



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
ADRIELI ROBERTA SCHONS

**ANÁLISE DO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT) DE
TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE:
UM LEVANTAMENTO COM PROFISSIONAIS DE DUAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis
2017

ADRIELI ROBERTA SCHONS

**ANÁLISE DO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT) DE
TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE:
UM LEVANTAMENTO COM PROFISSIONAIS DE DUAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Engenheiro de Segurança do Trabalho.

Orientador: Prof. Msc. Inês Alessandra Xavier Lima.

Florianópolis

2017

ADRIELI ROBERTA SCHONS

**ANÁLISE DO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT) DE
TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE:
UM LEVANTAMENTO COM PROFISSIONAIS DE DUAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Esta Monografia foi julgada adequada à obtenção do título de Engenheiro de Segurança do Trabalho e aprovada em sua forma final pelo Curso de Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Florianópolis, (dia) de (mês) de (ano da defesa).

Professor e orientador, Msc Inês Alessandra Xavier Lima
Universidade do Sul de Santa Catarina

Dedico este trabalho à todos os trabalhadores e trabalhadoras que não se conformam com as injustiças e se mobilizam a fim de transformá-las.

AGRADECIMENTOS

À minha companheira Anelise, pelo amor, carinho e apoio incondicional em todos os momentos difíceis dessa caminhada, sem a qual eu jamais seria a pessoa que me tornei, por me dar todo o suporte necessário em todos os momentos e por me permitir fazer parte da sua caminhada também.

Aos meus pais AlvaDir e Eny, por serem os grandes incentivadores de buscar cada vez mais o conhecimento e a formação profissional. Por terem me ensinado tudo que eu sei sobre caráter, e o quanto é importante lutar pelo que se acredita.

Às minhas irmãs, Elizangela, Alana, Eloisa e Amanda, por serem parte fundamental da minha vida, me ensinando a conviver com as diferenças e que o amor é sempre maior que qualquer coisa.

À minha vó, Antonieta, pelo amor incondicional de sempre.

Ao meu avô, seu Dinarte (*in memoriam*) por ter sido a pessoa mais amável e compreensiva. Por toda sua ajuda, e tudo que fez durante todos os anos de sua vida para que eu pudesse estudar.

Aos meus amigos que estiveram presentes, pelo carinho e compreensão cada vez que disse “não posso, tenho pós”, especialmente à Carolina, por me ajudar a superar os momentos difíceis com muito humor.

Ao Rodrigo, grande amigo e companheiro de luta que tive a honra de conhecer na pós-graduação, cujo apoio foi essencial para suportar as adversidades em sala de aula, pela amizade, carinho e compreensão que vou levar para toda vida.

À minha orientadora, professora Inês Alessandra Xavier Lima, por além de ter sido uma professora memorável que terei sempre como inspiração na carreira docente, também ser uma grande orientadora que me despertou para uma nova linha de conhecimento, pela ajuda e prontidão em me atender e orientar com seriedade, dedicação e acima de tudo humanidade.

“Mais importante do que interpretar o mundo, é contribuir para transformá-lo.”
(Karl Marx).

RESUMO

O índice de capacidade para o trabalho mostra como trabalhador percebe a própria capacidade no desempenho de suas atividades comparando com seu melhor desempenho. Podem ser citados como fatores o tempo de serviço, o tipo de vínculo trabalhista, e sexo dos entrevistados como influenciadores de tal percepção. Este estudo tem como objetivo comparar o Índice de capacidade para o trabalho (ICT) de funcionários de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Grande Florianópolis e evidenciar quais os principais fatores laborais que os influenciam. A amostra foi constituída por 13 trabalhadores de duas UBS da Grande Florianópolis: UBS Coloninha, localizada no bairro Coloninha na cidade de Florianópolis/SC, e UBS Marco Antônio, localizada no município de Biguaçu/SC. O instrumento de coleta teve como base o questionário ICT.

Palavras-chave: Índice de Capacidade do Trabalho. Unidade Básica de Saúde. Terceirização.

ABSTRACT

The work ability index shows how the worker perceives his own capacity in the performance of his activities, comparing with his better performance. Factors such as service time, type of employment relationship, and gender of respondents may be cited as influencing such perception. This study aims to compare the Work Ability Index (WAI) of employees of two Basic Units of Health (UBS) of the Florianópolis metropolitan region and to highlight the main labor factors that influence them. The sample consisted of 13 workers from two UBS of the Florianópolis metropolitan: UBS Coloninha, located in the Coloninha neighborhood in the city of Florianópolis / SC, and UBS Marco Antônio, located in the city of Biguaçu / SC. The instrument of data collection was based on the WAI questionnaire.

Keyword: Work Ability Index, Basic Units of Health, Outsourcing

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –Classificação do ICT das duas unidades.....	29
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dimensões do ICT e suas pontuações.	20
Tabela 2 - Classificação da capacidade para o trabalho segundo os seus escores.....	21
Tabela 3 - Classificação da capacidade do trabalho segundo a idade e seus escores.	21
Tabela 4 - Unidades de saúde e seus escores.	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 TEMA E DELIMITAÇÃO	12
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	12
1.3 JUSTIFICATIVA	12
1.4 OBJETIVOS.....	14
1.4.1 Objetivo Geral.....	14
1.4.2 Objetivos Específicos	14
1.5 METODOLOGIA.....	14
1.6 ESTRUTURA	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	16
2.2 DIRETRIZES DE SAÚDE PÚBLICA.....	17
2.3 O ÍNDICE DE CAPACIDADE DO TRABALHADOR.....	18
3 RESULTADOS E ANÁLISES.....	22
3.1 CAMPO DE PESQUISA	22
3.1.1 UBS Coloninha.....	Erro! Indicador não definido.
3.1.2 UBS Marco Antônio.....	23
3.2 RESULTADOS	23
3.3 ANÁLISES	26
3.4 RECOMENDAÇÕES.....	28
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXOS	33
ANEXO A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	34
ANEXO B – ICT	35

1 INTRODUÇÃO

A assistência de saúde pública no Brasil é estruturada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 a qual trata da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Primária de Saúde, também chamada de APS, busca torná-lo acessível à toda população, sendo a primeira referência de atendimento de saúde à todo e qualquer cidadão, fundamentando um dos princípios básicos do SUS, o da universalidade.

Starfield (2002) coloca que a APS é caracterizada como o nível inicial de atenção dentro de todo sistema de saúde, ressaltando também outros atributos do SUS, de longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do sistema.

Os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) são o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e desenvolvem um trabalho de referência em saúde primária. Conhecem a comunidade, pois as UBSs estão inseridas nos territórios da população atendida, garantindo um papel central no acesso do usuário à uma atenção à saúde de qualidade.

