosa.pdf>. Acesso em: 31 maio 2019.

BARBOSA, Leonardo Martins; MURTA, Sheila Giardini. Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 16, n. 3, p. 34-49, 2014. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/711>. Acesso em: 31 maio 2019.

BASTOS, Maria Luiza Almeida *et al.* Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 53-59, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Elizabeth/Downloads/v16n1a08%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Elizabeth/Downloads/v16n1a08%20(1).pdf). Acesso em: 26 maio 2018.

BRAND, Sarah L. *et al.* Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. **PloS one**, v. 12, n. 12, e0188418, 2017. Disponível em: <http://adsabs.harvard.edu/abs/2017PLoSO..1288418B>. Acesso em: 29 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, 2014. Disponível em:



[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html). Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora- PNSTT. Brasília: [s.n.], 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html). Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: documento para discussão. Brasília, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf). Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes Metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_elaboracao\\_sistemica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistemica.pdf). Acesso em: 31 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes Metodológicas**: Sistema GRADE- Manual de Graduação da Qualidade da Evidência e Força de Recomendação para Tomada de Decisão em Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_sistema\\_grade.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf). Acesso em: 31 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Síntese de evidências para políticas de saúde**: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. 1. ed. Brasília: EVIP Net Brasil, 2015. 36p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_politicas\\_saude\\_1ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf). Acesso em: 31 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Políticas de Saúde**: Metodologia de Formulação, Brasília, 1998. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa\\_politicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf). Acesso em: 31 maio 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público. **Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal**. 3. ed. Brasília, 2017. 331p. Disponível em: <http://www.jandaiadosul.ufpr.br/wp-content/uploads/2017/07/MANUAL-DE-PERICIA-OFICIAL-EM-SAUDE-DO-SERVIDOR-PUBLICO-FEDERAL-3A-EDICAO-ANO-2017-VERSAO-28ABR2017.pdf>. Acesso em: 31 maio 2019.

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

Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/progep/files/2013/03/Portaria-Normativa-SEGEP-MPOG-No-3-2013.pdf>. Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. **Portaria nº 1.397 de 10 de agosto de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://normas.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/23876371](http://normas.gov.br/materia/-/asset_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/23876371). Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria Normativa nº 3, de 7 de maio de 2010**. Institui a Norma Operacional de Saúde do Servidor – NOSS. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.saude.ufu.br/sites/saude.ufu.br/files/Portaria-Normativa-03.pdf>. Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria nº 1.261 de 05 de maio de 2010**. Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental dos servidores. Publicada no DOU de 06/05/2010. Disponível em: [http://normas.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/35533116](http://normas.gov.br/materia/-/asset_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/35533116). Acesso em: 02 maio 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)**. Brasília, novembro de 2004. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_seguranca\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf). Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.961, de 13 de novembro de 2006. Institui o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal - SISOSP. **Revogado pelo Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009**. Diário Oficial da União, 14 de novembro de 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2004-2006/2006/Decreto/D5961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2006/Decreto/D5961.htm). Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.602 de 07 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm). Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 23 de março de 2010, Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8112cons.htm). Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: [s.n.], 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. DOU nº 191-A de 5 de outubro de 1988. Disponível em:

[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 17 maio 2018.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F. Program theory evaluation: Logic analysis. **Evaluation and Program Planning**, v. 34, n.1, p. 69–78, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149718910000455>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva (online)**, v. 5, p. 163-177, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 29 maio 2019.

CADE, Nágela Valadão; PRATES, José Gilberto. Treinamento em solução de problemas: intervenção em mulheres com depressão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 3, p. 223-229, São Paulo, set. 2001. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/lil-513477>. Acesso em: 31 maio 2019.

CAMARÃO, Rita de Cássia Costa; ESPÍRITO SANTO JUNIOR, Alcides do Ramalho; CALVET, Fernando Felix. Perfil do absenteísmo por doença em servidores do INSS na gerência executiva de São Luís. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/148>. Acesso em: 13 jan. 2019.

CAPELARI, Marcos Maurício *et al.* Prevalência do Absenteísmo Odontológico em funcionários públicos de um município do interior do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 13, n. 2, p. 100-107, 2015. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/item/002757509>. Acesso em: 26 maio 2019.

CARNEIRO, Sérgio Antônio Martins. Política de atenção à saúde do servidor público federal do Brasil. *In: XIII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública [Anais...]*. Buenos Aires, Argentina, 4-7 nov. 2008. Disponível em: <https://cladista.clad.org/handle/123456789/5276>. Acesso em: 13 jan. 2019.

CARNEIRO, Sérgio Antônio Martins. Saúde do servidor: Uma questão para a gestão de pessoas. *In: IV Congresso CONSAD de Gestão Pública [Anais...]* Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel\\_24-084\\_085\\_086.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel_24-084_085_086.pdf). Acesso em: 07 set. 2018.

CARNEIRO, Sérgio Antônio Martins. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas - a experiência na Prefeitura de São Paulo. ENAP – **Revista do Serviço Público**, v. 57, n. 1, 2006. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/188>. Acesso em: 13 jan. 2019.

CAROLAN, Stephany; HARRIS, Peter R.; CAVANAGH, Kate. Improving employee well-being and effectiveness: systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. **Journal of medical Internet**

**research**, v. 19, n. 7, p. e271, 26 de julho de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28747293>. Acesso em: 02 fev. 2018.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, novembro 1986. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 27 maio 2019.

