



Caminhos da Atenção à Saúde do Servidor

Com a palavra trabalhadores de Unidade SIASS

 Ilda Cristina da Silva Costantin
 Rosimár Alves Querino

Caminhos da Atenção à Saúde do Servidor

Com a palavra trabalhadores de Unidade SIASS

Ilda Cristina da Silva Costantin
 Rosimár Alves Querino



Caminhos de Atenção à Saúde do Servidor: com a palavra trabalhadores de Unidade SIASS

ISBN 978-65-86920-03-1 (eBook)

Colab | Edições Colaborativas
contato@editoracolab.com
www.colab.com.br



Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0 Internacional

Direitos reservados aos autores. É permitido download do arquivo (PDF) da obra, bem como seu compartilhamento, desde que sejam atribuídos os devidos créditos aos autores. Não é permitida a edição/alteração de conteúdo, nem sua utilização para fins comerciais.

A responsabilidade pelos direitos autorais do conteúdo (textos, imagens e ilustrações) de cada capítulo é exclusivamente dos autores.

Autores:

Ilda Cristina da Silva Costantin • Rosimár Alves Querino

Conselho Editorial e Responsabilidade Técnica

A Colab possui Conselho Editorial para orientação e revisão das obras, mas garante, ética e respeitosamente, a identidade e o direito autoral do material submetido à editora.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ilda Cristina da Silva Costantin; Rosimár Alves Querino

Caminhos de Atenção à Saúde do Servidor [livro eletrônico]: com a palavra trabalhadores de Unidade SIASS

Uberlândia, MG : Editora Colab, 2020.

2,0 MB ; PDF

Bibliografia

ISBN 978-65-86920-03-1

1. Saúde – Atenção. 2. Trabalhador. 3. Servidor. 4. SIASS. 5. Saúde Coletiva

Índices para catálogo sistemático: Caminhos de Atenção à Saúde do Servidor - com a palavra trabalhadores de Unidade SIASS
614 : Saúde Pública

Apresentação

A obra 'Caminhos de Atenção à Saúde do Servidor: com a palavra trabalhadores de Unidade SIASS' - publicada pela Editora Colab e de autoria das pesquisadoras Ilda Cristina da Silva Costantin e Rosimár Alves Querino - versa sobre a promoção da saúde do trabalhador público federal em uma Unidade de Referência do Subsistema de Atenção à Saúde do Trabalhador (UR-SIASS) com ênfase na organização dos serviços, projetos e programas e no modo como são percebidos pelos gestores e servidores responsáveis por sua implantação e manutenção. Trata-se de análise da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) e da atenção à saúde do servidor público.

Com o objetivo geral de analisar o modo como os servidores públicos federais de uma Unidade de Referência SIASS compreendem as iniciativas voltadas à promoção da saúde dos servidores com ênfase no enfoque das ações, projetos e programas; no público atendido; na adesão; bem como nos avanços e desafios para a efetivação da PASS, as autoras descrevem a trajetória de uma pesquisa que envolveu a participação de trabalhadores da Unidade SIASS e analisam os resultados obtidos, apontando, dentre outras propostas, a educação permanente como uma ferramenta potente para transformação e efetivação da Saúde do Trabalhador.

Dedico essa obra aos milhares de Servidores (as) Públicos(as) federais adoecidos (as) por questões inerentes aos seus trabalhos com as populações, principalmente pela ineficácia das políticas de proteção que todo trabalhador deveria ter como direito constitucional.

"Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam."

(Paulo Freire)



Sumário

| | |
|--|------------|
| Apresentação | 05 |
| Dedicatória | 06 |
| | |
| 1. Introdução | 09 |
| 2. Metodologia | 19 |
| 2.1. Delineamento do estudo | 19 |
| 2.2. Instrumentos de pesquisa..... | 20 |
| 2.3. Participantes do estudo | 22 |
| 2.4. Análise dos dados | 22 |
| 2.5. Aspectos Éticos | 23 |
| 3. Saúde do servidor público federal: a tessitura das relações entre Promoção da Saúde e Saúde do Trabalhador | 25 |
| 3.1. Promoção da Saúde..... | 25 |
| 3.2 Saúde do Trabalhador no Brasil | 37 |
| 3.3 Saúde do Servidor Público Federal..... | 43 |
| 4. Participantes do Estudo, Protagonistas da PASS | 76 |
| 5. Saberes dos Servidores da Unidade SIASS | 93 |
| 5.1. Concepções de Saúde..... | 93 |
| 5.2 Concepções de Saúde do Trabalhador | 107 |
| 5.3 Compreensões sobre a PASS e SIASS | 121 |
| 5.4 Perfil do usuário da Unidade SIASS..... | 136 |
| 6. A materialização da PASS no cotidiano da Unidade SIASS | 148 |
| 6.1 Estruturação da Unidade SIASS | 148 |
| 6.2 Promoção da Saúde | 162 |
| 6.3 Desafios..... | 185 |
| 6.4 Potencialidades | 201 |
| 7. Considerações Finais | 207 |
| REFERÊNCIAS | 213 |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | 225 |



1. INTRODUÇÃO

A leitura do mundo precede a leitura da palavra.

Paulo Freire

O presente estudo versa sobre a promoção da saúde do trabalhador público em Unidade de Referência do SIASS, com ênfase nos serviços, projetos e programas e no modo como são percebidos pelos servidores responsáveis por sua implantação e manutenção. Trata-se de análise da efetivação da atenção à saúde do trabalhador em instituição federal. A pesquisa está ancorada na perspectiva da promoção da saúde e suas relações com a saúde do trabalhador.

Historicamente, a relação entre saúde e trabalho tem sido alvo de ações pautadas em interesses econômicos e regida pela égide de uma política neoliberal. Sob esse olhar, desenvolveram-se e consolidaram-se práticas como a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A Medicina do Trabalho (MT) surgiu como uma especialidade da medicina para intervir sobre o adoecimento dos trabalhadores, buscando a manutenção do processo produtivo. Além do seu foco restrito na ação médica e unicamente na manutenção da capacidade produtiva, a Medicina do Trabalho tornou-se ineficiente, não respondendo às constantes modificações no ambiente e nas formas de organização do trabalho. Diante disso, desenvolveu-se a Saúde Ocupacional, ampliando a atuação médica sobre o ambiente de trabalho e incorporando novas profissões (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O modelo proposto pela Saúde Ocupacional (SO) começou a sucatear-se diante do desenvolvimento social e político, progressivamente, mais amplo e complexo.



Nesse cenário, estudiosos e trabalhadores envolveram-se nas discussões sobre saúde e segurança no trabalho, alinhando-se ao campo teórico e prático presente em estudos, políticas e programas relacionados à Saúde Coletiva, que foi denominada como Saúde do Trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

Nota-se, no entanto, que apesar dos avanços conceituais e de novas práticas em saúde do trabalhador no Brasil, o cotidiano de atenção em saúde dos trabalhadores tem mantido a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A Saúde do Trabalhador emerge no Brasil há mais de três décadas como um campo de estudos e como uma proposta no âmbito da Saúde Coletiva, incorporando o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Cuidar da saúde do trabalhador, bem como do ambiente de trabalho, estabelecendo medidas de vigilância e promoção da saúde foram atributos inseridos na Constituição Federal de 1988 e que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) instituído em 1990 (BRASIL, 1988). Entretanto, Chiavegatto e Algranti (2013) ressaltam que, apesar dessa determinação constitucional, a saúde do trabalhador tem enfrentado importantes desafios na busca pela promoção de ações abrangentes e integrais.

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde instituiu, no ano de 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) que expressa as diretrizes e estratégias para o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde dessa população. Essa atenção integral deve incluir duas importantes vertentes da integralidade expressas na Constituição: a integralidade por meio da oferta de ações em todos os níveis de complexidade tecnológica; e a universalidade compreendendo todas as demandas do trabalhador, da promoção e vigilância ao tratamento e assistência farmacêutica (BRASIL, 2012).

Além da atenção integral à saúde, a PNSTT direciona as ações de vigilância em saúde do trabalhador, cuja definição e atribuição estão expressas na Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1990a).



Com a LOS, as ações de vigilância em saúde do trabalhador passaram a integrar os demais sistemas de vigilância de saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

A PNSST é uma ação intersetorial e intragovernamental desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, visando à melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores.

Assim, seu foco principal é superar a fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente (BRASIL, 2012).

A saúde do trabalhador caminha para um novo momento, onde se destacam ações de prevenção e expansão da promoção, o que requer planejamento estratégico, aperfeiçoamento das ações e, especialmente, inserção dos trabalhadores como protagonistas dessas atividades (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013).

Seguindo a perspectiva da saúde do trabalhador, é notório que também os servidores da administração pública federal sejam alvo de ações que busquem promover sua saúde.

Para compreender a origem das ações direcionadas aos servidores públicos federais, primeiramente, é importante saber que até 2003 não existia legislação específica no tocante à saúde do servidor federal.

E, para melhor localização temporal deste estudo, é bom também informar que o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), estrutura federal muito citada nesta pesquisas, desde 2016, passou a chamar Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG), porém os fatos narrados e os documentos envolvidos nesta análise são anteriores a essa mudança nominal, por isso optou-se por utilizar a nomenclatura antiga.



Assim, na estrutura do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), órgão federal de planejamento participativo e desenvolvimento sustentável da gestão pública federal, encontra-se a Secretaria de Recursos Humanos e, dentre outros departamentos, o Departamento de Relações de Trabalho.

Este departamento abrange, por sua vez, a Coordenação de Seguridade Social e Benefícios do Servidor (COGSS), cuja competência de destaque nesse trabalho é a Atenção à Saúde do Trabalhador no Serviço Público,

Com as mudanças governamentais ocorridas em 2003, essa coordenação assumiu a função de propor e implementar uma Política de Seguridade Social e Benefícios no âmbito do Serviço Público Federal (ANDRADE, 2009).

Em decorrência desse processo, no ano de 2006, foi publicado o Decreto nº 5.961, instituindo o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP).

De acordo com essa ferramenta legal, o referido sistema atuaria com a finalidade de uniformizar procedimentos de âmbito administrativo e sanitário relacionados à gestão de recursos humanos, promovendo assim a “saúde ocupacional” do servidor (BRASIL, 2006a).

A Saúde Ocupacional apresentou um avanço em relação à Medicina do Trabalho, ao incorporar o trabalho multidisciplinar e a compreensão sobre o ambiente de trabalho. Contudo, no Brasil, não é esta mais a bandeira defendida em relação ao processo saúde-doença no trabalho desde a Constituição de 1988, mas sim uma visão ampliada denominada Saúde do Trabalhador e articulada na LOS (MENDES; DIAS, 1991).

Entretanto, percebe-se facilmente pelas atribuições do SISOSP, ou mesmo pelo seu nome, que há uma ênfase na Saúde Ocupacional.



Dentre as atribuições do SISOSP destacam-se: realização de exames médico-periciais, procedimentos ambulatoriais relativos a doenças ocupacionais, gerenciamento dos prontuários médicos, assistência ao servidor acidentado em serviço, controle de riscos ambientais relacionados ao trabalho, realização de estudos, pesquisas e avaliações dos riscos e agravos à saúde nos processos e ambientes de trabalho e avaliação do impacto dos modos de organização do serviço e das tecnologias na saúde do servidor (BRASIL, 2006a).

O SISOSP foi revogado pelo Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009 que, por sua vez, instituiu o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Esse novo sistema, ou subsistema como é nomeado, tem como objetivo:

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, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo. (BRASIL, 2009a, p. 1).

É preciso evidenciar que o novo direcionamento, presente na determinação das funções do SIASS, teve forte influência da publicação e da construção da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), que promoveu uma mudança na orientação das ações desenvolvidas com foco no servidor público federal.

Nota-se que previamente à implantação da política, as ações tinham caráter fragmentado, com foco na ação médica (BIZARRIA; TASSIGNY; FROTA, 2013).



Essa política destaca-se pelos seus três níveis de atuação, a saber: 1) Perícias em Saúde, que visam à uniformização de procedimentos, transparência dos critérios técnicos, eficiência administrativa, humanização no atendimento, racionalidade de recursos, bem como ao apoio multidisciplinar e às relações com as áreas da assistência e da promoção à saúde; 2) Vigilância e Promoção da Saúde, que busca identificar os ambientes e processos de trabalho para que produzam impactos positivos na saúde e na vida dos servidores; e 3) Assistência à Saúde do servidor, compreendida como a provisão de recursos voltados para a reparação do estado de saúde, com a finalidade de manter ou restabelecer a saúde ou minimizar os danos decorrentes de enfermidades ou acidentes (BRASIL, 2009a).