Os estudos sobre as condições e sobre a organização do trabalho no SUS mostram realidades muito divergentes nos diversos Estados e regiões do país, e essas disparidades na organização de cada esfera (municipal, estadual e federal) impactam diretamente na vida dos trabalhadores da UBS. Quanto aos principais fatores das condições de trabalho dos profissionais da área de saúde, Medeiros e Rocha (2004) descrevem que, tanto os profissionais de nível superior quanto os de nível técnico, possuem os mesmos problemas: a heteronomia salarial; a jornada de trabalho diferenciada e desigual; os critérios arbitrários para ascensão funcional; a ausência de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS); a ausência de avaliação de desempenho ou avaliações realizadas sem juízo crítico explícito; a deficiência das diretrizes e princípios técnico-institucionais na contratação por clientelismo; os salários baixos; a carência de uma política de educação continuada; a polarização nas categorias majoritárias de médicos e pessoal sem formação específica (atendentes, agentes de saúde e similares); a sobrecarga de trabalho como resultado às dificuldades de executar tarefas gerenciais e à precariedade das condições de trabalho. Expostos a tais fatores, os profissionais da saúde ficam sujeitos, eles próprios, a problemas de saúde. Guimarães et al (2005).

Através de brechas na legislação, algumas prefeituras também terceirizaram os serviços básicos de saúde, o que pode levar os profissionais de saúde à uma sensação de insegurança laboral, instabilidade profissional em seus empregos, cobrança excessiva de produtividade, incertezas e falta de garantias constitucionais. Estes fatores podem interferir na percepção dos trabalhadores quanto à sua capacidade de trabalho.

Devido à importância de tais profissionais da atenção primária, responsáveis desde o acolhimento, consultas, agendamentos de consultas, tarefas burocráticas, gestão dos serviços, vigilância em saúde, e demais atividades realizadas nas UBS, é importante verificar os níveis de percepção de produtividade dos próprios trabalhadores afim de compreender as diferentes dinâmicas de cada unidade, além de também ser pertinente comparar os índices de capacidade para o trabalho que o tipo de vínculo empregatício gera em trabalhadores estatutários e em trabalhadores terceirizados.

1.1 TEMA E DELIMITAÇÃO

Análise do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) de trabalhadores de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Grande Florianópolis.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a relação entre o índice de capacidade para o trabalho e o tipo de vínculo trabalhista, considerando o tempo de serviço, a carga horária e o sexo dos trabalhadores?

1.3 JUSTIFICATIVA

Os estudos relacionados ao trabalho e a saúde são fundamentais para desenvolver medidas de promoção à saúde e da qualidade de vida dos trabalhadores. Apesar dos trabalhadores da Atenção Primária de Saúde serem um grande número da força de trabalho do SUS e do Brasil, Tomasi et al (2008) descrevem que pouco se sabe das condições de trabalho e da saúde desses trabalhadores.

No campo de abrangência do Programa Saúde da Família (PSF), Pedrosa e Teles (2001) evidenciam que atividades relativas à gerência de UBS refletem acúmulo de trabalho. Os autores também afirmam que os vínculos de trabalho precários geram insegurança, dificuldade no gozo dos direitos trabalhistas e reclamações sobre o reconhecimento desses profissionais.

Importantes estudos realizados na Finlândia por Tuomi et al (1997) refletem que a capacidade para o trabalho nem sempre continua satisfatória ao longo da vida laboral e pode

sofrer impactos ligados ao estilo de vida como também às condições de trabalho em que os trabalhadores se encontram.

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) ainda é pouco estudado e aplicado no Brasil, existem alguns estudos com trabalhadores da saúde, como trabalho de Moreira (2013) que aplicou o ICT na equipe de enfermagem de um hospital sem distinção de escolaridades, Magnago et al (2013) também fez avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem de pronto-socorro levando em conta turnos e cargas horárias, porém não há nenhum que trate de profissionais de todas as escolaridades em UBSs, muito menos algum que faça uma tentativa de comparação entre duas UBSs utilizando o vínculo empregatício. Nesse sentido, o presente trabalho pretende ser o pioneiro na comparação da capacidade para o trabalho entre trabalhadores estatutários e terceirizados.

O ICT constitui-se em um instrumento importante para avaliar os fatores que impactam diretamente na qualidade de vida e na saúde dos trabalhadores, e que também pode diagnosticar de forma precoce a perda de capacidade e possível adoecimento do trabalhador fornecendo subsídios para o planejamento de ações voltadas à melhora da vida social, da vida em família e da capacidade laboral do trabalhador da atenção primária de saúde.

Para se evitar a perda de capacidade para o trabalho deve haver um equilíbrio entre tal capacidade dos trabalhadores e as cobranças e fatores estressantes do trabalho. Bellusci e Fischer (1999) descrevem a necessidade de se avaliar frequentemente fatores que desencadeiam sintomas, lesões, doenças, etc, dessa forma ligando diretamente a prevenção à capacidade laboral de um trabalhador no desempenho da sua função, objeto direto da Engenharia de Segurança do Trabalho, pois de acordo com o Dicionário de Segurança do Trabalho da Universidade Paulista, é função de um Engenheiro de Segurança do Trabalho atuar não só no cumprimento da legislação como planejar e elaborar programas além do desenvolvimento de soluções para minimizar acidentes, mas atuar na prevenção de doenças ocupacionais como também proteger a integridade física e a capacidade de trabalho dos trabalhadores os quais é responsável legalmente. As avaliações do ambiente de trabalho, mudanças na fisiologia, na capacidade para o trabalho e a influência da organização nos aspectos físicos e ergonômicos do trabalho também são citados por Bellusci e Fischer (1999), pois segundo os autores, propiciam soluções para aumentar o equilíbrio da relação das capacidades e das demandas de trabalho que os colaboradores enfrentam. Também se faz necessário propiciar um estilo de vida que não seja sedentário e, sobretudo, condições humanas e apropriadas para melhorar a capacidade funcional além de promover a saúde dos trabalhadores.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) de trabalhadores da área da saúde de Unidades Básicas de Saúde da Grande Florianópolis.

1.4.2 Objetivos Específicos

Quanto aos objetivos específicos, pretende-se:

- a) Avaliar o ICT de trabalhadores de UBSs da Grande Florianópolis;
- b) Relacionar o ICT encontrado com o vínculo de trabalho, idade, tempo de serviço, sexo, escolaridade e com a percepção das exigências de trabalho dos trabalhadores das UBSs;

1.5 METODOLOGIA

A pesquisa do tipo explanatória teve sua coleta de dados realizada com trabalhadores de duas UBSs, uma do município de Florianópolis/SC e outra do município de Biguaçu/SC, no mês de agosto de 2017, com o objetivo de analisar as relações que o sexo, a idade, a escolaridade, o tempo de trabalho e o vínculo trabalhista possuem com a capacidade e bem-estar para o trabalho dos entrevistados.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o ICT, instrumento desenvolvido na Finlândia e validado no Brasil que avalia aspectos relativos ao bem estar físico, psicossocial, competência individual e condições de trabalho considerados determinantes para a qualidade de vida dos trabalhadores através de um questionário. A aplicação de questionário (Anexo I) foi realizada em grupo durante o horário de trabalho, no espaço das UBSs destinado às reuniões de equipes de estratégia de saúde da família.

A pesquisa foi realizada aplicando-se questionário ICT, o qual foi acompanhado de questões sócio-demográficas para apontar as questões de nuances dos vínculos empregatícios dos trabalhadores das duas UBSs. Para sanar o objetivo da pesquisa, ela se dá como um desenho de estudo correlacional, que correlaciona os índices encontrados na população pesquisada e verifica a força da correlação das variáveis. A variável dependente do presente estudo é a capacidade para o trabalho e as variáveis independentes são: sexo, idade, tempo de serviço, escolaridade e tipo de vínculo trabalhista. Por se tratar de um estudo correlacional, o mesmo

não permite que haja manipulação das variáveis pelo pesquisador, lidando com equipes já existentes e dessa forma não há amostragem com aleatoriedade.