CAVALCANTE, Benevenuto Vieira; CUNHA, Euler André Magalhães da; CASCAES, Victor Maciel. Análise das Ocorrências de Afastamentos por Razões de Doença, Codificada no Grupo do CID 10, em Servidores Públicos Federais Submetidos à Perícia em Saúde na Unidade SIASS MAPA/SFA do Estado do Pará. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/165>. Acesso em: 07 set. 2018.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise de implantação. In: BROUSSELLE *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

COCHRANE, Andy *et al.* Early interventions to promote work participation in people with regional musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. **Clinical rehabilitation**, v. 31, n. 11, p. 1466-1481, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28343440>. Acesso em: 02 fev. 2019.

COSTA, Angelo Brandelli *et al.* Construção de uma escala para avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**, v. 20, n. 8, p. 2441-2452, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802441&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802441&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 31 maio 2019.

COSTA, Cristina Lepesteur da; NUNES, Maria Else Carneiro; ARAÚJO, Waleska Brasileiro de. Os Desafios Para a Implementação da Perícia em Saúde na Administração Pública Federal. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/167>. Acesso em: 07 set. 2018.

COSTA, Danilo *et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista brasileira de saúde ocupacional [online]**, v. 38, n.127, p.11-21, São Paulo, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100003&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 11 jul. 2018.

COSTA, Maria Márcia Barcelos; FERREIRA, Leonice Maria. Principais causas de afastamento do trabalho no serviço público federal do Tocantins: atendimentos no SIASS Tocantins no período de junho de 2011 a setembro de 2012. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/140>. Acesso em: 07 set. 2018.

CRUZ, Débora Maria Oliveira; KALIL, Fábio Luiz Hohlenwerger. Absenteísmo Odontológico Registrado na Unidade do SIASS da Universidade Federal da Bahia

após Perícia Oficial. **Cognitio/pós-graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/79>. Acesso em: 07 set. 2018.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Texto em versão revisada e atualizada do artigo "The concept of health and the difference between promotion and prevention", publicado nos **Cadernos de Saúde Pública** (Czeresnia, 1999). In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

DAMIANI, Gianfranco *et al.* Evaluating the effect of stress management programmes at the work-site on absenteeism reduction: a systematic review. **Italian Journal of Public Health**, v. 3, n. 2, 2006. Disponível em: <https://ijphjournal.it/article/view/5936>. Acesso em: 02 fev. 2019.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. **Curso de Especialização em Saúde da Família-UNA-SUS| UNIFESP**, 2011. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/167>. Acesso em: 21 abr. 2019.

DUHOUX, Arnaud *et al.* Interventions to promote or improve the mental health of primary care nurses: a systematic review. **Journal of nursing management**, v. 25, n. 8, p. 597-607, novembro 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28782168>. Acesso em: 02 fev. 2019.

EL DIB, Regina *et al.* Guia prático de medicina baseada em evidências. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. **Coleção PROEX Digital (UNESP)**. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/126244>. Acesso em: 31 maio 2019.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros *et al.* Promoção da saúde: elemento instituinte? **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 153-164, São Paulo, março 2008. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/250054231\\_Promocao\\_da\\_saude\\_elemento\\_instituinte](https://www.researchgate.net/publication/250054231_Promocao_da_saude_elemento_instituinte). Acesso em: 21 abril 2019.

FIGUEIREDO, Joel Fonseca Rodrigues de; COUCEIRO, Ruth Maria Costa; MELO, Verônica Maria Pinho Pessoa. Aposentadoria por invalidez dos servidores da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no período de 1995 a 2011. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/130>. Acesso em: 13 jan. 2019.

FLEURY, Sonia; OUVRENEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 23-64, 2008.

GILLEN, Patricia A. *et al.* Interventions for prevention of bullying in the workplace. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 1, Rio de Janeiro, 30 de

janeiro de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28134445>. Acesso em: 02 fev. 2019.

GOMES, Jorge de Oliveira; MENEZES, Rebeca Gomes de; FURLANETTO, Egídio Luis. Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) na UFCG e UFPB: Estrutura, ações e desafios. Seminário **[Anais...]**, 2015. Disponível em: <https://seminario2015.ccsa.ufrn.br/assets/upload/papers/jorge07311paper.pdf>. Acesso em: 07 set. 2019.

GONÇALVES, Shirley Dias *et al.* Promoção e vigilância à saúde dos servidores públicos: a experiência da Universidade Federal do Ceará. **Revista de Psicologia**, v. 7, n. 2, julho-dezembro 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/6283>. Acesso em: 07 set. 2019.

HAYES, Steven C.; PISTORELLO, Jacqueline; BIGLAN, Anthony. Terapia de aceitação e compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. **Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, v. 10, n. 1, p. 81-104, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/234>. Acesso em: 31 maio 2019.

HIGNETT, Sue. Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: a systematic review. **Occupational and environmental medicine**, v. 60, n. 9, p. e6-e6, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12937202>. Acesso em: 02 fev. 2019.

HOE, Victor CW *et al.* Ergonomic interventions for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck among office workers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, 2018. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008570.pub3/full>. Acesso em: 02 fev. 2019.

JOYCE, Kerry *et al.* Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 2, 2010. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008009.pub2/full>. Acesso em: 02 fev. 2019.

JOYCE, Sathbh *et al.* Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. **Psychological Medicine**, v. 46, n. 4, p. 683-697, março 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26620157>. Acesso em: 02 fev. 2019.

KAMPER, Steven J. *et al.* Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. **BMJ**, v. 350, p. h444, 2015. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h444>. Acesso em: 02 fev. 2019.