Importante salientar que a Saúde do Trabalhador se estrutura como campo interdisciplinar de pesquisas e, nos últimos anos, graças ao desenvolvimento de políticas nacionais e estruturação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) tem se intensificado os estudos nesta seara. Contudo, dadas às especificidades da condição dos trabalhadores estatutários e a recente criação do SIASS, há poucos estudos sobre instituições federais e o modo como têm efetivado as propostas de promoção da saúde do servidor público (BRASIL, 2012).

Deste modo, vislumbram-se contribuições significativas da pesquisa para o campo de estudo mais amplo – saúde do trabalhador – e para a saúde do trabalhador de instituições públicas federais. A promoção da saúde e a saúde do trabalhador constituem a temática central desta pesquisa. A realização de um estudo nesta área reveste-se de relevância acadêmica e impacto social, pois as atividades destes servidores refletem direta e indiretamente na qualidade dos serviços prestados pelos trabalhadores e em sua saúde.



A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) visa resgatar uma lacuna social e legislativa. Assim, desenvolver pesquisa sobre as iniciativas de promoção da saúde dos servidores públicos de instituição federal de ensino poderá contribuir para o incremento de melhorias para esses servidores. Por meio de iniciativas de promoção da saúde, a administração pública pode contribuir para melhorar o processo de vida e de trabalho destes profissionais. Entende-se que o estudo contribuirá, também, para a ampliação dos olhares dos servidores sobre a instituição estudada e sobre a promoção da saúde.

A instituição estudada se destaca por instituir e manter esses programas antes mesmo das leis específicas serem instituídas. Após nove anos de implantação da política nacional de atenção à saúde do servidor, por meio do SIASS, e cinco anos da portaria normativa, que instituiu as diretrizes de promoção da saúde do servidor, ainda não foram realizadas, nesta instituição, pesquisa enfocando o tema saúde do servidor e como estes programas se efetivaram.

Espera-se que a participação na pesquisa contribua para que os gestores e trabalhadores responsáveis pelos programas de promoção da saúde da Unidade de Referência SIASS repensem sobre o diferencial positivo da abordagem da promoção da saúde dos servidores federais e a possibilidade de ampliação das ações e implantação de monitoramento e avaliação dos serviços, de modo a enfrentar os desafios identificados e valorizar os avanços já conseguidos. Ao entender e valorizar as perspectivas dos diversos profissionais de uma Unidade de Referência SIASS sobre suas práticas e saberes, o estudo nutre uma atitude ética de respeito e desvelo com os diferentes profissionais que atuam na instituição federal.

O impacto social desejado está intimamente ligado à valorização dos programas de promoção da saúde dos servidores públicos federais, ao fortalecimento avaliativo desses servidores e ações.



Espera-se, sobretudo, fortalecer e ampliar esses programas rumo à atenção integral da saúde dos trabalhadores, visto que a PASS e o SIASS representam a atenção integral à saúde do trabalhador estatutário.

No delineamento do estudo, emergiram as seguintes questões norteadoras: Como os servidores envolvidos nos projetos e programas de Unidade SIASS compreendem as relações entre saúde, saúde do trabalhador e a promoção da saúde do servidor público federal? Os projetos e programas de promoção da saúde da Unidade SIASS estão alinhados e em conformidade com a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS)? Quais os desafios e potencialidades da Unidade SIASS para a efetivação da PASS?

Visando responder a tais questões, a pesquisa foi desenvolvida. O objetivo geral foi analisar o modo como os servidores públicos federais de uma Unidade de Referência SIASS compreendem as iniciativas voltadas à promoção da saúde ofertadas para os servidores com ênfase no enfoque das ações, projetos e programas; no público atendido; na adesão; bem como nos avanços e desafios para a efetivação da PASS. Os objetivos específicos consistiram em:

- a)** caracterizar as ações, projetos e programas de promoção de saúde ofertados aos servidores federais;
- b)** descrever o perfil dos profissionais envolvidos na criação e oferta das ações, projetos e programas de promoção de saúde para o servidor público federal;
- c)** analisar o modo como gestores e responsáveis pela criação dos programas e projetos de uma Unidade de Referência SIASS compreendem saúde do trabalhador, demandas de atenção à saúde dos trabalhadores públicos federais, bem como os desafios e avanços da promoção de saúde;
- d)** problematizar a compreensão dos gestores e servidores, responsáveis por uma Unidade de Referência SIASS, sobre o modo como são efetivadas as diferentes ações, projetos e programas de promoção da saúde ofertados aos servidores estatutários.



A presente obra está organizada em 7 itens, sendo esta introdução o primeiro deles. O item 2 contém a descrição do caminho metodológico percorrido para o desenvolvimento da pesquisa. Nele, são enfatizados: delineamento do estudo; instrumentos de pesquisa; participantes do estudo; análise de dados e aspectos éticos.

O item 3, intitulado 'Saúde do servidor público federal: a tessitura das relações entre promoção da saúde e saúde do trabalhador' consolida a perspectiva teórica que sustentou a análise. Apresenta, de modo contextualizado, o ideário da Promoção da Saúde; a Saúde do Trabalhador no Brasil e, também, a emergência da Política de Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). Nele, é tecida a apresentação da PASS e a análise teórica da política de promoção da saúde do servidor público. O objetivo central desse item é sistematizar a compreensão de saúde do trabalhador e o modo como se relaciona à promoção da saúde do servidor público no Brasil.

O item 4, 'Participantes do Estudo, Protagonistas da PASS', descreve o perfil sociodemográfico dos servidores que atuam na unidade SIASS e que participaram do estudo. Estes servidores estão envolvidos diretamente na criação e oferta das ações, projetos e programas de promoção da saúde dos servidores públicos federais.

No item 5, intitulado 'Saberes dos Servidores da Unidade SIASS' é apresentada a análise temática referente ao aporte conceitual dos servidores participantes do estudo ligada à saúde, saúde do trabalhador e PASS/SIASS, bem como a compreensão desses trabalhadores sobre perfil dos usuários da Unidade de Referência, lócus deste estudo.

O item 6, chamado 'A Materialização da PASS no Cotidiano da Unidade SIASS', expõe as perspectivas dos participantes sobre as ações, projetos e programas ofertados pela Unidade de Referência SIASS e empreende uma análise à luz dos referenciais teóricos que embasam este estudo.

No item 7, tecemos considerações finais sobre os resultados da pesquisa no sentido de subsidiar aproximações reflexivas com as ações de promoção da saúde ofertadas ao servidores públicos federais pela Unidade de Referência SIASS estudada, além de contribuir com outros pesquisadores do campo da Saúde do Trabalhador.



2. METODOLOGIA

Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.

Paulo Freire

2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo descritivo e explicativo desenvolvido com metodologia qualitativa. Minayo (2010, p. 57) diz que o método qualitativo é:

O que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam.

As técnicas utilizadas para a construção dos dados foram entrevistas com roteiro semiestruturado, questionários autoaplicáveis, análise documental e consultas às fontes secundárias dos diversos projetos e programas da Unidade de Referência SIASS, tomada como cenário da pesquisa.

A dimensão explicativa da pesquisa se ocupa de entender o modo pelo qual acontecem os fatos ou processos e aprofundar o conhecimento da realidade para além das aparências (SANTOS, 2006; MINAYO, 2010). Neste sentido, o esforço interpretativo da pesquisa é para desvelar os meandros da promoção da saúde dos servidores pela Unidade SIASS e problematizar os avanços e desafios. Para tanto, foi conduzido permanente diálogo entre os dados obtidos com os trabalhadores participantes, os gestores e a literatura. Almeja-se superar a mera descrição das ações, projetos e programas desenvolvidos pela Unidade SIASS e contribuir para uma reflexão crítica.

A estatística descritiva permitiu a construção do perfil sócio demográfico dos trabalhadores da Unidade de Referência SIASS, envolvidos na atenção aos servidores públicos federais.



2.2 Instrumentos de pesquisa

O processo de obtenção de dados ocorreu com a utilização de entrevistas, de questionários autoaplicáveis e de consulta às fontes documentais da Unidade SIASS.

A entrevista é uma técnica que se fundamenta na interação do pesquisador com o sujeito participante do estudo e que leva à compreensão das crenças, valores e motivações, em relação aos comportamentos e práticas das pessoas em contextos específicos (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram conduzidas por meio de um rol de questões preestabelecidas, que instigaram aos participantes falar sobre o assunto, e com possibilidade de flexibilização do diálogo, que viabiliza a obtenção de outras informações complementares (ALVES; SANTOS, 2014).

A técnica das entrevistas anseia obter dados relativos à experiência singular de cada indivíduo através de relatos orais, que permitam resgatar as trajetórias de indivíduos, não se limitando às narrativas de acontecimentos, mas buscando a compreensão da construção de valores e das ações dos sujeitos ao longo do tempo. Para Bogdan e Biklen (1994), a entrevista é utilizada para o reconhecimento de dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.

As entrevistas com gestores e/ou coordenadores de cada um dos setores e projetos/programas de promoção da saúde propiciaram momentos para que o participante refletisse e se posicionasse sobre suas experiências, desafios e avanços para a promoção da saúde de servidores federais. As entrevistas foram feitas no local de trabalho, conforme disponibilidade dos participantes e em horário diverso das atividades laborais.



Os locais escolhidos foram ambientes reservados e que pudessem preservar a tranquilidade, a segurança e o sigilo. As entrevistas foram áudio-gravadas e totalizaram 07 horas e 46 minutos de gravação. A transcrição foi realizada pela mestrandia e resultou em 145 páginas de texto.

O questionário, segundo Alves e Santos (2014, p. 44), “[...] é uma das ferramentas mais utilizadas para as abordagens de natureza quantitativa[...]”. Assim, o questionário estruturado visou a sistematização de dados sobre o perfil sócio demográfico dos servidores que compõem os diversos projetos e programas de promoção de saúde. O questionário promoveu a obtenção de informações para a caracterização sócio demográfica e informações quanto à inserção na Unidade SIASS (cargo/função, carga horária de trabalho, existência ou não de mais de um vínculo de emprego). Para garantir a privacidade das informações e, principalmente, dos informantes, os questionários foram entregues em envelopes lacrados. Na organização do banco de dados, foram utilizados números para cada participante.

Importante destacar, também, que ocorreram consultas às fontes secundárias disponíveis na Unidade de Referência SIASS estudada, tais como: dados do portal SIASS; proposta dos projetos e programas; relatórios; folder; cartazes; legislação específica, relatórios de gestão e outros documentos ofertados pelos gestores das iniciativas de promoção da saúde.

As fontes documentais secundárias subsidiaram a construção da análise e foram incorporadas ao longo de todo processo de pesquisa. Além da consulta às fontes disponíveis na Unidade SIASS, ocorreu análise documental das bases legais que regulamentam as questões de promoção da saúde no Brasil, a saber: a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal e a Portaria Normativa de 23 de maio de 2013. A análise garantiu maior aproximação com a temática estudada e o delineamento das características da PASS.



2.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo 71 (63,96%) trabalhadores da Unidade SIASS de um universo de 111 (100%) servidores. Os participantes foram divididos em três grupos: Grupo (1) = 11 gestores (100% dos gestores da Unidade de Referência estudada e/ ou 9.909% dos servidores lotados na Unidade) da Unidade de Referência; Grupo (2) = 11 (9.909%) dos servidores da Unidade de Referência responsáveis pelos programas e projetos ou servidores indicados pela equipe para falar em nome do grupo; e Grupo (3) = 49 (44,14%) trabalhadores lotados nas várias divisões que abarcam os diversos programas ativos.

Todos os 71 participantes responderam ao questionário estruturado. Os integrantes do Grupo 1 e do Grupo 2 concederam entrevistas, totalizando 22 entrevistas.

2.4 Análise dos dados

A coleta e a análise de dados foram guiadas pela metodologia qualitativa. Os dados obtidos por meio dos questionários foram sistematizados com estatística descritiva e apresentados por meio de gráficos e tabelas. O objetivo principal desta etapa da pesquisa foi caracterizar os trabalhadores envolvidos na atenção à saúde dos servidores da Unidade SIASS.

O tratamento dos dados obtidos com as entrevistas e com as questões abertas dos questionários ocorreu com a análise de conteúdo em sua modalidade temática proposta por Bardin (2011) com adaptações de Minayo (2010). A análise seguiu três etapas: pré-análise, exploração de material e tratamento de dados.

As categorias emergiram do processo de análise dos dados e de acordo com os objetivos do estudo. Inicialmente, foi realizada uma leitura "flutuante" das entrevistas transcritas e, após, procedeu-se à identificação de temas e unidades de sentido atribuídas pelos próprios entrevistados.

Os temas foram categorizados segundo a semelhança de significado semântico e lógico, e também foram aplicados os critérios estabelecidos por Bardin (2011) de homogeneidade, exclusividade, exaustividade, objetividade e pertinência para a elaboração das categorias. Os temas recorrentes foram agrupados em núcleos de sentido e categorizados por critério de semelhança. Ao final, as categorias foram discutidas e interpretadas à luz da literatura. O Quadro 1 apresenta as categorias que emergiram na análise das entrevistas e que são analisadas ao longo dessa obra.