Após realizada a aplicação do ICT, os dados foram analisados e cruzados conforme descrito no Capítulo 3 com os resultados da análise feita através do coeficiente de Pearson, método onde são adotada diferentes variáveis que possuem uma correlação variando de -1 a 1. O sinal neste caso é um indicativo de direções positivas ou negativas do relacionamento e o valor indica a força da relação entre as variáveis em análise. Uma correção perfeita (-1 ou 1) aponta que o escore de uma variável pode ser verificado com exatidão ao se conhecer o escore de outra. Por outro lado, uma correlação que indique resultado zero sugere que não uma relação linear entre as variáveis em questão. (COHEN, 1988).

Contudo, há de se ter em consideração que valores extremos como 0 ou 1 são raros de se encontrar na prática, os dados foram interpretados com a magnitude dos coeficientes. Conforme Cohen (1988) determina, resultados entre 0,10 e 0,29 são considerados pequenos; escores entre 0,30 e 0,49 o autor considera médios; e os valores entre 0,50 e 1 interpretados como indicadores fortes.

1.6 ESTRUTURA

A pesquisa encontra-se organizada em quatro capítulos. No primeiro é apresentada a introdução, onde são considerados o tema, os objetivos a serem alcançados, a justificativa de estudo, a metodologia da pesquisa, e a organização do estudo.

No segundo capítulo, a fundamentação teórica aborda os conceitos de saúde do trabalhador, diretrizes de saúde pública e índice de capacidade para o trabalho.

O terceiro capítulo é a pesquisa de campo, onde são apresentadas caracterizando as unidades escolhidas para aplicação do estudo localizadas na Grande Florianópolis e o questionário elaborado para aplicação.

No quarto capítulo apresenta-se a análise dos resultados obtidos através da avaliação dos questionários respondidos pelos trabalhadores e compilação dos dados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde do trabalhador, por definição, compõe uma parte da saúde pública em que o objeto de estudo, intervenção e investigação e intervenção a relação do processo de trabalho com a saúde do Trabalhador, objetivando assim a promoção e a proteção da saúde do trabalhador com o desenvolvimento de medidas que visem a vigilância de riscos nos ambientes e nas condições de trabalho, nos agentes nocivos que agravem a saúde do trabalhador, como também organizar e prestar assistência aos trabalhadores. (BELTRAME, 2009).

A saúde do trabalhador também é contemplada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 no Art. 200, que possui como uma das suas atribuições executar ações de vigilância epidemiológica, como também de saúde do trabalhador, e deixando tal assistência sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (1990), o SUS tem dentro de suas diretrizes integrar procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Define como trabalhadores todos os homens e mulheres que desempenham atividades para o próprio sustento e/ou de seus dependentes, independentemente de sua forma de inserção no mercado de trabalho, tanto em setores formais quanto informais da economia.

Do ponto de vista da Medicina dentro da sociedade capitalista, Albuquerque (2009) demonstra em sua pesquisa a necessidade em compreender que a recuperação do corpo é uma forma de manter a força de trabalho e a estrutura social. Dessa forma, o Ministério da Saúde (Lei 8080/90) prevê que sejam realizadas ações de saúde do trabalhador, focando em mudanças nos processos de trabalho que considerem as relações saúde-trabalho dentro do contexto complexo que se encontra, através de atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Num momento de crise política no Brasil, crise multidisciplinar (econômica, política, social, ambiental, alimentar e energética) e estrutural do capitalismo, Guimarães (2015) expõe que em tal contexto procura-se criar condições para retomar a acumulação de capital, dessa forma, Nunes (2012) explica que a para tal retomada é necessário cortar em recursos humanos, aumentando assim a exploração através da redução dos custos da mão-de-obra, reduzindo direitos sociais dos trabalhadores como também aumentando a carga horária de trabalho. É possível visualizar dentro desse cenário a terceirização como protagonista e tendência moderna do capital, sendo a forma de maior destaque a flexibilização das leis trabalhistas, que faz com que a contratação seja um modelo de rebaixamento salarial, maior

carga horária, além de resultar no aumento da incidência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

A flexibilização das leis do trabalho no mundo é narrada por Harvey (1992) como desregulamentação social, que alcançou inicialmente os trabalhadores das indústrias, e em seguida todos os trabalhadores assalariados, dessa forma afetando a todos que vivem do trabalho. Tal processo histórico acarretou na redução do emprego com direitos e proteção social, trazendo consigo o crescimento da fragilização dos trabalhadores estáveis e produzindo cada vez mais trabalhadores instáveis, o que Castel (1998) chama de *vulnerabilidade de massa*.

2.2 DIRETRIZES DE SAÚDE PÚBLICA

O SUS foi criado em 19 de setembro de 1990 pela Lei nº 8.080, para tratar da estrutura da assistência de saúde pública no Brasil. Com o objetivo de se constituir como uma das principais manobras para a inclusão social no Brasil de acordo com Paim (2013), que expõe as funções do SUS como a de tornar o acesso gratuito à saúde um direito de todos, garantir atendimento universal, público, participativo, descentralizado e integral.

As esferas federais coordenam e fazem a estruturação do SUS, de acordo com Almeida et al (2012), segundo os autores, os diferentes níveis de atenção de saúde devem estar voltados para o objetivo comum, desde a atenção básica até os demais níveis de saúde, com o objetivo de elaborar estratégias para a integração entre esses níveis e melhorar o aproveitamento da rede de saúde. Para Starfield (2002), desde a criação da Estratégia de Saúde da Família, em 1994, a atenção primária se tornou um dos grandes pilares de sustentação da SUS, sendo responsável pelas condições do indivíduo e da comunidade a qual está inserido, e deve-se utilizar os demais níveis do SUS para o alcance de tal objetivo.

As normas da APS surgiram e ganharam relevante destaque com a Política Nacional de Saúde a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB SUS 01/96. Historicamente, Morosini et al (2007) descrevem que as primeiras iniciativas do Ministério de Saúde com ênfase à atenção primária surgiram com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e também com o Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994. Ambos os programas surgem para que os Municípios comecem a assumir alternativas de organização local de saúde.

No ano de 1999, Souza (2002) narra que o PSF passa a ser considerado pelo Ministério da Saúde uma tática para estruturação dos sistemas municipais de saúde, que tinha como principal objetivo fazer uma nova orientação do modelo de assistência à saúde e

reorganizar as ações de saúde. A estratégia de saúde da família começa a incorporar os princípios do SUS e a seguir os desígnios de Starfield (2002) para a atenção primária, que são o primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência do cuidado, a coordenação e a orientação à família e às comunidades.

O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, a descrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 600 e 1 000 famílias (2 400 a 4 500 habitantes). A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica. (ESCOREL et al p. 02)

Por fim, as diretrizes de saúde pública incorporam a estratégia de saúde da família fazendo com que se constitua uma equipe multiprofissional para ser responsável pela saúde de uma determinada população. Voltando as equipes para a ação comunitária, de forma com que se conheça melhor a população a ser atendida e suas principais demandas, como forma de promoção integral de saúde.