KELLOGG, W. K. Logic model development guide. **Michigan**: WK Kellogg Foundation, 2004. Disponível em: <https://www.bttop.org/sites/default/files/public/W.K.%20Kellogg%20LogicModel.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

KENNEDY, Carol A. *et al.* Systematic review of the role of occupational health and safety interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal symptoms, signs, disorders, injuries, claims and lost time. **Journal of occupational rehabilitation**, v. 20, n. 2, p. 127-162, junho 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19885644>. Acesso em: 02 fev. 2019.

KNIGHT, Caroline; PATTERSON, Malcolm; DAWSON, Jeremy. Building work engagement: A systematic review and meta-analysis investigating the effectiveness of work engagement interventions. **Journal of Organizational Behavior**, v. 38, n. 6, p. 792-812, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/job.2167>. Acesso em: 02 fev. 2019.

KISAKYE, Angela N. *et al.* Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. **Journal of healthcare leadership**, v. 8, p. 81-94, novembro 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741011/>. Acesso em: 02 fev. 2019.

KUSTER, Anootnara Talkul *et al.* Computer-based versus in-person interventions for preventing and reducing stress in workers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, agosto 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28853146>. Acesso em: 02 fev. 2019.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757-766, Rio de Janeiro, abril 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2018.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Tradução Heloisa Monteiro e Francisco Settinieri. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LE CAMPION, Anna Carolina Omena Vasconcellos; MELO, Edglei Vergetti de Siqueira; MONTEIRO, Vanessa de Almeida Pinto. Perfil do absenteísmo-doença nos servidores públicos federais na unidade SIASS/INSS/Alagoas. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/164>. Acesso em: 13 set. 2019.

LEITE, Doris Terezinha Loff Ferreira; SAKIS, Silvana Cossetin. Perfil demográfico dos servidores da unidade SIASS da gerência executiva do INSS em Porto Alegre/RS. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/155>. Acesso em: 07 set. 2018.

LIMA, Sandra Maria Eugênio de Sousa; RÔLA, Helyett da Fonseca Maia. Aposentadoria por invalidez de servidores da Universidade Federal do Ceará no período de 2007 a 2012. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/153>. Acesso em: 13 set. 2019.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n. 4, Rio de Janeiro, out-nov 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400021). Acesso em: 21 out. 2018.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 2, p. 33-45, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1362.pdf>. Acesso em: 21 out. 2018.

MAGALHÃES FILHO, Osman Sarmiento; ZANIN, Luciane; FLÓRIO, Flávia Martão. Avaliação do absenteísmo por motivo de doença em funcionários técnico administrativos de uma universidade federal. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 20, n. 1, p. 59-69, Vitória, jan-mar 2018. Disponível em: <http://ojs2.ufes.br/RBPS/article/viewFile/20609/13854>. Acesso em: 13 jan. 2019.

MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 5-13, São Paulo, jan-abr 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100002). Acesso em: 21 abr. 2019.

MARIN, Teresa J. *et al.* Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 28, n. 6, junho 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28656659>. Acesso em: 02 fev. 2019.

MARTINS, Maria Inês Carsalade *et al.* A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**, v. 22, n. 5, p. 1429-1440, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501429&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501429&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 26 maio 2018.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de saúde pública**, v. 25, n. 5, p. 341-349, São Paulo, 1991. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2018.

MIKKELSEN, Mai Bjørnskov; ROSHOLM, Michael. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. **Occup Environ Med**, v. 75, n. 9, p. 675-686, junho 2018.



Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29954920>. Acesso em: 02 fev. 2019.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de saúde pública**, v. 13, n. 2, p. 21-32, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>. Acesso em: 26 maio 2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MISCHKE, Christina *et al.* Occupational safety and health enforcement tools for preventing occupational diseases and injuries. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 8, 2013. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010183.pub2/full>. Acesso em: 02 fev. 2019.

MONTANO, Diego; HOVEN, Hanno; SIEGRIST, Johannes. Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 135, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929163/>. Acesso em: 26 jan. 2019.

NAGHIEH, Ali *et al.* Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, abril 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25851427>. Acesso em: 02 fev. 2019.

NIEUWENHUIJSEN, Karen *et al.* Interventions to improve return to work in depressed people. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, dezembro 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470301>. Acesso em: 02 fev. 2019.

NUNES, Aline Vieira de Lima; LINS, Samuel Lincoln Bezerra Lins. Servidores Públicos Federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 51-67, novembro 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/11830>. Acesso em: 13 jan. 2019.

ODEEN, Magnus *et al.* Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. **Occupational Medicine**, v. 63, n. 1, p. 7-16, dezembro 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23223750>. Acesso em: 26 jan. 2019.

OLIVEIRA, Luane Alves; BALDAÇARA, Leonardo Rodrigo; MAIA, Maria Zoreide Brito. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 132, jul-dez 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n132/0303-7657-rbso-40-132-156.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação** - para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Tradução do Serviço Social da Indústria. Brasília: SESI/DN, 2010. Disponível em: [https://www.who.int/occupational\\_health/ambientes\\_de\\_trabalho.pdf](https://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf). Acesso em: 17 jun. 2019.

PAIM, J. S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In*: ROUQUAYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

PALMER, Keith T. *et al.* Effectiveness of community-and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. **Rheumatology**, v. 51, n. 2, p. 230-242, março 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21415023>. Acesso em: 02 fev. 2019.

PEÑALBA, Valentina; MCGUIRE, Hugh; LEITE, Jose R. Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 16, n. 3, julho 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18646132>. Acesso em: 02 fev. 2019.