Quadro 1- Categorias Temáticas e Unidades de Sentido que emergiram das entrevistas com trabalhadores da Unidade SIASS

| Categoria Temática | Unidades de Sentido |
|---------------------------|---|
| Perfil dos Servidores | Características dos Profissionais |
| Política e Bases Legais | Saberes sobre a Política e Bases Legais |
| | Saberes sobre Perfil do Usuário |
| | Unidades de Referências |
| | Ações de Promoção da Saúde |
| Concepções de Saúde | Prevenção |
| | Qualidade de Vida |
| | Dimensões do homem e da Saúde |
| Saúde do Trabalhador | Capacidade Física/Mental Laboral (MT) |
| | Condições Ambientais de Trabalho (SO) |
| | Saúde Geral |
| | Prenúncios da Saúde do Trabalhador (ST) |
| Desafios | Limites profissionais |
| | Invisibilidade Institucional |
| | Falta de interesse do usuário |
| | Precarização do trabalho |
| | A falta da intersectoralidade |
| Potencialidades | Potencial humano |
| | Demandas por processos formativos |

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

2.5 Aspectos Éticos

Há um compromisso e engajamento ético com o tema da pesquisa. Espera-se que a metodologia utilizada contribua para que os gestores e servidores da Unidade de Referência SIASS reflitam sobre o diferencial positivo da perspectiva da promoção da saúde dos servidores federais.



Além disso, almeja-se que o estudo enseje a valorização e a ampliação de seus programas com um acompanhamento sistemático e avaliativo de suas práticas e o enfrentamento dos desafios identificados. Entender e valorizar as perspectivas dos diversos profissionais sobre suas práticas e fazeres numa instituição pública federal é uma atitude ética, de desvelo das concepções dos diferentes profissionais que atuam na promoção de saúde.

Quantos aos preceitos éticos que regem pesquisas envolvendo seres humanos, cabe informar que a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e obteve parecer favorável do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o nº 57402016.1.0000.5154, em 05 de agosto de 2016.

Em consonância com estes preceitos éticos, todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e os instrumentos para obtenção de dados. O convite para participar do estudo foi realizado de modo individualizado e cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As identidades dos participantes serão rigorosamente mantidas em sigilo pelo pesquisador em todos os produtos da pesquisa (dissertação, artigos, apresentação em seminários, dentre outros). Na fase quantitativa da pesquisa, os nomes dos trabalhadores foram substituídos por números. Em relação às entrevistas, os trechos citados são apresentados entre aspas e em itálico e indicados com nomes fictícios. Foram eliminadas informações que permitiriam a identificação dos participantes do estudo.



3. SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL: A TESSITURA DAS RELAÇÕES ENTRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR

O homem, como um ser histórico, inserido num permanente movimento de procura, faz e refaz o seu saber.

Paulo Freire

O referencial teórico que sustenta este estudo é apresentado em três distintas seções. A primeira seção expõe o ideário de promoção da saúde que deu origem à construção das principais políticas de saúde do Brasil, envolvidas, direta ou indiretamente na atenção à saúde do servidor federal, a saber: o SUS e a PASS. A segunda seção apresenta a construção histórica da Saúde do Trabalhador no Brasil. A terceira seção busca entender o cenário no qual se estruturou a saúde do servidor público federal com a implantação da PASS e do SIASS.

3.1 Promoção da Saúde

Nesta seção, busca-se apresentar e discutir o histórico, o conceito e, principalmente, o ideário da Promoção da Saúde enquanto base estrutural, teórica e metodológica do conceito ampliado de saúde. Contudo, é preciso, de início, compreender que a promoção da saúde é um conceito complexo. Tal complexidade advém de um contexto histórico que produziu o dualismo de interpretação de um campo de práticas e saberes polarizados, que pode servir-se do 'conceito de campo' que, segundo Pereira (2015, p.35), se torna um espaço de concorrência pelo poder e disputa de legitimidade. Em todo campo, seus agentes buscam conservar ou manter o poder e, assim, essa busca se torna uma disputa científica e política.



Para Pinheiro (2015, p. 16), o tema promoção da saúde “[...] não é restrito ao campo teórico e técnico de saúde, e a discussão sobre o assunto perpassa agudamente nosso cotidiano no mundo contemporâneo.” Ainda na lógica da mesma autora, o que se percebe é que entre as pessoas existem um consenso e alguma compreensão sobre o discurso de saúde e da necessidade de se promover a saúde, como por exemplo os benefícios de uma alimentação balanceada, de práticas de atividades físicas e os malefícios do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Há um entendimento também que “[...] cabe ao Estado a garantia de condições adequadas de moradia e saneamento e que isto está relacionado à prevenção de determinadas doenças.” (PINHEIRO, 2015, p. 16).

Frequentemente, nos diferentes espaços da vida cotidiana, recebe-se orientações sobre como nos mantermos saudáveis e, de certa forma, a saúde passou a ser um valor a ser cultivado em todas as instâncias da vida social, ligado inclusive ao sentimento de felicidade (PINHEIRO, 2015).

A mesma autora afirma que a expansão do território saúde abarca inclusive o campo público e o privado, sendo que no campo público nota-se o aumento de coberturas e responsabilização de todos os setores do Estado pela saúde, o que se traduz nas políticas públicas.

No campo privado, observa-se o crescimento do chamando ‘mercado da saúde’ ou ‘indústria do bem estar’ como estratégia de investimento em qualidade de vida, aumentando a participação de consumidores, nas devidas proporções sociais, de um mercado que promete saúde como, por exemplo, a partir de alimentos saudáveis, academias, produtos esportivos e outros (PINHEIRO, 2015).



Buss (2009) retoma que a promoção da saúde emerge de um debate da década de 1970, decorrente da publicação do Relatório Lalonde (1974), documento canadense produzido pelo Ministério da Saúde de tal país e que tinha por objetivo principal o enfrentamento dos custos crescentes de assistência médica e não resolutividade da atenção médico-centrada, particularmente no caso das doenças crônicas. Segundo ele, o relatório Lalonde foi marcado pela racionalidade econômica e por uma proposta de utilizar a promoção da saúde dentro de uma estratégia global para a organização dos serviços de saúde. Essa iniciativa proporcionou um debate internacional e teve como principais marcos a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada, em 1978, em Alma-Ata (URSS) e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que ocorreu em Ottawa (Canadá) em 1986.

Desde o Relatório Lalonde ocorreram mais sete iniciativas multinacionais que resultaram em documentos de referência para o debate da promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata (URSS, 1978); Carta de Ottawa (Canadá, 1986); Declaração de Adelaide (Austrália, 1988); a Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991); Declaração de Santa-fé de Bogotá (Colômbia, 1992); Declaração de Jacarta (Indonésia, 1997); Declaração do México (Cidade do México, 2000) e Carta de Bangkok (Tailândia, 2005).

Estes marcos desempenharam um importante papel na manutenção da motivação e interesse sobre o tema promoção da saúde e, ao mesmo tempo, desencadearam importantes avanços na ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para se alcançar os objetivos traçados pelas mesmas. Estes encontros fizeram acontecer uma

[...] importante mudança de paradigma nas concepções de saúde e doença que impulsionaram transformações radicais na estruturação dos serviços, que resultaram em impactos para muito além do setor saúde e o que se traduziu em responsabilização nos diversos setores do Estado e da sociedade civil pela busca e pela garantia da qualidade de vida e do bem-estar da população. (PINHEIRO, 2015, p.17).



Para Buss (2009), o modelo biomédico, ao conceber saúde como mera ausência de doença, cujo foco é o corpo, foi confrontado pelo ideário da promoção da saúde, que assumiu a complexidade do fenômeno saúde-doença com a noção de doença ligada a fatores riscos e de condições de vida, que vai muito além do nível de atenção primária utilizado na medicina preventiva de Leavell e Clark. Nas últimas décadas, o termo promoção da saúde ganha um enfoque político e técnico em torno do fenômeno saúde–doença, o diferenciando do conceito de prevenção (BUSS, 2009; PINHEIRO, 2015).

A diferença entre prevenção de doenças e promoção de saúde está na amplitude dos conceitos e no foco das intervenções. A prevenção de doenças parte do conceito de doença, ou seja, uma perspectiva epidemiológica que tem a doença como foco, visando evitar a doença e suas complicações.

Por sua vez, a concepção de promoção da saúde aproxima-se do conceito de saúde como referência, ou seja, o objetivo é um nível ótimo de vida e bem-estar, numa atitude de maior fortaleza humana, maior capacidade funcional, maiores sensações de bem-estar e objetivando o desenvolvimento individual e coletivo (BUSS, 2009; PINHEIRO, 2015).

Buss (2009), ao conceituar promoção da saúde, refere que no decorrer da história, o conceito acabou ganhando basicamente dois significados importantes, enquanto eixos norteadores. Em um dos significados, a promoção da saúde é compreendida como conjunto de atividades voltadas à transformação do comportamento individual e com foco no estilo de vida, também individual.

Neste sentido, existe um viés de responsabilização/culpabilização do sujeito pelo seu adoecimento, caso não pratique essas mudanças e comportamentos. Em decorrência, as intervenções em saúde estariam centradas no seio da famílias ou nos ambientes culturais da comunidade onde o mesmo se encontra.



A segunda concepção de promoção de saúde é aquela que:

[...] considera o papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, compreendendo-a como produto de amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade e vida, condições de saneamento, alimentação e moradia, condições de trabalho adequadas, oportunidades de educação ao longo da vida, estilo de vida responsável e um repertório adequado de comportamento saudáveis. (PINHEIRO, 2015, p.18).

Nos estudos de Pinheiro (2015) há um destaque para as antagônicas e conflitantes compreensões sobre a concepção de promoção de saúde na contemporaneidade, em que uma delas responsabiliza o indivíduo pela manutenção do seu bem-estar, na qual predomina as dimensões regulatórias e disciplinadoras e a outra compartilha esta responsabilidade “[...] com o Estado e a sociedade de forma geral, considerando a complexidade do problema de saúde [...] (Pinheiro p. 18)”, a dimensão participativa e emancipatória.

Ferreira Neto e Kind (2011) e Pinheiro (2015) referem que a existência de duas perspectivas polarizadas de um campo de saberes e práticas muitas vezes levam à falsa compreensão de que essas dimensões apareçam entrelaçadas e, por isso, é preciso a construção estratégica analítica que supere o dualismo da interpretação e busque a concepção contemporânea de promoção da saúde a favor da qualidade de vida das populações.

Em consonância com a interpretação de Buss (2009) e Pinheiro (2015), entendemos que a promoção da saúde está no cerne do conceito ampliado da saúde e é marcada de subjetividade, de cultura e de história. A historicidade do termo promoção da saúde pode ser captada, já em 1946, com os estudos do médico-docente suíço Henry Sigerist, considerado o precursor da Medicina Social nos Estados Unidos. Este defendia que, ao oferecer “boas condições de vida e de trabalho, educação, formas de lazer e repouso para os indivíduos, então estava sendo realizada a promoção à saúde, em seu sentido amplo (p. 2)”.



Seus estudos influenciaram a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, quando esta afirmou na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 25, que todo cidadão tem direito à saúde, a uma qualidade de vida capaz de assegurar a sua saúde e o bem-estar de si mesmo e de sua família (CAVALCANTI et al., 2008).

Segundo Cavalcanti et al. (2008), em 1976, Leavel e Clark utilizaram a expressão promoção da saúde no modelo da história natural das doenças para caracterizar o primeiro nível de atenção da medicina preventiva, cuja concepção baseava-se na prevenção da patologia e de sua evolução, porém o enfoque ainda era no indivíduo.

O Relatório Lalonde (Canadá), citado anteriormente, valorizou e impulsionou o debate do conceito contemporâneo da promoção da saúde ao criticar a abordagem biomédica centrada no tratamento das doenças, principalmente as crônicas, e qualificou a promoção à saúde como uma forma de intervenção sobre os determinantes das patologias, visando à melhoria das condições de vida e, conseqüentemente, a obtenção da saúde da população. Naquele momento foram definidos quatro campos da saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Tal documento centra a maior parte das atenções aos estilos de vida, num “[...] claro movimento regulador e disciplinador de responsabilização do sujeito por seu adoecimento.” (PINHEIRO, 2015, p. 19).

Para Buss (2009), essa perspectiva conservadora da promoção da saúde mostra a diminuição das responsabilidades do Estado e leva à despolitização das várias dimensões da saúde. Ferreira Neto e Kind (2011, p.27) e Pinheiro (2015, p.19) referem que os indivíduos, ao serem responsabilizados por suas escolhas de estilo de vida, são orientados a articular estratégias de ‘autovigilância e práticas autodisciplinadas’.