2.3 O ÍNDICE DE CAPACIDADE DO TRABALHADOR

A capacidade para o trabalho pode ser entendida como “os recursos humanos relacionados às demandas física, mental e social do trabalho, administração, cultura organizacional e ambiente de trabalho”. O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) foi desenvolvido pelos pesquisadores finlandeses Tuomi, Ilmarinen, Jankola, Katajarinne e Tulkki, do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, com o propósito de acompanhar empregados municipais em processo de envelhecimento, tendo como principal objetivo foi medir as perdas de capacidade de trabalho, e também desenvolvendo métodos de intervenção para promover e prevenir perdas do desempenho laboral. (TUOMI, et al.,1997).

Segundo a equipe multidisciplinar finlandesa que desenvolveu o ICT, a ferramenta possibilita mensurar “quão bem está, ou estará, um trabalhador neste momento ou num futuro próximo, e quão bem ele pode executar o seu trabalho, em função das exigências, de seu estado

de saúde e capacidades físicas e mentais”, Tuomi et al. (2005) consideram a auto percepção do trabalhador de sua capacidade para o trabalho tão importante quanto a avaliação de especialistas.

Com esse estudo inicial, Tuomi et al. (1997), trazem uma nova abordagem onde o próprio trabalhador é o centro do estudo e possui a autonomia de perceber sua condição de trabalho, fazendo um comparativo com seu melhor estado de produtividade durante a vida, possibilitando prognosticar de forma precoce a perda de capacidade do trabalho.

No Brasil, os primeiros trabalhos desenvolvidos utilizando o ICT começaram na Universidade de São Paulo, de acordo com Moreira (2013), pesquisadores e estudantes de pós-graduação de diversas universidades fizeram a tradução e adaptação para que o questionário pudesse ser aplicado nos trabalhadores brasileiros, coordenado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Desta forma, aplicou-se um tipo de pré-teste tentando manter a linguagem mais próxima possível do questionário validado pelos autores finlandeses. Para melhorar a interpretação e compreensão das perguntas, exigiu-se que os entrevistados tivessem estudado minimamente até a quarta-série do ensino fundamental. Posterior a distribuição da primeira edição do questionário, no ano de 1996, o ICT foi validado no Brasil publicado e traduzido por Frida Marina Fischer.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstra uma série de preocupações com a questão da diminuição da capacidade laboral dos trabalhadores. Costa (2009) descreve que a importância dessas preocupações pois a diminuição gradativa da eficácia do trabalhador pode gerar conflitos nas exigências do trabalho. Essa capacidade que descrevemos, teve sua origem no conceito de Rohmert e Rutenfranz (2013) caracterizando-a como “estresse desgaste”, que expõe o desgaste como resultado de cargas físicas e mentais do trabalho, podendo gerar a diminuição da capacidade do trabalho e também está relacionado com o surgimento de doenças.

As qualidades psicométricas, ou seja, validade e confiabilidade do estudo avaliadas em estudo no Brasil, publicadas por Martinez et al. (2009) utilizaram o coeficiente ômega de McDonald, que tem como base a proporção da variância comum em teste. Neste estudo, os pesquisadores concluíram que a versão do questionário ICT no Brasil mostra-se adequada, com base na consistência interna do ICT, evidenciada através de teste-reteste, e também a validade interna é comprovada através de correlação entre os resultados subjetivos do ICT e as avaliações clínicas do estado de saúde da capacidade funcional.

Conceituando, o ICT é um instrumento complexo que demonstra a influência entre as atividades físicas e mentais, a avaliação subjetiva da saúde e da competência laboral dos trabalhadores levando em conta suas condições sociais e organizacionais particulares. (TUOMI et al., 1998; ILMARIEN, 1999). Vale lembrar que, de acordo com Gould et al. (2008), a

ferramenta é transversal e envolve aspectos subjetivos distintos, portanto, não é tratada como unanimidade entre profissionais da área da saúde, pesquisadores, legisladores, institutos de pensão e reabilitação de trabalhadores, empregadores e os próprios trabalhadores, por ser uma tarefa difícil mensurar a capacidade do trabalho.

Por meio do ICT é possível ter acesso à informações que possam desenvolver ações de apoio ao trabalhador e medidas de acompanhamento. O questionário pode ser aplicado desde o ingresso do trabalhador à sua vida de trabalho, sendo uma ferramenta auxiliar para avaliação e manutenção da capacidade laboral ao longo de sua trajetória funcional. (TUOMI et al., 2005). Segundo seus autores, há três níveis de recomendação sugeridos a partir do resultado da capacidade de trabalho ótima, boa, moderada e baixa, conforme a tabela 1.

1 - Se a capacidade para o trabalho é excelente, deve-se explicitar ao trabalhador quais fatores do ambiente do trabalho e ao estilo de vida que estariam relacionados à manutenção ou à deterioração da saúde. Além disto, o encorajamento às práticas que estimulem a saúde do trabalhador são recomendadas.

2 - Se a capacidade de trabalho é moderada, recomenda-se incentivar as iniciativas do trabalhador para a promoção sua capacidade (por exemplo, dieta adequada, exercício físico, sono e repouso, atividades sociais, outros passatempos e estudos). Neste nível, o trabalhador pode necessitar de reabilitação médica.

3 - Se a capacidade de trabalho é baixa, deve ser estabelecida a reabilitação da saúde. Deve-se avaliar se a capacidade pode ser restaurada corrigindo-se os riscos encontrados no ambiente de trabalho e remodelando sua organização de modo a torná-lo mais eficiente.

A construção do questionário ICT é feita por dez itens de base que integram diversas questões que consideram as doenças, as exigências físicas e metas do trabalho. Tais questões formam sete dimensões, onde cada uma tem sua avaliação por uma ou mais questões. A determinação da pontuação final leva em conta o somatória da pontuação em cada item.

Tabela 1 - Dimensões do ICT e suas pontuações.

Itens e dimensões	Escore
1. Capacidade para o trabalho comparada com a melhor de toda vida.	0 - 10
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas.	2 - 10
3. Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico.	1 - 7
4. Perda estimada para o trabalho por causa de doenças.	1 - 6
5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano (12 meses).	1 - 5
6. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui 2 anos.	1, 4 ou 7
7. Recursos mentais.	1 - 4
Pontuação do ICT	7 - 49

FONTE: Tuomi et al. 2005.

O resultado do cálculo, como demonstrado na Tabela 1, vai de 7 a 49 pontos, e esse número nos dá o conceito que o trabalhador possui da sua capacidade para o trabalho. Através da pontuação o trabalhador pode ser classificado dentro das quatro categorias do ICT.

Tabela 2 - Classificação da capacidade para o trabalho segundo os seus escores.

Pontos	Capacidade para o Trabalho	Objetivos das Medidas
1 - 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28 - 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37 - 43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho
44 - 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

FONTE: Tuomi et al. 2005.

As classificações para a capacidade para o trabalho apresentadas conforme a tabela 2, se desenvolveram de uma pesquisa com a população finlandesa que possuía idade variada de 45 a 58 anos, de tal forma seu uso em trabalhadores jovens pode, segundo Chang et al (2000) e também Pohjen et al (2001), subestimar o verdadeiro valor da capacidade para o trabalho.