PERSKI, Olga *et al.* A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. **Scandinavian journal of psychology**, v. 58, n. 6, p. 551-561, dezembro 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29105127>. Acesso em: 26 jan. 2019.

PINHEIRO, Francisco Pablo Huascar Aragão *et al.* Projeto Elaborar: uma experiência de intervenção junto a trabalhadores da Universidade Federal do Ceará. **Revista de Psicologia**, v. 4, n. 2, jul-dez 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/809>. Acesso em: 26 maio 2019.

POSCIA, Andrea *et al.* Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review. **BMC health services research**, v. 16, n. 5, p. 329, setembro 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016729/>. Acesso em: 26 jan. 2019.

REENEN, Heleen H. Hamberg-Van.; PROPER, Karin I.; VAN DEN BERG, Matthijs. Worksite mental health interventions: a systematic review of economic evaluations. **Occup Environ Med**, v. 69, n. 11, p. 837-845, agosto 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22864248>. Acesso em: 26 jan. 2019.

REY, Lynda; BROUSSELLE, Astrid; DEDOBBELEER, Nicole. Logic analysis: testing program theory to better evaluate complex interventions. **The Canadian journal of program evaluation= La Revue canadienne d'évaluation de programme**, v. 26, n. 3, p. 61, janeiro 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/288467453> Logic analysis Testing program theory to better evaluate complex interventions. Acesso em: 13 jan. 2019.

RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos; MANCEBO, Deise. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 192-207,

2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100015). Acesso em: 13 jan. 2019.

RUOTSALAINEN, Jani H. *et al.* Preventing occupational stress in healthcare workers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, novembro 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25391582>. Acesso em: 26 jan. 2019.

SANTA-MARINHA, Marden Samir *et al.* Avaliação das licenças para tratamento de saúde após implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor na FIOCRUZ: quadriênio 2012-2015. **Rev. bras. med. trab**, v. 16, n. 1, p. 67-70, 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/324892385\\_Avaliacao\\_das\\_licencas\\_para\\_tratamento\\_de\\_saude\\_apos\\_implantacao\\_do\\_Subsistema\\_Integrado\\_de\\_Atencao\\_a\\_Saude\\_do\\_Servidor\\_na\\_FIOCRUZ\\_quadriennio\\_2012-2015](https://www.researchgate.net/publication/324892385_Avaliacao_das_licencas_para_tratamento_de_saude_apos_implantacao_do_Subsistema_Integrado_de_Atencao_a_Saude_do_Servidor_na_FIOCRUZ_quadriennio_2012-2015). Acesso em: 07 set. 2018.

SANTI, Daniela Bulcão; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. F. M. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 71-81, janeiro 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/324895201\\_Absenteismo-doenca\\_no\\_servico\\_publico\\_brasileiro\\_uma\\_revisao\\_integrativa\\_da\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/324895201_Absenteismo-doenca_no_servico_publico_brasileiro_uma_revisao_integrativa_da_literatura). Acesso em: 13 set. 2019.

SANTOS, Thyanne Aparecida Rezende dos. Marco Legal em Saúde e Segurança dos Servidores Públicos Federais: problemas e desafios. Trabalho de Conclusão de Curso em Gestão em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília – UNB, agosto 2016. Disponível em: [http://bdm.unb.br/bitstream/10483/15026/1/2016\\_ThyanneAparecidaRezendeDosSantos\\_tcc.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/15026/1/2016_ThyanneAparecidaRezendeDosSantos_tcc.pdf). Acesso em: 26 maio 2019.

SCHAAFSMA, Frederieke G. *et al.* Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23990391>. Acesso em: 02 fev. 2019.

SCHAAFSMA, Frederieke G. *et al.* Pre-employment examinations for preventing injury, disease and sick leave in workers. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 1, janeiro 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26755127>. Acesso em: 02 fev. 2019.

SCHLINDWEIN, Vanderléia de Lurdes Dal Castel; MORAIS, Paulo Rogério. Prevalência de transtornos mentais e comportamentais nas instituições públicas federais de Rondônia. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 17, n. 1, p. 117-127, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v17n1/a09v17n1.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

SCHUSTER, Marcelo Silva; DIAS, Valéria da Veiga; BATTISTELLA, Luciana Flores. Unidade SIASS Santa Maria: Uma proposta empreendedora para sua Implantação. **Revista de Ciências Jurídicas**, v. 15, n. 1, 2014. Disponível em:

<http://revista.pgsskroton.com.br/index.php/juridicas/article/view/357>. Acesso em: 13 jan. 2019.

SHEA, Beverley J. *et al.* AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. **Journal of clinical epidemiology**, v. 62, n. 10, p. 1013-1020, outubro 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19230606>. Acesso em: 31 maio 2019.

SHRESTHA, Nipun *et al.* Workplace interventions for reducing sistina at work. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, junho 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29926475>. Acesso em: 02 fev. 2019.

SILVA JUNIOR, Francisco Felipe da; MERINO, Eugenio Andrés Díaz. Proposta de gestão do absenteísmo da enfermagem hospitalar: uma revisão sistemática. **Acta Paul. Enferm (online)**, v. 30, n. 5, p. 546-553, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000500546&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000500546&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 26 jan. 2019.

SIMONELLI, Angela Paula *et al.* Influência da segurança comportamental nas práticas e modelos de prevenção de acidentes do trabalho: revisão sistemática da literatura. **Saúde e Sociedade (online)**, v. 25, n. 2, p. 463-478, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200463&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200463&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 26 jan. 2019.