Esta ideologia casa-se muito bem com o discurso de estilos de vida saudável, o que contribui com o desenvolvimento de um forte mercado de saúde que promete o bem-estar e a qualidade de vida. Neste mercado desenvolvem-se muitas tecnologias, entre elas medicações, cirurgias, academias para exercícios físicos, alimentação saudável, dentre outros.

Há, com isto, um forte apelo midiático sobre qualidade de vida e comportamentos saudáveis, que estimula práticas de atividade física, alimentação balanceada, abandono do tabaco e do álcool, desenvolvendo, assim, um discriminatório modelo ideal de comportamento saudável, que leva à exclusão social dos indivíduos que nele não se enquadram (PINHEIRO, 2015).

Neste modelo de controle sobre o corpo, a promoção da saúde se torna objeto do biopoder que Foucault (1988) define muito bem como 'o poder sobre a vida'. Essas práticas da higiene pública disseminadas pela medicina social já nos séculos XVII e XVIII, foram apropriadas pelos governos como estratégias de gestão de saúde por meio de medicalização da população, vigilância sanitária das cidades, assistências aos empobrecidos visando a prevenção de epidemias, as campanhas de vacinação e a construção de hospitais com foco na medicalização coletiva.

Carvalho e Gastaldo (2008) alertam que por meio das políticas públicas pode acontecer sim o biopoder sobre o corpo social e a utilização das 'verdades' da ciência, no caso o discurso da promoção da saúde ligado ao estilo de vida, a culpabilização do indivíduo e a desesresponsabilização do Estado, como resultante de um entendimento conceitual e direcionamento intencional, de acordo com as relações de poder que o permeiam e muito alinhado ao discurso neoliberal hegemônico.



Ferreira Neto e Kind (2011, p. 39) para problematizar a culpabilização dos indivíduos, retoma autores como Rose (2007), que sugere que a responsabilização dos indivíduos não deve ser analisada somente como culpabilização do indivíduo e nem mesmo como despolitização do campo saúde, mas como uma oportunidade de indivíduos e comunidades dividirem as responsabilidades ao integrar o debate sobre o autocuidado nas dimensões políticas e éticas.

Neste sentido, Pinheiro (2015, p. 20) refere que a “[...] perspectiva foucaultiana identifica o campo de saúde como composto, ao mesmo tempo, por forças de dominação de um lado, e forças de resistência e emancipação de outro.”

Assim, é possível afirmar que a promoção da saúde se originou de uma construção internacional nas últimas décadas e resultou em transformações profundas nas abordagens do processo saúde-doença e na estruturação/reorganização de sistemas de saúde visando enfrentar os determinantes sociais de saúde (DSS) e impactar positivamente na qualidade de vida da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Conforme explicitado anteriormente, a promoção da saúde é um conceito complexo que acabou produzindo dualidade de interpretação de um campo de práticas e saberes muito polarizados. Um deles é o preventivismo registrado como o primeiro nível de prevenção primária da história natural das doenças de Leavell e Clark.

Há, ainda, a interpretação comportamentalista que surge com o Relatório Lalonde vinculada aos riscos comportamentais, tais como alimentação, uso de tabaco, álcool e drogas e sedentarismo, sem considerar as condições que interferem nas opções pessoais (BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009a).



O presente estudo se estrutura a partir da concepção de promoção de saúde cujos princípios e valores são disseminados pelas Cartas Internacionais de Promoção da Saúde e aos princípios do SUS e da PASS, que se preocupa com os sujeitos e as determinações sociais do processo saúde-doença (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007; PINHEIRO, 2015; BUSS, 2009; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os princípios são de participação dos sujeitos individuais e coletivos nos processos de tomada de decisão, na busca pela integralidade, equidade, coresponsabilidade, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação, sustentabilidade e outros (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007).

O desenvolvimento do ideário da promoção da saúde, trazido pelas polêmicas do Relatório Lalonde, no que tange à qualidade de vida e estilo de vida, ocasionou outro importante marco que ocorreu no Canadá, em 1986, que foi a 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, que resultou na emblemática Carta de Ottawa.

Esta traz em seu texto a ampliação do conceito de promoção da saúde, enfatizando a dimensão coletiva, ou seja, considerando as influências dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais sobre as condições de vida e saúde (PINHEIRO, 2015).

Este documento direciona o conceito de promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19) e o conceito de saúde não é considerado mais o objetivo da vida, mas um recurso fundamental para a vida, que envolve desenvolvimento social, econômico, pessoal e de qualidade de vida.



A Carta estabelece, também, que para alcançar estas dimensões os indivíduos e grupos devem identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar o meio ambiente de forma favorável. Assim, a saúde se torna um conceito positivo com ênfase nos recursos sociais, pessoais e nas capacidades físicas (BRASIL, 2002, p. 19-20).

Ao considerar a complexidade do fenômeno saúde-doença e ao identificar os múltiplos determinantes da saúde e do adoecimento, a Carta estabelece a intersetorialidade como a principal estratégia para a promoção da saúde e afirma que “se o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de formas sadias de vida, a promoção transcende o setor saúde (PINHEIRO, 2015, p. 21).

Buss (2000, p. 170-171) descreve que a Carta de Ottawa propõe, também, cinco campos centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, Reforço da ação comunitária (*empowerment*), desenvolvimento de habilidades pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida; reorientação do sistema de saúde na direção da promoção da saúde.

Neste momento, o movimento mundial da promoção da saúde ganha uma abordagem socioambiental e com destaque em alguns conceitos, a saber: da participação social, do empoderamento, da responsabilidade mútua entre Estado, comunidades e indivíduos e foco no coletivo, como proposta alternativa ao foco individual, cuja intervenção é centrada sobre hábitos e estilos de vida (PINHEIRO, 2015).

Um grande teórico que influenciou o ideário da promoção da saúde no Brasil e no mundo foi o educador brasileiro Paulo Freire e este merece destaque neste estudo por suas contribuições na constituição de conceitos como empoderamento, interdisciplinaridade e emancipação.



No mesmo ano em que ocorreu a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, o Brasil realizou a 8ª Conferência Nacional da Saúde, marco fundamental para o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e emergência do SUS.

Sob forte influência do ideário da promoção da saúde, as discussões deste evento foram marcadas pelo momento histórico de transformações sociopolíticas brasileiras e a percepção da saúde enquanto tema político, que representou claramente um foco de resistência dos movimentos sociais e do MRS ao modelo biomédico hegemônico.

A 8ª Conferência resultou num documento que definiu a saúde como “produção social, resultante das condições de alimentação, renda, meio ambiente, transporte, trabalho, educação, habitação, emprego, lazer, liberdade, acesso à terra e acesso a serviços de atenção” (PINHEIRO, 2015, p. 23). Tal definição foi incorporada à Constituição Federal de 1988 e impulsionou a organização do SUS, em 1990.

Ferreiro Neto e Kind (2011, p.44) discutem e alertam “[...] que no movimento de construção de marcos regulatórios há composição de um espaço de embates entre força de controle e forças de resistência[...]” e que uma vez organizado um ordenamento do estado para a saúde, é inevitável que ela fique vulnerável aos efeitos dos diversos governos e da “[...] máquina burocrática que promove cristalização e engessamentos de ações populares mais autônomas [...]”. Assim, avançando nesta discussão, os movimentos sociais foram institucionalizados (conselhos participativos e ONGs), formalizando a participação e diminuindo seu poder de autonomia e transformação (PINHEIRO, 2015, p. 23).



Para exemplificar esse 'engessamento', Pinheiro (2015, p. 23) analisou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006, e concluiu que, apesar do documento demonstrar a preocupação "[...] ética e política com as práticas de promoção da saúde, enfatizando a autonomia e a corresponsabilização individual, coletiva e do poder público e fortalecendo a importância da participação social [...]", contrariamente à operacionalização desta política, o foco retrocede com muita força na direção dos hábitos e estilos de vida (PINHEIRO, 2015).

Explicitando melhor esta questão, percebemos que o texto de apresentação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) propôs ações de proteção e recuperação da saúde em busca de qualidade de vida aos sujeitos e coletivos. Porém, são elencadas como ações prioritárias de promoção da saúde: a promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo, controle do uso abusivo de bebida alcoólica e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006a), ou seja, traz novamente a promoção da saúde para um contexto comportamental, considerando que a saúde é influenciada pelos modos de vida, as escolhas e possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses, numa clara demonstração de responsabilização/culpabilização dos indivíduos por suas práticas. Como dito anteriormente, para Buss (2009), essa perspectiva conservadora da promoção da saúde mostra a diminuição das responsabilidades do Estado, como estratégia neoliberal.

Assim percebe-se que, apesar do ideário da promoção de saúde demonstrar avanços históricos importantes tanto no conceito como na legislação, é importante ressaltar o retrocesso político e prático como demonstrado nas políticas e documentos posteriores.



Neste sentido, constata-se a necessidade de avançar rumo à concretização desta concepção dentro das políticas públicas que, notoriamente, enfatizam, ainda, práticas arraigadas no paradigma biomédico, centrado na doença, no indivíduo, nos fatores de risco e nas estratégias de prevenção (PINHEIRO, 2015; FERREIRO NETO; KIND, 2011).

Neste momento, pode-se elencar a problemática em estudo nessa publicação. A promoção da saúde é um conceito complexo, submetida a diferentes interpretações que, por sua vez, resulta em diferentes ações, ora com foco comportamental; ora visando o empoderamento dos indivíduos e comunidades; ora visando a vigilância em saúde; ora buscando a sustentabilidade social. Como será evidenciado ao longo deste estudo, a compreensão ampliada da historicidade da promoção da saúde contribuirá sobremaneira para a análise das ações desenvolvidas pela Unidade de Referência SIASS.

Outro marco conceitual de referência desta pesquisa é a Saúde do Trabalhador, tratado na próxima seção.

3.2 Saúde do Trabalhador no Brasil

Segundo Mendes e Dias (1991), a preocupação governamental com as políticas públicas e leis que regulamentam programas institucionais em prol da saúde do trabalhador datam da Revolução Industrial na Inglaterra, onde se iniciam registros de práticas de controle médico dentro das fábricas, chamadas de Medicina do Trabalho, ou mesmo médicos do trabalho que tinham mais o objetivo de fiscalizar se o trabalhador estava doente e tratar os adoecidos, do que melhorar as condições de trabalho.

Estas práticas rapidamente se espalharam por diferentes países. No início do século XX, surge a Organização Mundial da Saúde (OMS), primeiro organismo internacional de proteção à saúde.



Logo após a segunda guerra mundial, são criadas a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), período em que são instituídas práticas da Saúde Ocupacional, marcadas pela atuação de vários profissionais que buscam estratégias de controlar o adoecimento intervindo diretamente nos locais de trabalho e diminuindo os riscos ocupacionais, configurando-se, também, como controle e fiscalização das doenças e dos adoecidos com a finalidade única de manter a produção (MENDES E DIAS , 1991).

Na década de 1960, emerge o campo de estudos e o conceito Saúde do Trabalhador (ST), que pretende superar as correntes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional e busca compreender os mecanismos que envolvem o 'adoecer' nos diversos contextos do trabalho, e com o desenvolvimento de intervenções que incluem a promoção, a prevenção e assistência, sendo o trabalhador (individual ou coletivo) um sujeito de mudanças. Essa estratégia facilita as ações e adesão da promoção à própria saúde (LACAZ, 1996). A compreensão ampliada da ST se alinha às transformações no campo da saúde pública, especialmente em relação à perspectiva da promoção da saúde.

No Brasil, segundo Ferreira e El Bayer (2010), o processo laboral sempre foi marcado por períodos de grande instabilidade econômica e política e profundas desigualdades sociais. A colonização portuguesa instituiu no país um processo de trabalho escravo e uma economia baseada no trabalho agrário e de mineração. A mão-de-obra escrava, iniciada com os povos indígenas é sucessivamente substituída pela africana. A base da economia advinha quase exclusivamente do trabalho escravo que, por sua vez, se organizava e formava focos de resistência por liberdade. Esses movimentos foram conhecidos como quilombos e demonstravam a resistência e a imensa insatisfação dos escravos pelo modelo de exploração e o forte desejo de liberdade.



O fim da escravatura, em 1888, marca o início de outras formas de dominação econômica e social na relação capital/trabalho. Ao se tornar 'livre', o trabalhador troca sua força de trabalho no mercado e se submete à outras relações de dominação, que mantêm o cenário de profunda desigualdade social (FERREIRA; EL BAYER, 2010).

O período industrial no Brasil inicia-se no século XX e, como em outros países nos primórdios da industrialização, os trabalhadores são submetidos a precárias condições de vida e trabalho e quaisquer organizações dos trabalhadores eram reprimidas sistematicamente com violência, por intermédio da força policial punitiva do Estado (FERREIRA; EL BAYER, 2010).