Dessa forma, Kujala et al (2005) desenvolveu um novo estudo com a população da Finlândia e sugeriu uma nova classificação da capacidade para o trabalho baseada na pontuação do ICT levando em conta a idade dos trabalhadores avaliados. Para tal classificação utilizou-se um método de cortes da pontuação de capacidade para o trabalho: 15º percentil, mediana e 85º percentil apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Classificação da capacidade do trabalho segundo a idade e seus escores.

IDADE ≤ 35anos		IDADE > 35 anos	
Pontos	Capacidade para o Trabalho	Pontos	Capacidade para o Trabalho
1 - 27	Baixa	1 - 36	Baixa
28 - 36	Moderada	37 - 40	Moderada
37 - 43	Boa	41 - 44	Boa
44 - 49	Ótima	45 - 49	Ótima

FONTE: Kujala et al. 2005.

3 RESULTADOS E ANÁLISES

Este capítulo destina-se a apresentar a análise feita com os dados coletados na pesquisa, dividindo-se em campo de pesquisa, resultados, análises e recomendações.

3.1 CAMPO DE PESQUISA

As duas unidades básicas escolhidas possuem similaridades entre população atendida e equipes, foram escolhidas equipes que atendem uma população numérica semelhante e possuem composição similar, constituindo uma amostra homogênea: 01 médico, 01 enfermeiro e 04 ou 05 agentes comunitárias de saúde. Porém a equipe da UBS do município de Florianópolis possui um dentista e um técnico de enfermagem, enquanto a UBS do município de Biguaçu não possui dentista e há apenas um técnico de enfermagem, o qual atende as três equipes da unidade em um esquema de revezamento.

3.1.1 UBS do município de Florianópolis

A UBS estudada no município de Florianópolis foi o Centro de Saúde Coloninha, localizado no bairro Coloninha, região continental de Florianópolis/SC, o qual conta com 3 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), atendendo, segundo o Levantamento Populacional de 2015 que consta no site da Prefeitura Municipal de Florianópolis, 9.860 pessoas. A Equipe 072, escolhida para a realização do questionário, atende uma população de 3.848 pessoas.

A organização e gestão de saúde é feita pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, a qual, por priorizar a atenção primária, obteve em 2015 o certificado do Ministério da Saúde como a primeira Capital do país a alcançar 100% de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família. A contratação do quadro de funcionários é feita através de concursos e processos seletivos e, além disso, a Prefeitura de Florianópolis criou um programa de Residência Médica em Medicina de Família e comunidade, que especializa médicos nas UBSs da capital em cuidados voltados para a Atenção Primária em Saúde.

A equipe avaliada conta com 01 médico, 01 enfermeiro, 01 dentista, 01 técnico de enfermagem (que na ocasião da aplicação do questionário estava afastada) e 05 agentes de saúde.

3.1.2 UBS do município de Biguaçu

A UBS estudada no município de Biguaçu foi a UBS Marco Antônio, situada no bairro Bom Viver no município de Biguaçu/SC, bairro que é limítrofe ao bairro Serraria em São José/SC. A unidade passou por recentes reformas que aumentaram a sua capacidade e acesso à saúde da população. A médica responsável pela equipe não soube informar o número de pessoas que a equipe atende, mas declarou que estima que seja entorno de 5.000 pessoas atendidas pelo serviço de saúde.

Desde de 2013 a Prefeitura Municipal de Biguaçu terceiriza a gestão dos serviços de saúde que seriam de responsabilidade da gestão municipal. O site oficial da empresa terceirizada que faz a gestão desde 2013, o Instituto de Saúde e Educação Vida (ISEV), informa que a empresa possui a gestão de Serviços de: 18 Equipes ESF, 02 Equipes de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), 01 Equipe de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Programa Melhor em Casa, 01 Equipe SAMU e Serviços Médicos e Recepção da UPA municipal.

A chamada “Parceria Público-Privada” entre a ISEV e a Prefeitura de Biguaçu tem gerado polêmica: várias reclamações de que a empresa atrasa salários, não paga na data estipulada, há 2 anos não deposita o FGTS dos funcionários terceirizados e, recentemente, após uma greve feita pelos médicos da empresa que reivindicavam o recebimento do 13º salário não só para si mas para todos os funcionários, a empresa cedeu em pagar atrasado o benefício mas demitiu parte do quadro de funcionários e mudou a forma de contratação de novos médicos, obrigando-os a entrar em uma cooperativa que a própria ISEV criou para transformar o corpo clínico em um prestador de serviços da prestadora de serviços, que os médicos chamam de “quarteirização”.

A equipe da UBS Marco Antônio que respondeu o questionário é composta por 01 médico, 01 enfermeiro e 04 agentes de saúde.

3.2 RESULTADOS

Na avaliação individual dos sujeitos da amostra, o resultado mostra que em ambas as UBSs, a média aritmética do ICT entre os trabalhadores avaliados ficou em 39 pontos, o que é classificado com “bom”.

Na média por unidade, a equipe mais numerosa, contando com 7 funcionários entrevistados do Centro de Saúde Coloninha, obteve uma média aritmética de 38 pontos. Já a

equipe menor, contando com 6 entrevistados da UBS Marco Antônio teve média geral aritmética 40 pontos do ICT.

Tabela 4 - Unidades de saúde e seus escores.

Questão	UBS	ICT1	ICT2a	ICT2b	ICT2	ICT3	ICT4	ICT5	ICT6	ICT7a	ICT7b	ICT7c	ICT7	ICTFinal
1	1	8	6,0	2,0	8,0	7	6	4	1	3	3	3	3	37
2	1	7	4,5	1,5	6,0	3	3	5	7	3	3	4	4	35
3	1	5	2,0	6,0	8,0	4	5	3	7	2	3	3	3	35
4	1	6	7,5	2,5	10,0	7	6	4	7	4	4	4	4	44
5	1	7	1,5	1,5	3,0	2	3	4	4	4	3	4	4	27
6	1	8	7,5	2,5	10,0	7	6	4	4	4	4	4	4	43
7	1	8	2,0	6,0	8,0	7	6	4	7	3	3	3	3	43
8	2	8	2,0	4,5	6,5	4	6	5	7	1	2	2	2	39
9	2	9	2,5	6,0	8,5	7	6	4	7	3	3	2	3	45
10	2	8	6,0	2,0	8,0	7	6	5	7	3	3	2	3	44
11	2	7	3,0	1,5	4,5	7	6	4	7	3	3	2	3	39
12	2	7	4,5	1,0	5,5	7	5	5	1	3	3	4	4	35
13	2	8	4,5	1,5	6,0	7	5	4	4	2	3	2	3	37

A correlação de Pearson, coeficiente que mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas, foi obtida através do programa SPSS. Essa correlação utilizou como variáveis as amostras das duas UBSs e o resultado foi de 0,56, valor que encontra-se entre 0,50 e 1, portanto é considerada uma correlação forte.

A frequência entre os sexos dos participantes entrevistados no CS Coloninha é de 06 (85,71%) do sexo feminino e 01 (14,29%) do sexo masculino. Já na UBS Marco Antônio, toda a amostra 06 (100%) é do sexo feminino.

Nas tabelas a seguir, verificamos que a média de tempo de serviço dos trabalhadores do CS Coloninha é mais elevada que a média de tempo de serviço dos colaboradores da UBS Marco Antônio, como também a média de idade.