SOARES, Cassia Baldini; YONEKURA, Tatiana. Revisão sistemática de teorias: uma ferramenta para avaliação e análise de trabalhos selecionados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP (online)**, v. 45, n. 6, p. 1507-1514, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000600033&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000600033&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 31 maio 2019.

SOUZA, Kátia Reis de; BONFATTI, Renato José; SANTOS, Maria Blandina Marques dos. Participação social, vigilância em saúde do trabalhador e serviço público. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 261-282, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000200261](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200261). Acesso em: 13 jan. 2019.

SOUZA, Zelma Borges de; REIS, Lélia Marília dos. Entre o atender e o ser atendido: políticas em saúde para o trabalhador do serviço público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 87-106, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/77745>. Acesso em: 13 jan. 2019.

SPAGNOL, Andréa Erminda Pinto; AQUINO, Maria Aparecida Teixeira; NUNES, Orlinda de Sousa Silva. Casuística dos atendimentos das unidades SIASS–INSS/Anápolis/GO e SIASS-Ministério da Saúde em Goiânia/GO no período maio 2011 a novembro de 2012 segundo espécie de licença etiologia de afastamento e faixa etária. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em:

<https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/102>. Acesso em: 13 jan. 2019.

STRATTON, Elizabeth *et al.* Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v. 12, n. 12, p. e0189904, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5739441/>. Acesso em: 26 jan. 2019.

SULTAN-TAÏEB, Hélène *et al.* Economic evaluations of ergonomic interventions preventing work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of organizational-level interventions. **BMC public health**, v. 17, n. 1, p. 935, dezembro 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29216849>. Acesso em: 26 jan. 2019.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. *In*: CASTRO A; MALO M. (Org.). SUS: resignificando a promoção da saúde. **San Pablo**: Hucitec, OPS, p. 41-62, 2006. Disponível em: <books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-05.pdf>. Acesso em: 27 de maio 2019.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (Org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Edufba, Salvador, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 26 maio 2019.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. *In*: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. 1. ed. Salvador, EDUFBA. 2010, 156 p.

TEIXEIRA, Carmen F.; VILASBÔAS, Ana L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. *In*: PAIM J. S; ALMEIDA-FILHO N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

TELES, Francisco José Carneiro; AIRES, André Luiz Gomes. Absenteísmo dos servidores da Universidade Federal do Ceará. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/121>. Acesso em: 13 jan. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Análise de Situação de Funcionamento da Unidade SIASS-UFBA, 2015-2018. SMURB/UFBA, Documento interno, 2018.

VANDENBERGHE, Luc; SOUSA, Ana Carolina Aquino de. *Mindfulness* nas terapias cognitivas e comportamentais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 2, n. 1, p. 35-44, Rio de Janeiro, jan-jun 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872006000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100004). Acesso em: 31 maio 2019.

VAN VILSTEREN, Myrthe *et al.* Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, outubro

2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26436959>. Acesso em: 02 fev. 2019.

VARELA, David Greco; SOARES, José Eduardo Figueiredo; ALMEIDA, Neogélia Pereira de. Afastamentos do trabalho por transtornos mentais em servidores públicos federais da unidade SIASS-UFBA. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/117>. Acesso em: 18 dez. 2018.

VASCONCELOS, Stemberg Farias de; ESBER, Vanessa Basseti Prorhmann. Perícia em saúde e avaliação dos transtornos mentais comportamentais. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/157>. Acesso em: 07 set. 2018.

VEIGA, Christianne Medeiros. Afastamentos de servidores públicos federais, por ocorrências odontológicas na unidade do SIASS-UFRN. **Cognitio/pós-graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/112>. Acesso em: 13 jan. 2019.

VERHAGEN, Arianne P. *et al.* Conservative interventions for treating work-related complaints of the arm, neck or shoulder in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24338903>. Acesso em: 02 jan. 2019.

VIANA, Arianne Gomes; BARRETO, Igor Garcia. Perfil de afastamento, por motivos de saúde, de servidores públicos federais da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, de acordo com dados do SIASS. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/104>. Acesso em: 13 jan. 2019.

VOGEL, *Nicole et al.* Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, março 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28358173>. Acesso em: 02 fev. 2019.

WOLFENDEN, Luke *et al.* Strategies to improve the implementation of workplace-based policies or practices targeting tobacco, alcohol, diet, physical activity and obesity. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, 2018. Disponível em: [https://www.cochrane.org/CD012439/PUBHLTH\\_improving-implementation-health-promoting-policies-and-practices-workplaces](https://www.cochrane.org/CD012439/PUBHLTH_improving-implementation-health-promoting-policies-and-practices-workplaces). Acesso em: 02 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Depression and other common mental disorders: global health estimates, 2017. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/). Acesso em: 31 maio 2019.

## **APÊNDICES**

**Apêndice A** - Estudos selecionados nas Base de Dados Scielo, Cochrane, e Periódicos Capes (29 estudos selecionados) sobre avaliação de intervenções no trabalho, saúde e segurança no trabalho e saúde do trabalhador.