No Brasil, a trajetória do serviço público profissionalizado ocorre desde 1936, quando foi criado o Conselho Federal do Serviço Público Civil. Nos anos seguintes, outras iniciativas ocorreram, mas nenhuma de maior consistência no que se refere ao campo da saúde e segurança do servidor. Mesmo com a criação, em 1970, do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), pelo Decreto-Lei nº 67326, de 05/10, não se previa nenhum amparo específico para o cuidado da saúde dos servidores (ZANIN, 2015).

A regulamentação do Direito do Trabalho no Brasil deu-se em 1943, na então conhecida Era Vargas. Getúlio Vargas foi o 14º Presidente do Brasil e sancionou a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) garantindo aos trabalhadores direito a férias, salário mínimo, descanso semanal remunerado e jornada de trabalho.

Neste momento aconteceu a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, o que permitiu a organização sindical e um forte aparato legal para fiscalização policial aos sindicatos, o que perdurou por décadas, inclusive na ditadura (FERREIRA; EL BAYER, 2010).



Os autores chamam a atenção para o fato de que dois segmentos de trabalhadores foram 'marginalizados' no reconhecimento pela liberdade de organização laboral e pela falta de uma legislação específica, a saber: os funcionários públicos e os empregados domésticos (FERREIRA; EL BAYER, 2010).

Em 1964, a institucionalização e a evolução dos direitos individuais e coletivos dos trabalhadores brasileiros foram interrompidas pelo golpe militar que submeteu o Brasil a um regime autoritário no qual as liberdades individuais e coletivas foram suprimidas e iniciou-se severa perseguição às organizações sociais, incluindo a de trabalhadores (FERREIRA; EL BAYER, 2010).

O contexto de redemocratização foi marcado por denso processo de mobilização social. O fim da ditadura, em 1985, ocorreu com eleições indiretas para presidente, embora tenha ocorrido intenso e amplo processo de luta pelas 'Diretas Já'. Naquele momento, os diversos movimentos sociais se articularam na defesa de direitos, dentre os quais a construção de uma nova Constituição.

Em 1986, a saúde e a promoção da saúde se inserem enquanto propostas políticas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que utilizou o tema 'Democracia é Saúde' e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Este evento foi fruto de movimentos sociais, do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRS) e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final desta conferência fundamentou a proposta do SUS (CZERESNIA, 2009b).

No ano de 1988 foi promulgada a Constituição Federal, conhecida como a 'Constituição Cidadã', garantindo direitos sociais e ampla participação popular no controle das ações do Estado e na elaboração de políticas.



Na Carta Magna, um ponto a ser destacado é o conceito ampliado de saúde como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, p.118-119).

Este preceito foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 19 de setembro de 1990. Entre as atribuições do SUS, encontram-se as ações de Saúde do Trabalhador que devem contemplar a atenção integral aos trabalhadores (ações de promoção, de vigilância, assistência e reabilitação da saúde). Na legislação, os processos produtivos são considerados como determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores (BRASIL, 1990a).

Assim, a saúde do trabalhador é transformada em estratégia dentro de uma visão ampliada de saúde e, desde então, é criado um arcabouço legislativo propício a essa corrente.

Martins et al. (2017) entendem que, no Brasil, estas discussões são fomentadas por pressões internacionais e se fortalecem nas Conferências Nacionais de Saúde e nos movimentos sociais e dos trabalhadores que passam a reivindicar uma política pública direcionada à saúde do trabalhador. Em 1993, é criado o Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador (GEISAT) objetivando a construção da proposta que normaliza, regula e monitora as relações de trabalho e saúde dos trabalhadores, inclusive os servidores públicos.

As décadas de 1990 e 2000 vão se caracterizando por um período de intenso debate em torno da regulamentação e normatização da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, debate esse que culmina em 2011 com a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho - PNSST, Decreto Lei nº7.602, de 7 de dezembro de 2011, e em 2012 com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora- PNSTT. (MARTINS et al., 2017, p. 2).



Martins et.al. (2017) referem que de forma paralela às construções das políticas supracitadas e também muito influenciados pelo mesmo debate que criou tais políticas, o MPOG realizou discussões entre as diferentes instituições federais, gestores e representantes sindicais, visando a elaboração de uma política específica para os servidores públicos, visto que estes são submetidos a uma legislação própria.

Cabe-nos destacar dentre os trabalhadores aqueles que são foco deste estudo: os servidores públicos federais. Diferente dos trabalhadores de administrações privadas, que são regidos pela CLT, os servidores públicos são regidos por estatutos próprios, de acordo com cada nível da administração pública, à qual estão vinculados.

No caso dos servidores públicos federais, estes são regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU), instituído por meio da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Esse estatuto é, portanto, legislação de proteção social que abrange os servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais (BRASIL, 1990b), porém não contemplava o quesito saúde dos servidores.

A política neoliberal que se instalou no país perpetuou uma lacuna no serviço público federal brasileiro com relação a uma política relacionada à saúde do servidor federal, articulada pelo Estado, mesmo após a aprovação do Regime Jurídico Único (RJU) e do SUS, em 1990. E essa inexistência não permitia traçar o perfil de adoecimento dos servidores e das reais condições de vida e trabalho relacionadas à saúde do servidor e nem a realização de vigilância à saúde que abrangesse o servidor público federal (BRASIL 2008; BIZARRIA; TASSIGNY; FROTA, 2013). A estruturação da atenção à saúde do servidor público federal tardou em relação aos trabalhadores em administrações privadas e exigiu normatização específica, como apresentamos no próximo item.



3.3 Saúde do Servidor Público Federal

3.3.1 A emergência da PASS e do SIASS

O que ocorria no serviço público brasileiro era a ausência de uma política pública de saúde específica para o servidor. Os órgãos públicos federais criavam serviços de saúde com seus próprios recursos financeiros, estruturas físicas, organizacionais e periciais diversificadas, o que resultou em uma diversidade de iniciativas. Alguns órgãos desenvolveram estruturas de excelência em saúde e outros não desenvolveram nenhuma ação na área de saúde do servidor:

Ao passo desta importante conquista histórica pela institucionalização da democracia no país, a gestão dos recursos na administração pública permanecia em permanente descompasso com os direitos coletivos dispostos na Carta Magna, cujo exercício deixou de ser regulamentado em leis específicas, prejudicando, portanto, a exteriorização destes próprios direitos. (FERREIRA; EL BAYER, 2010, p. 3).

Como as questões de saúde dos servidores não eram prioritárias, o adoecimento só era sentido quando causava absenteísmo. Investimentos na área de saúde do servidor público foram delegados ao entendimento dos gestores, que estabeleciam as prioridades nas atividades de saúde do servidor, porém sem nenhuma relação estruturada ou padronizada com outros órgãos. O governo federal, até então, não se preocupava em normatizar e nem organizar uma Política de Atenção à Saúde do trabalhador, deixando em aberto essa importante lacuna (BRASIL, 2008; CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007).

Em 2003, houve uma mudança governamental no país e assume a presidência do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, que pressionado tanto por questões ideológicas, como pelo alto custo de absenteísmo e aposentadorias precoces, inovou na política de recursos humanos na Administração Pública Federal e implantou no país um modelo de gestão de pessoas centrado nos princípios de democracia das relações de trabalho, superando a relação unilateral entre Administração Pública e servidores (FERREIRA; EL BAYERH, 2010).



Os dirigentes que assumiram tais mudanças, muitos deles apesar de pertencentes ao Movimento da Saúde Coletiva, mostravam-se resistentes à perspectiva da Promoção da Saúde. Segundo Czeresnia (2009), um dos motivos de descontentamento era a perspectiva conservadora da promoção da saúde (comportamentalista) que, num contexto mundial do neoliberalismo, reforça a tendência de diminuir as responsabilidades do Estado sobre o trabalhador e transfere para os sujeitos a obrigação pelo autocuidado e conseqüentemente pela sua saúde ou doença.

No entanto, o país havia assumido o compromisso político internacional de implementar “Um novo modelo de atenção na Perspectiva da Promoção da Saúde”, como filosofia de atenção básica (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007).

Para atender à demanda das questões relacionadas à saúde dos servidores, o governo criou, em 2003, a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor, junto à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento e Gestão (MPOG).

Três anos depois, em 2006, por meio do decreto Nº 5.961/2006, foi implantado o Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP), cujo objetivo era padronizar as condutas dos serviços de saúde e perícia médica dos servidores.

Assim, acontece uma convocação e o envolvimento das áreas de recursos humanos e dos técnicos dos serviços de saúde para a construção coletiva da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS).

Segundo Zani et al. (2015, p. 90), são escassos os relatos sobre a organização concreta de serviços sob orientação do SISOSP. Estes autores elencam que na prática o SISOSP serviu apenas como uma manifestação de “[...] boas intenções governistas para com a saúde do servidor público”.



O que se percebeu foi uma grande vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do servidor público e que não integrava de fato uma política pública, o que deixaria os servidores em desamparo frente a diferentes governos.

Além disso, até nominalmente o decreto evidenciou que os princípios da Saúde do Trabalhador tinham uma 'frágil penetração' em uma área ainda hegemônica da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional.

Segundo documentos do MPOG, em dezembro de 2007, o Ministério assumiu o compromisso de construir e implantar, de forma compartilhada, e em âmbito nacional, uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), quando o então o SISOSP foi substituído pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) (BRASIL, 2010a, p. 3; ZANIN et al., 2015).

A ideia era de uma política transversal de recursos humanos, com o desafio de democratizar a gestão pública e que assegurasse mais que instrumentos de controle da máquina estatal, que:

[...] ofereça um resgate histórico e legítimo aos servidores da esfera pública que é a sua proteção enquanto indivíduos "detentores de um direito inalienável que é a saúde, garantido constitucionalmente a toda sociedade brasileira, cabendo ao Estado efetivá-la em todos os seus níveis de abrangência, inclusive enquanto empregador e gestor de recursos humanos. (BRASIL, 2008, p. 9).

Assim, nasce um movimento que tentou alinhar a saúde e a promoção da saúde do servidor público à legislação vigente no país, dedicado aos outros trabalhadores celetistas.

E em 2009, foi criado, no âmbito do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública (SIPEC), o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) através do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009 e que substituiu o SISOSP (BRASIL, 2010a, p.4; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, 2014).



O Decreto institui, ainda, um Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor (CGASS), sob responsabilidade do MPOG. Suas principais atribuições consistem no estabelecimento de diretrizes da política de atenção à saúde e segurança do trabalho, na operacionalização das unidades do SIASS e na definição das regras e procedimentos para guarda e utilização das informações pessoais sobre a saúde dos servidores (ZANIN et al., 2015).

O Comitê Gestor é composto por um membro titular e um membro suplente dos seguintes órgãos: MPOG, que o coordena; Casa Civil da Presidência da República; Ministério da Saúde; Ministério da Previdência Social; Ministério da Educação; Ministério da Fazenda; Ministério do Trabalho e do Emprego; e Ministério da Justiça (ZANIN et al., 2015).

O SIASS, como sistema estruturante, possibilitou a elaboração de normas, a padronização de procedimentos e a racionalização de recursos, com uso de informação para ação, projetos de formação e canais de comunicação, e foi constituído coletivamente com as áreas de recursos humanos dos órgãos federais, técnicos de saúde e entidades sindicais (BRASIL, 2009a).

A organização do SIASS contempla uma política sustentada a partir dos eixos: vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde, perícia em saúde e assistência médica e odontológica.

A política está fundamentada na abordagem biopsicossocial, em informação epidemiológica, na inter-relação entre os eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar, no conhecimento transdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se considere os ambientes e as relações de trabalho (BRASIL, 2009a).



O governo afirmava que, por meio PASS e do SIASS, reestruturaria os termos e maneiras pelos quais se pretendia dignificar a função pública, fortalecendo a força de trabalho, primando pela modernização de sistemas e processos com debates conduzidos de forma compartilhada (FERREIRA; EL BAYER, 2010).

Na efetivação da política de atenção à saúde do servidor público, o SIASS considera três eixos:

I - **assistência à saúde:** ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal;

II - **perícia oficial:** ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e

III - **promoção, prevenção e acompanhamento da saúde:** ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho. (BRASIL, 2009, p. 1)

A saúde dos servidores federais torna-se, neste momento, estratégia para a valorização do trabalhador público. Observa-se, sobretudo, os esforços para uma mudança de paradigma, ou seja, do modelo biomédico para o modelo ampliado de saúde, cujo foco não é mais a assistência, mas a promoção e a prevenção. Neste contexto de amplas mudanças na organização da atenção à saúde do servidor, em 2010, a Unidade de Referência SIASS, objeto deste estudo, foi instituída por Acordo de Cooperação Técnica entre o MPOG e a universidade federal que a sedia.