Idade		
	CS Coloninha	UBS Marco Antônio
Média	47,8571	46,1667
Desvio Padrão	13,98128	14,16216

Relatório Tempo de Serviço		
	CS Coloninha	UBS Marco Antônio
Média	11,8571	7,6667
Desvio Padrão	7,10466	6,31401

Sobre a escolaridade, 42,86% da equipe do CS Coloninha possui ensino superior (Terceiro Grau completo) enquanto 57,14% possui ensino médio completo (Segundo Grau Completo). Na equipe entrevistada da UBS Marco Antônio a frequência dos trabalhadores com ensino superior completo é de 33,33% enquanto os que possuem ensino médio completo é de 66,67%.

Quando relaciona-se as variáveis independentes idade, tempo de serviço e escolaridade com ICT, separadamente e por unidade, obtemos os valores das tabelas abaixo:

Tabela 5 - Relação do ICT com a idade

Idade	Índice de Capacidade Para o Trabalho							
	CS Coloninha				UBS Marco Antônio			
	Trabalhadores (%)	Média	Escore Mínimo	Escore Máximo	Trabalhadores (%)	Média	Escore Mínimo	Escore Máximo
De 19 a 28 anos	0,00%	-	-	-	0,00%	-	-	-
De 29 a 38 anos	28,57%	43,5	43	44	33,33%	42	39	45
de 39 a 48 anos	14,28%	35	35	35	16,67%	44	44	44
De 49 a 58 anos	28,57%	31	27	35	33,33%	38	37	39
Acima de 58 anos	28,57%	40	37	43	16,67%	35	35	35

Tabela 6 - Relação do ICT com o tempo de serviço

Tempo de Serviço	Índice de Capacidade Para o Trabalho							
	CS Coloninha				UBS Marco Antônio			
	Trabalhadores (%)	Média	Escore Mínimo	Escore Máximo	Trabalhadores (%)	Média	Escore Mínimo	Escore Máximo
Até 5 anos	28,57%	43,5	43	44	50,00%	42	39	45
De 6 a 14 anos	28,57%	39	35	43	16,67%	37	37	37
De 15 a 24 anos	42,85%	33	27	37	33,33%	37	35	39
Após 25 anos	0,00%	-	-	-	0,00%	-	-	-

Tabela 7 - Relação do ICT com a escolaridade

Escolaridade	Índice de Capacidade Para o Trabalho							
	CS Coloninha				UBS Marco Antônio			
	Trabalhadores (%)	Média	Escore Mínimo	Escore Máximo	Trabalhadores (%)	Média	Escore Mínimo	Escore Máximo
Primeiro Grau	0,00%	-	-	-	0,00%	-	-	-
Segundo Grau	57,14%	35,5	27	43	66,67%	38,5	35	44
Terceiro Grau	42,86%	40,67	35	44	33,33%	42	39	45

Em valores absolutos das duas unidades, analisando o tipo de vínculo empregatício dividido em trabalhadores estatutários e trabalhadores terceirizados e outras formas de contratação, encontrou-se os seguintes resultados:

Tabela 8 - Relação do ICT com o tipo de vínculo empregatício

Vínculo Empregatício	Índice de Capacidade para o Trabalho			
	Trabalhadores (%)	Média	Escore Mínimo	Escore Máximo
Estatutário	23,08%	40,67	35	44
Terceirizado/ACS	76,92%	37,9	27	45

Em valores absolutos, pode-se notar que quase 70% dos trabalhadores está com sua capacidade de trabalho considerada boa e excelente, conforme gráfico dos números gerais:

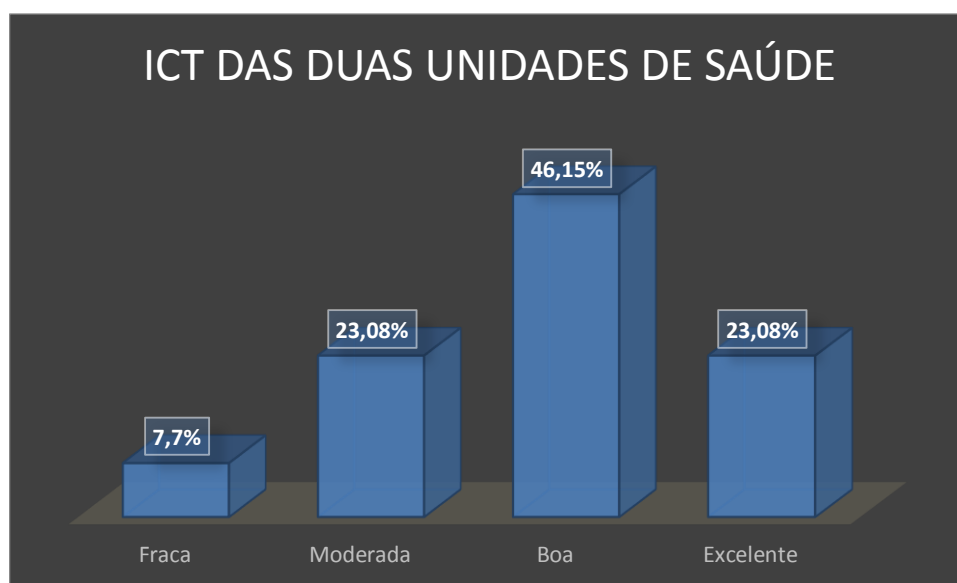


Gráfico 1 - Classificação do ICT das duas unidades.

Em valores absolutos, pode-se notar que quase 70% dos trabalhadores está com sua capacidade de trabalho entre boa e excelente.

3.3 ANÁLISES

Analisando as médias do ICT dos trabalhadores das duas unidades de saúde, podemos observar que, embora a média do índice tenha o escore maior na UBS Marco Antônio, que indica que os trabalhadores possuem uma boa capacidade para o trabalho, também indica que as médias de idade e de tempo de serviço são menores nesta unidade em comparação à unidade Coloninha, ou seja, a classificação do ICT (“boa”) da UBS Marco Antônio acontece em uma amostra com predomínio de indivíduos mais jovens e com menos tempo de serviço.

A relação entre a média de idade, a média do tempo de serviço e a média da classificação do ICT da amostra da UBS Marco Antônio vai ao encontro de estudos nos quais

os trabalhadores avaliados que possuíam idades mais elevadas tendem a apresentar ICT menores em detrimento aos trabalhadores com idades menores, corroborando outras constatações científicas semelhantes como as de Martinez e Latorre (2009), Monteiro, Ilmarinen e Gomes (2005) e Reis et al. (2005).

Na variável tempo de serviço há uma diferença ainda mais evidente: enquanto na UBS Marco Antônio 03 (50%) dos trabalhadores possuem 5 anos ou menos de trabalho, no CS Coloninha encontramos a maior parte dos trabalhadores, 03 (42,85%) concentrada na categoria de 15 a 24 anos de serviço. Essa relação do tempo de serviço com a classificação “baixa” ou “moderada” ICT foi evidenciada em trabalhos como o de Bellusci e Fischer (1999), que observaram que quanto maior o tempo de serviço maior o risco de ter ICT baixo ou moderado. Os próprios criadores do método ICT, Tuomi et al (1997), evidenciaram que o tempo de trabalho está relacionado à capacidade para o trabalho, já que, quanto maior é o tempo em que o trabalhador está exposto às exigências do trabalho, maior pode ser o envelhecimento funcional do indivíduo. Esse dado também é observado por Martinez e Latorre (2009), os quais evidenciaram que os trabalhadores com menor tempo no emprego (<3 anos) apresentaram melhor capacidade para o trabalho do que os demais.