Autor/ano/título	Quantitativo artigos/ Origem	Categoria profissional analisada	Base Conceitual	Intervenções
1. Peñalba <i>et al.</i> (2008). Intervenções psicossociais para prevenção de distúrbios psicológicos em policiais.	10 artigos / Estados Unidos, Suécia Austrália, Canadá Nigéria e Reino Unido.	Policiais	Prevenção em saúde mental	Psicossociais
2. Schaafsma <i>et al.</i> (2013). Condicionamento físico como parte de uma estratégia de retorno ao trabalho para reduzir a ausência por doença dos trabalhadores com dor nas costas.	41 artigos/ origem não identificada	Trabalhadores não identificados	Prevenção em distúrbios músculo esqueléticos	Intervenção física - condicionamento físico
3. Hoe <i>et al.</i> (2018). Intervenções ergonômicas para prevenir distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho do membro superior e pescoço em trabalhadores de escritório	15 artigos/ Estados Unidos Canadá, Finlândia, Reino Unido e Turquia.	Profissionais de escritório	Prevenção em distúrbios músculo esquelético	Intervenções organizacionais física e cognitiva
4 Simonelli <i>et al.</i> (2016). Influência da segurança comportamental nas práticas e modelos de prevenção de acidentes do trabalho: revisão sistemática da literatura.	13 artigos/ Estados Unidos; Brasil; China, Canadá, Polônia, Cuba, Itália e Austrália.	Trabalhadores da indústria química e construção, saúde, portos, siderurgia e serviços.	Prevenção de acidentes de trabalho	Treinamento e segurança; Segurança comportamental; Clima e cultura de segurança; Vigilância de acidentes; Ergonomia da atividade
5. Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> (2014). Intervenções para melhorar o retorno ao trabalho em pessoas deprimidas.	26 artigos/ Estados Unidos e Europa	Profissionais serviços de saúde	Prevenção em saúde mental	Intervenções psicossociais, física e clínica
6. Arendes <i>et al.</i> (2012). Intervenções para facilitar o retorno ao trabalho em adultos com distúrbios de adaptação.	09 artigos/ Holanda, Dinamarca e Suécia.	Trabalhadores de licença médica (não especificada a categoria)	Prevenção em saúde mental	Intervenções psicossociais
7. Shrestha <i>et al.</i> (2018). Intervenções no local de trabalho para reduzir o "tempo sentado" no trabalho.	34 artigos/ Austrália, EUA, Canadá e em vários países de alta renda na Europa	Administrativo, atendimento ao cliente representantes <i>call center</i> e recepcionistas.	Promoção da saúde	Intervenções organizacionais
8. Kuster <i>et al.</i> (2017). Intervenções informáticas versus presenciais para	02 artigos/ EUA	Trabalhadores de fábricas e de	Prevenção em saúde mental	Intervenções informatizadas educacionais



prevenir e reduzir o estresse nos trabalhadores (revisão).		companhia de seguros nacional		
9. Silva Junior; Merino (2017). Proposta de gestão do absenteísmo da enfermagem hospitalar: uma revisão sistemática.	39 artigos/ não identificou	Enfermeiros hospitalares	Gestão do absenteísmo	Identificar causas do absenteísmo
10. Naghieh <i>et al.</i> (2015). Intervenções organizacionais para melhorar o bem-estar e reduzir o estresse relacionado ao trabalho em professores.	04 artigos/EUA, Austrália e China	Professores da escola primária e secundária	Prevenção em saúde mental	Intervenções organizacionais
11. Joyce <i>et al.</i> (2010). Condições flexíveis de trabalho e seus efeitos na saúde e bem-estar dos funcionários.	10 artigos/Holanda, EUA, Finlândia, Dinamarca	Trabalhadores administrativos profissionais da saúde, policiais	Promoção da saúde	Intervenções organizacionais
12. Gillen <i>et al.</i> (2017). Intervenções para prevenção do bullying no ambiente de trabalho.	04 artigos/ Canadá, Reino Unido e Austrália	Trabalhadores públicos, privados e voluntários	Prevenção em saúde mental	Intervenções organizacionais, educacionais
13. Montano <i>et al.</i> (2014). Efeitos de intervenções no nível organizacional no trabalho sobre a saúde dos trabalhadores: RS.	39 artigos/ não identificou	Trabalhadores da saúde, de fabricação e funcionários públicos.	Promoção da saúde	Intervenções organizacionais
14. Joyce <i>et al.</i> (2016). Intervenções no local de trabalho para transtornos mentais comuns: uma meta-revisão sistemática.	20 artigos/ Finlândia, Reino Unido, Holanda, Canadá, Austrália.	Trabalhadores de escritório, vendas, artesãos, serviço especializado, operadores de máquinas especializadas trabalhadores elementares.	Prevenção em saúde mental	Intervenções organizacionais
15. M. Odeen <i>et al.</i> (2012). Revisão sistemática de intervenções ativas no local de trabalho para reduzir a ausência por doença.	17 artigos/ Holanda, Finlândia, Noruega, Dinamarca, Suécia.	Trabalhadores de escritório, policiais, bancários, industriais, telecomunicações e enfermeiros	Promoção da saúde	Intervenções organizacionais/p psicossociais, educacionais e físicas.
16. Palmer <i>et al.</i> (2012). Efetividade de intervenções baseadas na comunidade e no local de trabalho para gerenciar a ausência por doenças relacionadas ao sistema musculoesquelético e perda de emprego: uma revisão sistemática.	42 artigos/Norte da Europa e América do Norte	Não identificou	Prevenção em distúrbios músculo esqueléticos	Intervenções organizacionais psicossociais e educacionais
17. Sultan-Taieb <i>et al.</i> (2018). Avaliações econômicas de intervenções ergonômicas que previnem distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: uma revisão sistemática de intervenções em nível organizacional.	09 artigos/Holanda, EUA, Canadá	Trabalhadores da indústria, que usam computador, empresas de instalação, transporte, universidades, companhias aéreas, siderurgia,	Prevenção em distúrbios músculo esquelético X Custo efetividade	Intervenções Organizacionais – ergonômicas Avaliação econômica