Além da universidade, a Unidade SIASS acolhe nove Órgãos Partícipes, a saber: -Advocacia Geral da União (AGU), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), Instituto Federal de Educação e Tecnologia (IFET), Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério da Fazenda (MF), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Polícia Federal (DPF), Polícia Rodoviária Federal (DPRF).

Para se adequar à nova legislação, mudanças institucionais foram feitas para atender aos dispositivos da vigilância em saúde do trabalhador, agora marcados por uma política oficial do governo federal. Basicamente, as ações implantadas e que já estavam instituídas foram incorporadas ao novo modelo. As mudanças foram mais sentidas num organograma um pouco diferente do anterior e que pouco modificou suas práticas e condutas dessa diretoria. Desta forma, a agora Unidade de Referência SIASS, que já tinha ações de promoção da saúde dos servidores enquanto diretoria ligada a uma pró-reitoria de recursos humanos, tem toda uma legislação própria aos servidores públicos federais que subsidia sua organização e defesa de suas práticas.

Outro momento importante na história com relação a promoção da saúde dos servidores federais foi que, recentemente, em 2013, o MPOG instituiu uma portaria sobre as Diretrizes Gerais de Promoção da Saúde do Servidor, demonstrando, assim, que a política está lentamente avançando no enfoque de promoção da saúde para os servidores. Estas Diretrizes subsidiam as políticas e projetos de promoção da saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal. E no artigo 4º define que:

A ação de promoção da saúde tem como finalidade a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, de modo a ampliar a conscientização, a responsabilidade e a autonomia dos servidores, em consonância com os esforços governamentais de construção de uma cultura de valorização da saúde para redução da morbimortalidade, por meio de hábitos saudáveis de vida e de trabalho. (BRASIL, 2013, p. 1).



3.3.2 Bases Legais do SIASS

Martins et al. (2017, p. 1431) referem que o “SIASS avança de uma concepção restrita à saúde ocupacional para o conceito de Saúde do Trabalhador” e está sustentado por um sistema de informação em saúde do servidor, com uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e a garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos (ZANI et al., 2015).

O texto da política é dividido em cinco momentos: apresentação do contexto de transformação no serviço público; exposição dos três eixos que estruturaram a política; explicitação da assistência à saúde do servidor; apresentação de ações estratégicas para implementar e consolidar a PASS e, ao final, perspectivas. Vejamos de modo detalhado cada um desses temas.

Na apresentação do contexto de transformação no serviço público, primeiro item da política, há uma justificativa da necessidade de criação das ações em saúde e segurança do servidor público federal de forma a corrigir a lacuna histórica de desamparo específico para o cuidado da saúde dos servidores e mostrar como foi pensada a política. A sustentação da PASS se dá com a criação de um sistema de informação; uma base legal; a criação de uma rede de unidades de referência e serviços; e recursos financeiros (ZANIN, 2015).

O sistema de informação em saúde do servidor está estruturado em módulos do SIAPE-Saúde, que recuperam os dados cadastrais dos servidores públicos com base na folha de pagamento. Os módulos são: Perícia Médica; Exames Médicos Periódicos; Vigilância e Promoção da Saúde; Exame admissional e Módulo Gerencial.



A base legal inclui um rol de documentos que normatizam as ações referente à PASS:

1. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Institui o regime jurídico do servidor público federal;
2. Lei nº 11.907, de 02 de fevereiro de 2009. Altera a Lei nº 8.112, tratando acerca da licença para tratamento de saúde, aposentadoria por invalidez, exames médicos periódicos e estabelece outras providências;
3. Lei nº 12.269, de 21 de junho de 2010 (Conversão da Medida Provisória nº 479, de 2009). Altera o art. 83 e 96-A da Lei nº 8.112, de 1990, e permite a movimentação de pessoas para as Unidades do SIASS como se estivessem em efetivo exercício no respectivo órgão ou entidade de lotação, ou seja, sem perder suas vantagens;
4. Medida Provisória nº 479, de 30 de dezembro de 2009. Altera o art. 83 e 96-A da Lei nº 8.112, de 1990, e permite a movimentação de pessoas para as Unidades do SIASS como se estivessem em efetivo exercício no respectivo órgão ou entidade de lotação, ou seja, sem perder suas vantagens;
5. 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;
6. Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009. Dispõe sobre os exames médicos periódicos dos servidores;
7. Decreto nº 7.003, de 09 de novembro de 2009. Regula a licença para tratamento de saúde, que tratam os artigos 202 a 205 da Lei nº 8.112, de 1990;
8. Portaria Normativa SRH nº 3, de 30 de julho de 2009. Disciplina sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas;
9. Portaria Normativa SRH nº 4, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre exames médicos periódicos;
10. Portaria Normativa SRH nº 5, de 15 de setembro de 2009. Estabelece orientações para a realização de Termo de Cooperação Técnica;
11. Portaria Normativa SRH nº 8, de 11 de novembro de 2009. Regulamenta o art. 11, § 3º, da Portaria Normativa nº 3, de 30 de julho de 2009, e dá novas orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas;
12. Portaria Normativa SRH nº 2, de 22 de março de 2010. Estabelece orientações básicas aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre os procedimentos mínimos para a realização de Acordos de Cooperação Técnica para a criação das unidades do Subsistema Integrado BASE LEGAL SIASS de Atenção à Saúde do Servidor-SIASS Público Federal previstos no art. 7º do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009;



13. Portaria Normativa SRH nº 03, de 07 de maio de 2010. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor;
14. Portaria Conjunta SRH/SOF nº 01, de 29 de dezembro de 2009. Estabelece os valores da participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata a Portaria Normativa SRH Nº 3, de 30 de julho de 2009;
15. Portaria SRH nº 797, de 22 de março de 2010. Institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal;
16. Portaria SRH nº 1.261, de 5 de maio de 2010. Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil -SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores;
17. Orientação Normativa SRH nº 2, de 19 de fevereiro de 2010. Estabelece orientações sobre a concessão dos adicionais de insalubridade, periculosidade, irradiação ionizante e gratificação por trabalhos com Raios-X ou substâncias radioativas;
18. Orientação Normativa SRH nº 3, de 23 de fevereiro de 2010. Estabelece orientação aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal quanto à aplicação do Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, que regulamenta a licença para tratamento de saúde de que tratam os arts. 202 a 205, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e dá outras providências. Republicado no dia 18/03/2010;
19. Portaria Normativa nº 3, de 25 de março de 2013. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal da Administração Federal – SIPEC. (BRASIL, 2010a, p. 54-55).

Dadas as especificidades do tema desse estudo, serão enfatizados no momento oportuno os documentos referentes às ações de promoção da saúde.

A rede de unidades de referências e serviços consiste na implantação de unidades físicas que funcionam por meio de assinatura de Acordos de Cooperação Técnica entre os órgãos federais. Estas exigem a otimização de recursos humanos, físicos e materiais que sejam adequados às normas sanitárias. O documento expõe que as unidades criadas receberão toda estrutura para atender os órgãos partícipes, sendo recursos, matérias ou mesmo vagas de profissionais para compor as equipes multiprofissionais.



Quanto aos recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos, como exemplo, temos o benefício da saúde suplementar, uma verba contingenciada unicamente para este fim.

Estas quatro macro ações levaram à criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) (BRASIL, 2010a). O objetivo dessa política é superar as desigualdades entre os diversos órgãos do Sistema de Pessoa Civil da Administração Federal (SIPEC) e implantar uma proposta de atenção à saúde baseada nos princípios equidade, universalidade de direitos e benefícios, na uniformização de procedimentos, na otimização de recursos e implantação de medidas que melhorem as condições de saúde dos servidores públicos federais (BRASIL, 2010a). Especificamente, o documento da PASS destina-se oferecer aos gestores de pessoas e profissionais da saúde um “conjunto de parâmetros e diretrizes para nortear a elaboração de projetos e a consecução de ações de atenção à saúde do servidor” (BRASIL, 2010a, p. 4).

O texto da PASS traz como concepções o conceito ampliado de saúde, cujos princípios e valores são disseminados pelas Cartas Internacionais de Promoção da Saúde e os princípios do SUS, ou seja, princípios humanitários e éticos, que se preocupam com os sujeitos e as determinações sociais do processo saúde-doença (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007; PINHEIRO, 2015; BUSS, 2009; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os princípios são ainda de participação dos sujeitos individuais e coletivos nos processos de tomada de decisão, na busca pela integralidade, equidade, co-responsabilidade, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação, sustentabilidade e outros (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007).

A PASS é uma proposta de atenção integral à saúde do servidor e se estruturou por meio de três eixos: perícia médica; assistência à saúde do servidor; vigilância e promoção da saúde.



A política fundamenta-se numa abordagem:

Biopsicossocial, em informações epidemiológica, na inter-relação entre os três eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar, no conhecimento transdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se consideram os ambientes e as relações de trabalho. (BRASIL, 2010a, p. 4).

No item II da PASS há a explicitação dos três eixos que estruturaram a política: Perícia Médica, Vigilância e Promoção da saúde e Assistência à Saúde do Servidor. O primeiro eixo é a Perícia Médica que tem o intuito de:

Uniformização de procedimentos, transparência dos critérios técnicos, eficiência administrativa, humanização no atendimento, racionalidade de recursos, bem como ao apoio multidisciplinar e às relações com as áreas da assistência e da promoção à saúde. (BRASIL, 2010a, p. 4).

Assim, a perícia deve ser compromissada com o retorno ao trabalho e com a preservação de preceitos éticos necessários à relação (perito e o periciado). Para isso, foi informatizado o procedimento e criados prontuários eletrônicos por protocolo técnico, que possibilitaram a regulamentação de licenças de curta duração e adoção de critérios para perícia singular e odontológica, bem como a criação de juntas oficiais e revisão de aposentadorias por invalidez, gerando mais transparência e uniformização das perícias em saúde. Para facilitar a operacionalização, foi elaborado um Manual de Perícia Oficial em Saúde com todas as orientações necessárias para a uniformização e orientação do procedimento (BRASIL, 2010a).

A equipe da perícia médica é multiprofissional e tem a função de atuar em decisões periciais, avaliar ambientes e processos de trabalho e acompanhar os servidores com afastamentos por motivo de saúde, inclusive dando suporte no tratamento e nas restrições, afim de integrar os demais eixos: assistência, prevenção a agravos e promoção à saúde (BRASIL, 2010a).



Santos (2017, p. 50) destaca, em seu estudo sobre a PASS, que a Perícia Médica Oficial foi o primeiro módulo a ser disponibilizado aos órgãos e constitui um dos eixos que sustenta a PASS e comenta, citando Carneiros (2011), que a Perícia Médica Oficial:

[...] investiu-se de uma nova dimensão ao ultrapassar os limites do campo da medicina e abranger outros conhecimentos da área de saúde ao separar a concessão administrativa, da avaliação pericial. (SANTOS, 2017, p. 50).

A mesma autora afirma que o Manual de Perícia em Saúde foi elaborado por técnicos e traz o conceito de perícia como uma “avaliação da capacidade laborativa, realizada por médicos e odontólogos, com o apoio de equipe multiprofissional”. E que esta equipe multiprofissional deveria fazer “[...] parte do processo de avaliação, dando apoio às decisões periciais, seja avaliando ambientes e processos de trabalho e/ou acompanhando servidores em licença para tratamento de saúde.” (SANTOS, 2017, p. 50).

O segundo eixo é a Vigilância e Promoção da saúde, que busca:

Executar ações de vigilância e de promoção à saúde, que alterem ambientes e processos de trabalho e produzam impactos positivos sobre a saúde dos servidores federais constitui o grande desafio da política de atenção à saúde do servidor. (BRASIL, 2010a, p. 5).

A criação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica sobre a saúde dos servidores e as ações de vigilância ambiental e processual do trabalho, com negociação de prioridades nos locais de trabalho, constituem-se como principal estratégia de operacionalização da promoção da saúde (BRASIL, 2010e).

Neste contexto, as ações devem ser alicerçadas no “conhecimento multidisciplinar e na participação do servidor em todas as fases do processo de intervenção nos ambientes, para melhor atender a relação saúde-doença.” (BRASIL, 2010a, p. 5).



As iniciativas para o funcionamento do eixo vigilância e promoção da saúde são:

- I** – o Decreto nº 6.833/2009, que instituiu o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, mais conhecido como SIASS e que preconiza ações relativas a projetos de qualidade de vida.
- II** - os exames médicos periódicos;
- III** -a política de saúde mental;
- IV**- a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) a qual preconiza entre outras ações, a criação das Comissões Internas de Saúde do Servidor por Local de Trabalho (CISSP) (BRASIL, 2010a).

O terceiro eixo da PASS é a Assistência à Saúde do Servidor, entendida como “a provisão de recursos voltados para a reparação do estado de saúde, com a finalidade de manter ou restabelecer a saúde ou minimizar os danos decorrentes de enfermidades ou acidentes” (BRASIL, 2010a, p. 7).