Analisando a variável de escolaridade dos trabalhadores é possível notar que em ambas as unidades os trabalhadores com ensino superior completo (terceiro grau) possuem melhor capacidade de trabalho, pode-se observar que o nível de formação e a remuneração indicam uma tendência a associação direta entre si, a qual favorece a capacidade para o trabalho, o que pode ser justificado pelo relato de Padula et al (2013), os quais descreveram que, o nível elevado de escolaridade favorece o acesso a trabalhos mais qualificados, com melhor remuneração. Essas condições influenciam beneficemente no estado de saúde e na conservação da capacidade para o trabalho por mais tempo.

Por fim, na variável de tipo de vínculo de trabalho, encontra-se a maior discrepância entre os resultados. Os trabalhadores com vínculo de trabalho estatutário apresentaram os melhores escores de ICT, sendo a média aritmética perto de 40,67 pontos, enquanto os trabalhadores terceirizados apresentaram média geral entre 37,9 pontos. O menor escore do ICT entre os entrevistados encontra-se também nos trabalhadores que não possuem estabilidade em seu emprego. Durante a realização da coleta de dados, a médica e a enfermeira da UBS Marco Antônio revelaram que, apesar de gostarem do trabalho, o risco e a insegurança laboral prejudicam as atividades, sendo que a médica (que possui residência em saúde de família e comunidade) além de não ser remunerada pela qualificação, ainda trabalha em outra instituição de saúde devido à falta de segurança do vínculo de trabalho que a ISEV oferece, além do fato de não ter direito à férias, nem ao décimo terceiro salário pela condição de prestadora de serviço,

modalidade a qual a empresa obriga os médicos a serem contratados. Diferente desse quadro, o menor escore entre trabalhadores estatutários foi de 35, o que demonstra que a seguridade financeira dos trabalhadores parece influenciar diretamente na sua capacidade para o trabalho. Repullo (1997), relatou em sua pesquisa que os problemas decorrentes da terceirização junto a sindicalistas de 40 empresas, pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE seriam a diminuição salarial e de benefícios sociais, a falta de equipamentos de segurança do trabalho, a falta de registro do empregado, a perda da representação sindical e a baixa qualificação desses profissionais. A mesma pesquisa também confirma que, entre os trabalhadores terceirizados, o salário recebido era menor do que o dos trabalhadores concursados (pertencentes ao quadro de servidores da universidade em que foi realizada) que atuavam no mesmo local, dado que podemos verificar em relação às duas unidades de saúde: o salário dos médicos e enfermeiros é maior, e a médica do CS Coloninha recebe adicional pela sua especialização em medicina de família e comunidade, especialização esta que comprovadamente melhora o acesso da população à saúde e os indicadores da atenção primária.

3.4 RECOMENDAÇÕES

Após analisar os resultados da presente pesquisa, podem-se sugerir baseando-se nos escores do ICT das UBSs algumas medidas para serem implementadas visando melhorar a produtividade futura e manter a capacidade de trabalho dos entrevistados.

A promoção da capacidade para o trabalho deve ser uma política em todo ambiente laboral. Algumas das medidas podem ser: Manter o ambiente seguro nas demandas ergonômicas, adequando-se as necessidades de cada trabalhador como indivíduo, possibilitando conforto e qualidade para desempenhar suas atividades tanto físicas como mentais; possibilitar diálogo e autonomia aos trabalhadores em suas demandas de trabalho; promover a valorização do trabalho realizado e da capacitação contínua necessária aos trabalhadores da área da saúde; propiciar tais capacitações de forma permanente; estimular hábitos de vida saudável.

No quesito da pesquisa que evidencia uma tendência maior à perda da capacidade de trabalho nos trabalhadores terceirizados e “quarteirizados”, considerando que as proporções das repercussões do estado físico e mental do trabalhador influenciam diretamente em sua capacidade para o trabalho, recomenda-se estimular vínculos saudáveis que garantam a estabilidade funcional e direitos constitucionais trabalhistas. Tal medida tende a melhorar a capacidade mental e emocional para o desempenho das atividades. Um bom vínculo trabalhista

atende também aos princípios do SUS de garantir à toda população serviços de saúde em sua integralidade de forma gratuita como um direito, sem fins lucrativos ou formas que explorem direitos dos trabalhadores da saúde responsáveis pela saúde e pelo vínculo com a comunidade.

Outras recomendações são apresentadas referindo-se aos pontos importantes levantados neste estudo: Desenvolver estudos mais específicos para verificar porque os trabalhadores com outros tipos de vínculo empregatício tiveram uma tendência a estar com maior perda de capacidade do trabalho em relação à idade e tempo de serviço de trabalhadores estatutários; implantar na instituição programas de prevenção e promoção à saúde para estes profissionais; continuar este estudo para evidenciar relações do vínculo trabalhista e capacidade para o trabalho com a perda de produtividade durante a vida laboral.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho investigou-se a relação entre fatores como idade, tempo de serviço, sexo, escolaridade e tipo de vínculo empregatício em trabalhadores de UBSs da Grande Florianópolis com o ICT.

Os resultados analisados sugerem que há relação, já relatada em outros trabalhos, de que trabalhadores de idade mais elevada possuem valor dos escores do ICT menores quando comparados à trabalhadores mais jovens.

Nas médias e na comparação por unidade de tempo de serviço, nota-se que há uma tendência de que quanto maior o tempo de serviço do trabalhador, maior o envelhecimento laboral desse trabalhador. Tal propensão também já foi descrita em outras literaturas, e vai ao encontro do fato de que quanto mais tempo um trabalhador está produzindo em um quadro de exigências diárias, maior sua propensão ao desgaste laboral e queda do ICT.

Na variável de escolaridade, há uma tendência em ambas as unidades analisadas de que trabalhadores com um nível maior de formação tem uma queda menor no ICT por motivos relacionados à qualificação do funcionário: quanto mais qualificado maior tende a ser a remuneração do trabalhador. Esses trabalhadores possuem uma melhor resposta para as questões das demandas diárias de trabalho, portanto, conforme outras pesquisas já indicaram, trabalhadores com nível superior de formação possuem um favorecimento em manter sua capacidade para o trabalho.

A última variável analisada foi a do vínculo de trabalho, desta forma, conclui-se que, apesar de poucos os trabalhos que comparam a produtividade para o trabalho com o tipo de vínculo que o trabalhador possui, existe uma discrepância constatada na pesquisa pelo ICT de ambos os vínculos. Trabalhadores estatutários exibiram os escores mais elevados em relação aos trabalhadores terceirizados através da comparação das médias aritméticas, contudo, dado o pioneirismo desta pesquisa que analisou tal variável de vínculo empregatício, sugere-se novos estudos com diferentes populações e amostras maiores afim de obter mais informações e aprofundar esse tema tão importante para a cadeia produtiva e para a vida de todos os que trabalham.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. **As determinações do capital sobre a formação do trabalhador na saúde: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná.** Tese (Doutorado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2009.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** [Internet]. Brasília (DF), 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 27 de jul. 2017.