		construção civil e saúde.		
18. Damiani <i>et al.</i> (2006). Avaliação do efeito de programas de manejo do estresse no local de trabalho sobre a redução do absenteísmo: uma revisão sistemática.	09 artigos/ EUA, Finlândia, Noruega, Holanda, Finlândia, Japão	Trabalhadores da limpeza hospitalar, manutenção, companhia elétrica	Prevenção em saúde mental	Intervenções organizacionais
19. Kisakye <i>et al.</i> (2016). Mecanismos regulatórios para o absenteísmo no setor da saúde: uma revisão sistemática das estratégias e sua implementação	26 artigos/ EUA, Reino Unido, Canadá, Finlândia, Bélgica, Suécia, Noruega, China, Reino Unido, Holanda, Austrália, Alemanha, Espanha	Profissionais de saúde	Gestão do absenteísmo	Intervenções organizacionais
20. Hignett (2013). Estratégias de intervenção para reduzir lesões musculoesqueléticas associadas ao manejo de pacientes: uma revisão sistemática.	63 artigos/ França, USA, Reino Unido, Holanda, Canadá, Austrália, Suécia	Profissionais de saúde	Prevenção de distúrbios músculo esqueléticos	Intervenções organizacionais
21. Poscia <i>et al.</i> (2016). Promoção da saúde no local de trabalho para trabalhadores mais velhos: uma revisão sistemática da literatura.	18 artigos/ Holanda, Finlândia, Alemanha, Suécia, EUA, Austrália e China.	Trabalhadores de fábrica, de escritório, de universidade enfermeiros e motoristas	Promoção da saúde	Intervenções organizacionais
22. Aragonés <i>et al.</i> (2017). Revisão sistemática de alterações óculo-visuais e musculoesqueléticas associadas ao trabalho de terminais visuais.	62 artigos/ Brasil, EUA, Noruega, Espanha, Sudão, Suécia, Canadá, Holanda, Tailândia, Itália	Profissionais expostos às telas de visualização de dados – Não especificou as categorias	Prevenção em distúrbios músculo esqueléticos e visuais	Intervenções organizacionais
23. Bambra <i>et al.</i> (2007). Os efeitos psicossociais e de saúde da reorganização do local de trabalho. Uma revisão sistemática das intervenções de reestruturação de tarefas.	19 artigos/ EUA, Holanda, Suécia e Reino Unido	Profissionais de atendimento, carteiros, enfermeiros, trabalhador braçal	Efeitos na saúde, das intervenções organizacionais	Intervenções organizacionais Efeitos psicossociais
24. Brand <i>et al.</i> (2017). Abordagens de todo o sistema para melhorar a saúde e o bem-estar dos profissionais de saúde: uma revisão sistemática.	11 artigos/ Reino Unido, Japão, Austrália, Suécia, USA	Profissionais de saúde, funcionários de hospital e centros de saúde	Promoção da saúde	Intervenções organizacionais
25. Duhoux <i>et al.</i> (2017). Intervenções para promover ou melhorar a saúde mental dos enfermeiros da atenção básica: uma revisão sistemática.	8 artigos/ EUA, Reino Unido, Holanda, Noruega e Austrália	Enfermeiros da atenção básica	Promoção da saúde	Intervenções organizacionais, educacionais; Intervenções Primária e secundária
26. Kennedy <i>et al.</i> (2009). RS papel das intervenções de segurança e saúde ocupacional na prevenção de sintomas músculo-esqueléticos da extremidade superior, sinais, distúrbios, lesões, alegações e tempo perdido.	36 artigos/ USA, Finlândia, Suécia, Austrália, Itália,	Trabalhadores da indústria, da administração pública, engenheiro, enfermeiros	Prevenção em distúrbios músculo esqueléticos	Intervenções organizacionais e psicossociais

27. Reenen <i>et al.</i> (2012). Intervenções em saúde mental no local de trabalho: uma revisão sistemática das avaliações econômicas.	10 artigos/ USA, Dinamarca, Holanda	Policiais, controladores aéreos, outros trabalhadores não identificados	Prevenção em saúde mental X Custo efetividade	Avaliação econômica
28. Ansoleaga <i>et al.</i> (2015). Facilitadores de retorno ao trabalho para trabalhadores com doenças mentais relacionadas ao trabalho.	63 artigos/ origem não identificada	Não identificado	Prevenção em saúde mental	Intervenções organizacionais e psicossociais
29. Schaafsma <i>et al.</i> (2016). Exames pré-emprego para prevenir lesões, doenças e licenças médicas nos trabalhadores.	11 artigos/ origem não identificada	Não identificado	Prevenção de doenças e agravos	Exames pré admissionais

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2019.

**Apêndice B** - Estudos selecionados nas Base de Dados *Scielo*, *Cochrane*, e Periódicos Capes (14 estudos de meta análise) sobre avaliação de intervenções no trabalho, saúde e segurança no trabalho e saúde do trabalhador.