Mediante escolha dos servidores federais e do governo federal, ficou acordada a oferta do benefício da saúde complementar, que é uma contrapartida financeira da Administração Pública ao servidor, destinada à assistência médica/odontológica, para cobertura de planos de saúde.

Importante destacar que, assim como qualquer brasileiro, o servidor público federal tem direito universal ao SUS. Este benefício foi transformado em despesa orçamentária obrigatória, resguardando contingenciamentos, universalizada para os servidores federais, inclusive aposentados, pensionistas e dependentes.

Este benefício se tornou equânime, ou seja, os servidores com menores salários e mais idosos recebem um valor maior do governo, diferente dos servidores mais jovens e com salário maior.



Outra normativa mantida é o desestímulo a criação de serviços médicos ligados às Unidades de Referência, porém como existiam alguns serviços de assistência médica em algumas instituições federais antes da criação da PASS, a decisão tem sido mantê-los de forma residual (BRASIL, 2010).

Porém, este eixo recebe crítica severas por setores que defendem o SUS como sistema de saúde universal para todos os brasileiros, inclusive para os servidores públicos, pois estes grupos acreditam existir:

[...]contradição entre o Estado prestador de serviços, que constrói políticas públicas para toda a população, e o Estado empregador que opta por financiar planos de saúde privados. (BRASIL, 2010a, p. 4).

Nesta mesma lógica, Bahia (2010, p. 126) comenta em tom de denúncia que existe:

[...] a ocultação de interesses e a ênfase na construção de uma retórica, que mobiliza a defesa do bem comum, muitas vezes embaralham a detecção das políticas públicas recentes acionadas para apoiar a privatização do sistema de saúde brasileiro. (BAHIA, 2010, p. 126).

O Item III da PASS trata de ações estratégicas para sua implementação e consolidação. Para abarcar toda a proposta da PASS, conforme já citado, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde e Segurança à Saúde do Servidor (SIASS), que é um sistema estruturante de gestão de pessoas no qual se articulam os recursos existentes, as medidas e ações da PASS e, também, o Comitê Gestor de Atenção à Saúde (CGASS).

Relembrando que o CGASS é composto por sete ministérios e pela Casa Civil, constitui fórum governamental para elaboração de diretrizes na área de saúde e segurança no trabalho, possui um membro titular e um suplente dos seguintes órgãos: O MPOG coordena; Casa Civil; Ministério da Saúde; Ministério da Previdência Social; Ministério da Educação; Ministério da Fazenda; Ministério do Trabalho e do Emprego e Ministério da Justiça (ZANIN et al., 2015).



Conforme trata a política, foram feitos diagnósticos de saúde em âmbito nacional; implantado um sistema de informação em saúde do trabalhador que abriga inclusive documentos, tais como: manuais e normas referentes à área de saúde e segurança do trabalhador; realização de capacitação técnica de gestores de recursos de pessoas; ações de comunicação com compartilhamento de informações com trocas de experiências relacionadas à saúde dos trabalhadores e, por fim, foram articuladas as unidades de referências por meio acordo de cooperação técnica, destacando que a escolha destas unidades se deu por critérios de capacitação física e humana existente, facilidades de acesso e apoio institucional ao projeto SIASS (BRASIL, 2010a).

O item IV da PASS traça perspectivas e propõe que a política seja um projeto de democratização das relações de trabalho, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida no trabalho daqueles que tem o Estado como empregador.

Buscando alguns estudos analíticos da política exposta, nos deparamos com a pesquisa de Ferreira (2014), que considera a PASS como uma proposta inovadora e de vanguarda por alinhar seu texto aos conceitos relacionados à Saúde do Trabalhador, ressaltando, inclusive, que estes conceitos se aproximam dos conceitos atuais utilizados pelos organismos internacionais de saúde (OMS, ONU e OIT) e, também, pelo órgão nacional (Ministério da Saúde).

A mesma autora refere que a política se assemelha ao SUS nos princípios “[...]humanitários e éticos, bem como a igualdade, equidade e universalidade das ações.” (FERREIRA, 2014, p. 47).



A autora analisou, também, o conteúdo normativo da PASS e avaliou que os documentos são muito bem detalhados em “[...]termos de diretrizes, abordagem teórico-metodológico, instrumentos para intervenção, orientação normativas e uniformização de conceitos” (FERREIRA, 2014, p. 47), explicitam uma concepção de saúde pela prevenção de risco, avaliação ambiental, melhoria das condições e organização do trabalho e pela autonomia/protagonismo dos servidores.

A PASS é considerada uma política transversal nos diferentes órgãos da Administração Pública Federal (APF), com diretrizes normatizadoras centrais, mas a “[...]implantação descentralizada e coletiva, por meio da gestão participativa das ações e na intersectorialidade dos órgãos e serviços[...]” (FERREIRA, 2014, p. 40), ou seja, as ações de saúde destinadas os servidores públicos federais, são planejadas, coordenadas e executadas pelas equipes de vigilância e promoção da saúde das Unidades de Referências, ou mesmo órgãos/entidades da APF, de acordo com as necessidades ou prioridades dos grupos de servidores. Desta forma, os servidores das Unidades de Referência SIASS tornam-se:

[...] protagonistas na construção das diretrizes da política e possuem papel regulador em sua execução, acompanhamento e etapas do processo de saúde do início ao fim, por meio da gestão participativa empregada na implantação descentralizada e coletivizada. (FERREIRA, 2014, p. 48).

De acordo ainda com os estudos de Ferreira (2014, p. 20), a PASS é classificada na perspectiva de análise de políticas públicas intitulada de *bottom-up* (de baixo para cima), ou seja, o processo decisório parte da base (equipe técnica) para cima (nível político). Para melhor compreensão:

O processo neste modelo ocorre de forma ascendente, onde, a partir de comportamentos concretos onde foi detectada a demanda a ser solucionada, gradativamente se constrói uma política pública. Compreende-se que os atores que se encontram na linha de frente da ação são fundamentais no processo de tomada de decisão por estarem diretamente em contato com os cidadãos que se beneficiam das ações delineadas pelas políticas públicas. (FERREIRA, 2014, p. 20).



E, por fim, a autora refere que para efetivação deste tipo de política faz-se necessário a definição clara dos papéis dos servidores responsáveis pelos projetos/programas que se encontram na linha de frente das ações, principalmente por estes estarem em contato direto com servidores que se beneficiam das ações prescrita pela política (FERREIRA, 2014, p. 20).

As bases legais da PASS estão expostas em mais de 15 documentos. Neste estudo, o destaque será dado aos documentos que tratam da promoção da saúde do trabalhador público federal, a saber: Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009; Portaria Normativa SRH nº 03, de 07 de maio de 2010; Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009; Portaria SRH nº 1.261, de 5 de maio de 2010; Portaria Normativa SRH nº 03, de 25 de dezembro de 2013.

O Decreto nº 6.833/2009 instituiu o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, mais conhecido como SIASS, e criou, também, o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, ou seja, o eixo estruturante da política supracitada. Entre as ações preconizadas neste decreto, está a criação de uma rede que articule os projetos de promoção à saúde e de qualidade de vida, que sejam compatíveis com os conceitos, princípios e diretrizes da PASS, possibilitando a articulação de ações isoladas e pontuais em projetos coletivos enriquecidos por experiências, que estimulem a participação dos servidores e envolvam gestores públicos.

A Portaria Normativa SRH nº 03/2010 estabeleceu orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal (SIPEC), com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor.



Uma das ações preconizadas neste documento é a organização e constituição de Comissões de Saúde do Servidor por Local de Trabalho (CISSP), que possibilitam as ações de “promoção da saúde e humanização do trabalho com estímulo à participação dos servidores, compreendidos como agentes transformadores da realidade” (BRASIL, 2010a, p. 48).

Essas Comissões constituem espaços no qual o servidor pode reconhecer os riscos à saúde e à segurança, assim como negociar com a Administração mudanças no ambiente e na organização do trabalho. As CISSP têm, entre outras atribuições, a de levantar as condições de trabalho visando detectar riscos e situações potencialmente nocivas, além de acompanhar as medidas corretivas. Um dos destaques desse estudo é que a Unidade de Referência estudada ainda não criou a CISSP.

O Decreto nº 6.856/2009 dispõe sobre os exames médicos periódicos dos servidores e regulamenta o artigo 206-A da Lei nº 8.112, de 1990. Os exames médicos periódicos objetivam avaliar a condição de saúde dos servidores e detectar precocemente doenças relacionadas ou não ao trabalho, por meio dos exames clínicos e avaliações laboratoriais gerais e específicas. A avaliação baseia-se nos fatores de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e psicossociais a que estão expostos os servidores nas diversas atividades exercidas. A realização dos exames médicos possibilita a consolidação de informações para o perfil epidemiológico dos servidores federais e para direcionamento de ações e projetos.

A Portaria SRH nº 1.261/2010 institui os princípios, diretrizes e ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores. Tal iniciativa visa oferecer aos servidores públicos federais, em particular profissionais de saúde e gestores de pessoas, um conjunto de parâmetros e diretrizes para nortear a elaboração de projetos e a consecução de ações de atenção à saúde mental.



A Portaria Normativa SRH nº 03/2013, que instituiu as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal e visa orientar os órgãos e entidades do SIPEC, será explorada mais amplamente neste estudo tendo em vista sua relação umbilical com o tema estudado. Esta iniciativa destina-se a:

[...] subsidiar políticas e projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho, a serem implantados da forma descentralizada e transversal, por meio de áreas de gestão de pessoas, de saúde e de segurança no trabalho, e que contemplem a gestão participativa (BRASIL, 2013, p.1).

A Portaria foi construída em seis distintos capítulos. No primeiro capítulo trata das disposições preliminares que se dividem em três seções. Na seção I institui as diretrizes gerais da promoção da saúde aos servidores públicos federais; prioriza as ações voltadas à educação à saúde, a prevenção dos riscos, agravos e danos à saúde do servidor, ao estímulo dos fatores de proteção da saúde e ao controle de doenças; define as finalidades das ações, que é de melhoria dos ambientes, da organização e do processo dos servidores, por meio de hábitos saudáveis de vida e de trabalho, sendo que as iniciativas devem ser baseadas em dados epidemiológicos e no processo de avaliação das condições/segurança/processos de trabalho (BRASIL, 2013, p. 2).

A seção II versa sobre os objetivos da promoção da saúde no que tange à oferta de ações de educação em saúde e promoção da saúde, junto aos servidores federais, quanto à qualidade de vida e redução de riscos relacionados a saúde e aos seus determinantes e condicionantes; propiciar melhoria nas condições e relações no trabalho e da saúde; compreender as determinações do processo saúde e doença dos trabalhadores; intervenção nos determinantes do processo saúde e doença e do processo de adoecimento em seus aspectos individuais e nas relações coletivas dos ambientes de trabalho; e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos servidores (BRASIL, 2013, p. 2).



A seção III trata das premissas, inclusive com definição conceitual, dos seguintes temas: multideterminação da saúde; abordagem biopsicossocial; interdisciplinaridade; gestão participativa; ambientes de trabalho saudáveis; relação entre atenção de saúde e gestão de pessoas; humanização na atenção à saúde. Dentre os princípios norteadores estão: universalidade e equidade; integralidade das ações; acesso à informação; descentralização; comunicação, formação e capacitação nas áreas de promoção da saúde do servidor (BRASIL, 2013, p. 3).

No capítulo dois são retratadas as ações programáticas de promoção à saúde do servidor, ou seja, a parte operativa dos projetos e programas de promoção da saúde. Para isso, são contempladas as seguintes áreas: saúde do adulto; saúde bucal; saúde do homem; saúde do idoso; saúde mental; saúde da mulher; saúde das pessoas com deficiência e saúde ocupacional (BRASIL, 2013, p. 4).

Para viabilizar o cuidado em saúde devem ser priorizados: alimentação saudável; cuidado integral em saúde; desenvolvimento de habilidades sociais e do trabalho; envelhecimento ativo; educação e preparação para aposentadoria; gestão integrada de doenças crônicas e fatores de risco; mediação de conflitos; práticas corporais e atividade física; prevenção e controle de tabagismo; redução de morbidade em decorrência de uso abusivo de álcool e outras drogas; valorização da diversidade humana; prevenção de acidentes de trabalhos e intervenção nos ambientes e processos de trabalho com vistas à prevenção de doenças, agravos e acidentes ocupacionais (BRASIL, 2013, p. 4).

O capítulo três refere-se às atribuições e competências da Secretária de Gestão do MPMO (órgão central do SIPEC); do Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor da Secretaria de Gestão Pública do MPMO; aos dirigentes dos órgãos ou entidades e gestores de pessoas ou de recursos humanos.