BELLUSCI, Silvia Meirelles e FISCHER, Frida Marina. **Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses.** Rev. Saúde Pública. 1999, vol.33, n.6, pp.602-609.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

COHEN, Jacob. **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** Hillsdale, NJ, Erlbaum. 1988.

COSTA, Imar. **Trabalho por Turnos, Saúde e Capacidade para o Trabalho dos Enfermeiros.** Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2009.

ESCOREL, Sarah Escorel, Giovanella Ligia, Mendonça, Maria Helena Magalhães de, Senna Mônica de Castro Maia. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Revista Panamericana de Salud Pública, 2007 FEB-MAR; 21 (2/3).

GUIMARÃES, Raphael Mendonça et al. **Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controle.** Revista brasileira de epidemiologia. 2005, vol.8, n.3, pp.282-294.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 1992.

Helbig R., Rohmert W. Fatigue and Recovery. In: Laurig W, Wolfgang V. (Ed). **Physical and Physiological Aspects. Encyclopedia of Occupational Health and Safety.** International Labor Organization: Geneva, 2011.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza, Beck Carmem Lúcia Colomé, Greco Patrícia Bitencourt Toscani, et al. **Avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem de pronto-socorro.** Rev. Eletr. Enf. 2013 abr/jun;15(2):523-32.

MARTINEZ, Maria Carmen e LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. **Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 761-772, 2009.

MARTINEZ Maria Carmen, Latorre Maria do Rosário Dias, Fischer Frida Marina. **Validade e confiabilidade da versão brasileira do índice de capacidade para o trabalho.** Revista Saúde Pública 2009, 43(3): 525-32.

MONTEIRO Maria Silvia, Ilmarinen Juhani, Gomes Jorge da Rocha. **Capacidade para o trabalho, saúde e ausência por doença de trabalhadoras de um centro de pesquisa por**

grupos de idade. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 30, n. 112, p. 81-90, 2005.

MOREIRA, Patrícia Santos Vieira. **Aplicação do índice de capacidade para o trabalho na equipe de enfermagem.** Niterói: [s.n.], 2013. 102 f. (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2013.

MOROSINI, Márcia Valéria, Corbo Anamaria D'andrea. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

PADULA, Rosemeire, Comper Maria, Moraes Suzana et al. **Índice de capacidade para o trabalho e capacidade funcional em trabalhadores mais velhos.** Brazilian Journal of Physical Therapy, XXX, v. 17, n. 4, p. 382-391, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).** Caderno de Saúde Pública. 2013; 29(10): 1927-1936.

PEDROSA, José Ivo dos Santos e TELES, João Batista Mendes. **Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família.** Rev Saúde Pública. 2001; 35:303-11.

REIS, Eduardo José Farias Borges dos, Carvalho Fernando Martins, Araújo Tânia Maria et al. **Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, 2005.

REPULLO, Rodolpho. **Os sindicatos, a terceirização e a saúde dos trabalhadores.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional 1997; 85/86(23):79-82.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TUOMI Kaija, Ilmarinen Juhani, Jahkola Antti et al. **Índice de Capacidade para o Trabalho.** São Carlos: Edufscar; 2005.

TUOMI Kaija, Ilmarinen Juhani, Martikainen Rami et al. **Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992.** Scand J Work Environ Health. 1997; 23(Suppl 1):58-65.

UNIVERSIDADES ESTADUAL PAULISTA – UNESP. Dicionário de segurança do trabalho. Disponível em: http://www.bauru.unesp.br/cursa_cipa/dic.htm. Acesso em 26 Jul. 2017.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário Sócio Demográfico

INSTITUTO FINLANDÊS DE SAÚDE OCUPACIONAL QUESTIONÁRIO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Sexo

Feminino.....1
Masculino..... 2

Idade

__ _ anos

Tempo de Serviço

__ _ anos

Escolaridade-Assinalar o nível mais elevado

Primeiro Grau incompleto(não terminou a 8ª série).....1
Primeiro Grau completo.....2
Segundo Grau incompleto..... 3
Segundo Grau completo..... 4
Terceiro Grau completo.....5
Terceiro Grau incompleto.....6

Tipo de Vínculo Trabalhista:

Estatutário..... 1
Terceirizado..... 2



ICT

1. CAPACIDADE DE TRABALHO ATUAL COMPARADA COM O SEU MELHOR

Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem valor igual a 10 pontos.
Assinale com um X um número na escala de zero a dez que designe quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Estou incapaz para o trabalho capacidade trabalho Estou em minha melhor para o trabalho

2. CAPACIDADE DE TRABALHO EM RELAÇÃO ÀS EXIGÊNCIAS DA ATIVIDADE

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências **físicas** do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)

Muito boa..... 5
Boa..... 4
Moderada..... 3
Baixa..... 2
Muito baixa..... 1

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências **mentais** do mesmo? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

Muito boa..... 5
Boa..... 4
Moderada..... 3
Baixa..... 2
Muito baixa..... 1

3. DOENÇAS ATUAIS

Assinale apenas o número de doenças ou lesões por acidente que foram **diagnosticadas ou tratadas** por um médico.

Nenhuma doença..... 7
1 doença..... 5
2 doenças..... 4
3 doenças..... 3
4 doenças..... 2
5 ou mais doenças..... 1

4. ESTIMATIVA DO GRAU DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO DEVIDO A DOENÇA(S)

Sua lesão ou doença é um impedimento para o seu trabalho atual?
Você *pde* marcar mais de uma resposta nesta pergunta.

Não há impedimento / Eu não tenho doenças.....6

Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.....5

Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.....4

Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.....3

Por causa da minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.....2

Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar..... 1

5. ABSENTEÍSMO DURANTE O ÚLTIMO ANO

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exames durante os últimos 12 meses?

Nenhum dia5
Até 9 dias.....4
De 10 a 24 dias.....3
De 25 a 99 dias.....2
De 100 a 365 dias.....1

6. PROGNÓSTICO DA CAPACIDADE DE TRABALHO PARA DAQUI A DOIS ANOS

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer o seu trabalho atual?

É Improvável.....1
Não estou muito certo.....4
Bastante provável.....7

7. RECURSOS PSICOLÓGICOS

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre4
Quase sempre.....3
Às vezes.....2
Raramente.....1
Nunca.....0

RECENTEMENTE VOCÊ TEM SE SENTIDO ATIVO E ALERTA?

SEMPRE4
QUASE SEMPRE.....3
ÀS VEZES.....2
RARAMENTE.....1
NUNCA.....0

RECENTEMENTE VOCÊ TEM SE SENTIDO CHEIO DE ESPERANÇA PARA O FUTURO?

SEMPRE4
QUASE SEMPRE.....3
ÀS VEZES.....2
RARAMENTE.....1
NUNCA.....0

O Work Ability Index (WAI) foi desenvolvido pelo Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (FIOH), Helsinki. No Brasil foi traduzido e adaptado por pesquisadores das seguintes instituições: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Departamento de Saúde Ambiental e Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento; Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Enfermagem; Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública – Centro de estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Martinez, M. C.; Latorre, M. R. D. O.; Fischer. F. M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Rev Saúde Pública*, 2009;43(3):525-32