Autor/ano/título	Quantitativo artigos/ Origem	Categoria profissional analisada	Base Conceitual	Intervenções
1. Vogel <i>et. al.</i> (2017) Programas de coordenação de retorno ao trabalho para melhorar o retorno ao trabalho em trabalhadores em licença médica.	14 artigos/ Bélgica, Dinamarca, Holanda, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido, Canadá e EUA	Trabalhadores em licença médica (não especificado)	Prevenção de incapacidade terciária Reabilitação	Intervenções terciárias Programas de retorno ao trabalho
2. Wolfenden <i>et. al.</i> (2018) Estratégias para melhorar a implementação de políticas ou práticas baseadas no local de trabalho que visem tabaco, álcool, dieta, atividade física e obesidade.	06 artigos / EUA, Inglaterra e Brasil	Profissionais dos setores industrial e de serviços.	Promoção da saúde	Intervenções organizacionais, educacionais
3. Mischke <i>et. al.</i> , (2013) Ferramentas de segurança e fiscalização de saúde ocupacional para prevenir doenças ocupacionais e lesões.	23 artigos / EUA, Austrália, Canadá, Suécia e África do Sul	Trabalhadores/empregadores ou supervisores; empresas inteiras ou em locais de trabalho individuais.	Prevenção de acidentes	Inspeção de ambientes de trabalho; Segurança comportamental na prevenção de acidentes
4. Vilsteren <i>et. al.</i> (2015) Intervenções no local de trabalho para prevenir a incapacidade de trabalho em trabalhadores em licença médica.	14/ EUA, Holanda, Suécia, Canadá e Dinamarca	Trabalhadores dos setores econômicos (manufatura, saúde, administração de escritórios e agricultura) e hospitais	Prevenção de incapacidade para o trabalho Secundária/terciária	Intervenções organizacionais
5. Kamper <i>et. al.</i> , (2014) Reabilitação biopsicossocial	41/Europa, Irã, América do Norte e Austrália.	Trabalhadores não identificados	Prevenção em distúrbios músculo esqueléticos	Intervenções psicossociais

multidisciplinar para dor lombar crônica.			terciária - reabilitação	
6. Knight, <i>et. al.</i> (2016) Construindo o engajamento no trabalho: Uma revisão sistemática e metanálise que investiga a eficácia das intervenções de engajamento no trabalho.	20 artigos/ Reino Unido, Austrália e Canadá.	Organizações públicas, cinco em organizações privadas	Promoção da saúde	Intervenções para promoção da saúde/ engajamento
7. Carolan <i>et. al.</i> (2017) Melhorando o Bem-Estar e a Eficácia dos Funcionários: Revisão Sistemática e Metanálise de Intervenções Psicológicas Baseadas na Web Entregues no Local de Trabalho.	21 artigos/ Não informado	Trabalhadores dos serviços de comunicação, finanças, negócios, informação, pesquisa e educação)	Promoção da saúde mental	Intervenções psicossociais / Intervenções informatizadas
8. Mikkelsen & Rosholm, (2018) Revisão sistemática e metanálise de intervenções destinadas a melhorar o retorno ao trabalho de trabalhadores com problemas mentais comuns, transtornos relacionados ao estresse, transtornos somatoformes e transtornos de personalidade.	32 artigos/ Holanda, Dinamarca, Noruega, Alemanha e Suécia	Não especificado	Prevenção em saúde mental	Intervenções organizacionais e psicossociais
9. Perski <i>et al.</i> (2017) Uma revisão sistemática e metanálise de intervenções terciárias no burnout clínico.	08 artigos/ Holanda, Dinamarca, Suécia	Não especificado	Prevenção em saúde mental - Terciária	Intervenções psicossociais

10. Cochrane, <i>et. al.</i> , (2017) Intervenções precoces para promover a participação no trabalho em pessoas com dor musculoesquelética regional: uma revisão sistemática e metanálise.	20 artigos/ Canadá, Dinamarca, Holanda, Finlândia, Suécia	Não especificado	Promoção da saúde em distúrbios músculo esqueléticos	Intervenções em distúrbios músculo esqueléticos/ engajamento
11. Stratton <i>et. al.</i> (2017) Eficácia das intervenções de e -Saúde para reduzir as condições de saúde mental nos trabalhadores: uma revisão sistemática e metanálise.	23 artigos/ Reino Unido, Japão, Suécia, Finlândia, Holanda, Alemanha, Áustria, Suíça, EUA, Austrália.	Trabalhadores de empresas de tecnologia, de mídias, profissionais de saúde, bancários, funcionários de universidades, concessionária de veículos, estação de transmissão e empresas de consultoria em saúde, outros.	Prevenção em saúde mental	Intervenções psicossociais digitais
12. Marin <i>et. al.</i> , (2017) Reabilitação biopsicossocial multidisciplinar para dor lombar subaguda.	07 artigos/ Europa e América do Norte.	Não especificado	Prevenção em distúrbios músculo esqueléticos Terciária - Reabilitação	Intervenções psicossociais
13. Verhagen <i>et. al.</i> (2013) Intervenções conservadoras no tratamento de queixas relacionadas ao trabalho do braço pescoço ou ombro em adultos.	44 artigos/ Finlândia, Holanda, EUA, Canadá e Austrália, China e Turquia.	Trabalhadores industriais ou funcionários do hospital	Prevenção em distúrbios músculo esqueléticos Terciária - Reabilitação	Intervenções Organizacionais ergonomia, comportamentais
14. Ruotsalainen <i>et al.</i> (2015). Prevenção do estresse ocupacional em profissionais da saúde.	58 artigos/ Europa, América do Norte, Ásia, Oriente Médio, América do Sul e Austrália.	Profissionais de saúde	Prevenção em saúde mental	Organizac. Psicossociais

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019.