Como exemplo de competência dessas instâncias estão: aprovação de orientações, portarias e outros atos normativos complementares a esta Portaria; manutenção de sistemas de registros de informações dos programas de promoção da saúde; promoção de estudos para a provisão de recursos humanos e orçamentários, necessários ao desenvolvimento das ações e atividades de promoção da saúde; fortalecimento da atuação institucional e da capacitação de colaboradores; formação e capacitação, em conformidade com as orientações das equipes técnicas de vigilância e de promoção da saúde, entre outras (BRASIL, 2013, p. 4-5). Neste amplo contexto, compete à Unidade de Referência SIASS:

I - coordenar e executar ações voltadas à promoção da saúde, em especial à melhoria das condições e organização do trabalho, prevenção de acidentes, agravos à saúde e doenças; II - apoiar e supervisionar os órgãos que as compõem no planejamento, execução e monitoramento das ações de promoção da saúde; III - desenvolver estratégias para o recebimento de informações sobre casos que caracterizam assédio moral no trabalho e para a adoção das providências cabíveis; IV - elaborar o perfil epidemiológico da saúde dos servidores, a partir de fontes de informação existentes, com o objetivo de orientar as ações de atenção à saúde do servidor, em especial a intervenção nos ambientes e processo de trabalho; e V - realizar o registro das informações relativas às ações e programas de promoção à saúde, ofertadas pela unidade, no sistema informatizado disponibilizado pelo órgão central do SIPEC. (BRASIL, 2013, p. 5).

Por sua vez, compete às equipes multiprofissionais vinculadas às Unidades de Referência:

I - planejar e executar ações voltadas para promoção da saúde, em especial para a melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, agravos à saúde e doenças relacionadas ao trabalho; II - sistematizar e analisar os dados gerados nas ações de promoção da saúde, notificando os agravos relacionados ao trabalho no sistema informatizado disponibilizado pelo órgão central do SIPEC; III - amparar os servidores e indicar-lhes ações de promoção da saúde, preservando o sigilo das informações individuais; IV - zelar pela integralidade das ações, pela humanização do trabalho em saúde, considerando a abordagem multiprofissional e interdisciplinar; e V - realizar o registro das informações relativas às ações e programas de promoção da saúde do servidor no sistema informatizado disponibilizado pelo órgão central. (BRASIL, 2013, p. 6).



O capítulo cinco trata do financiamento e diz que cabe aos órgãos e entidades ligadas ao SIPEC viabilizar os recursos necessários à promoção da saúde com recursos próprios ou mesmo recursos vindos do MPOG (BRASIL, 2010a).

O capítulo seis trata das disposições gerais e apresenta que as unidades, órgãos ou entidades integrantes do SIPEC devem...

[...] observar estas diretrizes, inclusive elaborando plano de ação para planejamento de execução das ações de promoção da saúde e ainda promover a qualificação dos técnicos das áreas de recursos humanos, de qualidade de vida, de saúde e de segurança do trabalho, objetivando instrumentalizá-los para o cumprimento dessas diretrizes. (BRASIL, 2013, p. 6).

Buscando o entendimento do texto das bases legais da PASS, especificamente no tocante à promoção da saúde do servidor público, não foi encontrado nenhum estudo analítico específico dessa política, provavelmente por ser uma legislação muito recente no país, inclusive com um dos seus principais documentos datados em 2013.

O servidor público tem uma legislação específica se comparado à maioria de trabalhadores brasileiros, cuja atenção à saúde é respaldada na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e pela PNSTT.

No entanto, conforme já trabalhado anteriormente, a PASS e, conseqüentemente, suas bases legais vieram preencher uma lacuna importante na história do servidor público federal, que até 2003 ficou desprovido da legislação da Saúde do Trabalhador.

É uma legislação específica do trabalhador estatutário e que alinhou a saúde, a saúde do trabalhador e a promoção da saúde do servidor público federal à legislação vigente no país.



Ao analisar a PNPS, a NOSS e a Portaria Normativa de 23 de maio de 2013, ou seja, das bases legais ligadas especificamente às questões da Promoção da Saúde dos trabalhadores brasileiros, tanto celetistas como estatutários, percebe-se que tais diretrizes estão muito alinhadas com relação aos conceitos e princípios e coadunam em seu enfoque com os princípios das Cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, com o SUS e com a PASS. Porém, a análise da Política Nacional da Promoção da Saúde evidencia que na parte operativa a ênfase da promoção da saúde foi vinculada ao estilo de vida ou mesmo à concepção comportamentalista de promoção da saúde conforme discutido anteriormente.

Estudos realizados por Ferreira Neto et al. (2013); Carvalho, Westphal e Lima (2007); Furtado e Szapiro (2016), Pinheiro (2015); Pinto (2008); Czeresnia (2009) apontam que a maioria das ações operativas da referida política enfatiza a orientação para a mudanças de comportamento e estilo de vida, numa clara responsabilização do indivíduo e numa busca de ações regulatórias e disciplinares.

Para Ferreira Neto et al. (2013, p. 2004), a análise do texto da PNPS evidencia a “falta de coesão entre a discussão conceitual desenvolvida, especialmente na Introdução e na seção Ações Específicas”.

Segundo os autores, o texto leva ao entendimento que a direção almejada com a PNPS é de não focar a mudança de estilos de vida, porém, na operacionalização, é priorizada a maior parte das ações nesta seara. “Das sete ações, apenas as duas últimas não têm por centro a mudança de hábitos de vida, de cunho mais preventivo do que promocional (FERREIRA NETO et al., 2013, p. 2004).

Esse antagonismo textual da política causou a demora da aprovação da mesma, que foi autorizada desde a Constituição Federal de 1988.



As discussões foram motivadas pela indução internacional, via financiamento de organismos multinacionais (OPAS, OMS e Banco Mundial), para a inserção das ações de promoção sobre mudanças de hábitos na agenda política brasileira, o que favorece a retirada das responsabilidades do Estado e esclarece os motivos para a resistência do movimento da reforma sanitária brasileira à proposta. Assim, a PNPS, por conta de muitos debates e resistência é somente aprovada em 2006.

[no] Brasil a promoção da saúde assumiu o estatuto de uma Política Nacional incorporando o discurso oficial da OMS, correspondendo, por fim, ao discurso neoliberal do Banco Mundial, exatamente no momento em que se buscava construir um Sistema Único institucionalmente capaz de atender às necessidades de universalização dos cuidados com a saúde (FURTADO; SZAPIRO, 2016, p. 288).

Autores como Carvalho, Westphal e Lima (2007) afirmam que, no Brasil, a promoção da saúde é tratada de forma incipiente, e mesmo equivocada, devido à disseminação social de muitas concepções de Promoção da Saúde. Acreditam que, para discutir a PNPS, seja crucial ter clareza sobre em qual referencial teórico o avaliador vai apoiar sua análise.

Estes autores comentam que as avaliações da PNPS “[...] estiveram sempre vinculadas a comportamentos e aos hábitos de vida dos sujeitos[...] (p. 17)” e que se faz necessário realizar estudos para avaliar a PNPS nas ações amplas referenciadas nos conceitos e princípios do SUS e das Cartas Internacionais de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, corresponsabilidade, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação, sustentabilidade, dentre outros. Os mesmos autores afirmam a necessidade de “formação de sujeitos autônomos capazes de promover mudanças no status quo, interferindo na determinação social do processo saúde-doença.” (p. 18).



Furtado e Szapiro (2016) consideram que o discurso da promoção da saúde no Brasil se sustenta em uma “[...]concepção de um indivíduo capaz de se autorregular, de ser gestor e responsável por sua própria saúde e riscos.” (p. 287), porém

O acesso a uma alimentação nutritiva e saudável, os espaços adequados para o lazer, ambientes propícios para a prática de esportes, informações básicas sobre o cuidado com a saúde, não dependem unicamente da mudança de hábitos individuais, mas de políticas públicas que sustentem uma concepção de sociedade, no caso brasileiro, ainda a construir (FURTADO; SZAPIRO, 2016, p. 16).

Assim, o movimento da promoção da saúde prescritiva quase unicamente nos estilos de vida dos sujeitos, segundo as autoras, é superficial nas questões complexas de saúde. A promoção da saúde não se limita às prescrições sobre hábitos de vida. A redução conceitual de promoção da saúde à definição de estilos de vida ou à abordagem comportamentalista fragiliza uma discussão sobre políticas de saúde voltadas para os cuidados integrais que leve em conta, principalmente, “[...] os determinantes subjetivos e socioambientais presentes no processo de adoecimento e para os quais é preciso que o sistema de saúde responda efetivamente” (FURTADO; SZAPIRO, 2016, p. 289).

Pinheiro (2014, p. 23) também comenta que, apesar da PNPS apresentar uma clara preocupação ética e política com as “[...] consequências das práticas de promoção da saúde, enfatiza a autonomia da participação social[...]” (p. 23) e destaca a contradição, também na operacionalização da política, cujo foco é no estilo de vida.

Para concluir, a autora refere que há muito que avançar na concepção de saúde e promoção da saúde nos âmbitos das políticas públicas, cuja direção é centrada no paradigma da patologia e do modelo epidemiológico de fatores de risco.



Da mesma forma, Pinto (2008, p. 7) faz suas considerações sobre a PNPS baseada na avaliação das “[...] várias correntes da Promoção da Saúde e as possíveis contradições entre os objetivos e as estratégias de consolidação[...]” e destaca que a política enfatiza a tradicional orientação para a modificação dos estilos de vida, ressaltando os aspectos individuais que são realizados de forma “vertical e autoritária”. Ao responsabilizar o sujeito pelas mudanças ao estilo de vida, a PNPS acaba contribuindo para “[...] despolitizar o conceito de saúde.” (p. 7). Avalia, também, que as estratégias para enfrentar as adversidades sociais, determinantes da saúde, são vagas e imprecisas e que tais “[...]propostas aparecem em contradição com as diretrizes do SUS, que enfatizam a importância da autonomia e participação popular na produção da saúde. (p. 07) ”.

Por sua vez, Czeresnia (2009, p. 55) reforça a necessária clareza dos valores contidos nos diversos projetos de promoção da saúde e afirma que a “[...] ideia genérica de promoção da saúde oculta tensões teóricas e filosóficas [...]” que acabam produzindo “[...] amplo espectro de estratégias, técnicas e políticas [...]” e estas incutem as várias formas de posturas que podem ser conservadoras ou mesmo radicais. A autora considera que grande parte dos projetos que são enquadrados como promoção acabam apontando “[...] exposições ocupacionais e ambientais na origem de doenças, assim como propõe o estímulo a mudanças de comportamentos [...]” (CZERESNIA, 2009, p. 53), tais como: incentivo de práticas esportivas; uso de cinto de segurança; controle ao abuso de álcool, fumo e drogas, alimentação saudável, etc.

Mediante as considerações apresentadas sobre as bases legais da PASS e da PNPS, é imperativo reconhecer, mais uma vez, que o dualismo de interpretações conceituais sobre promoção da saúde gerou um campo de saberes e práticas polarizadas que disputam legitimidade e interesses na busca ou manutenção do poder.



A similitude em ambas políticas demonstra bem isto, o que pode ser observado logo na parte introdutória destas, quando se reportam aos princípios do SUS e das Cartas Internacionais de Promoção da Saúde e expõem uma concepção de saúde e promoção da saúde que considera o “[...] papel dos determinantes gerais sobre as condições de saúde [...]” em que mediante a complexidade da saúde, as ações são voltadas não só para os sujeitos, mas, também, para o Estado e a sociedade de forma geral, de modo a valorizar as dimensões “participativa e emancipatória.” (PINHEIRO, 2015, p. 18).

Antagonicamente, quando tratam do contexto operativo das ações, ambas políticas enfocam as mudanças comportamentais dos indivíduos e de seus estilos de vida e responsabilizam o sujeito pelo seu próprio bem-estar nas ‘dimensões regulatórias e disciplinares’, demonstrando como é forte a abordagem de concepção comportamentalista da promoção da saúde nas políticas públicas brasileiras, o que muitas vezes contribui para diminuir a participação do Estado, como prevê a estratégia mundial do neoliberalismo (PINHEIRO, 2015, p. 18).

Na próxima seção há a descrição da organização das Unidades de Referência SIASS, fundamental para a compreensão da análise aqui empreendida.

3.3.3 As Unidades de Referência SIASS

A efetivação da PASS se dá por meio dos serviços, benefícios e programas ofertados nas Unidades de Referência do SIASS (BRASIL, 2010a; ARAUJO, 2014).



A implantação das Unidades de Referência do SIASS, conforme já citado, acontece por meio de assinatura de Acordos de Cooperação Técnica (ACT) entre os órgãos federais, com a finalidade de:

- I – potencializar o resultado das ações de saúde desenvolvidas pelos órgãos;
- II – propiciar aos partícipes o uso racional de materiais, equipamentos, força de trabalho, imóveis, instalações e contratos, dentro dos princípios da eficiência, eficácia e efetividade;
- III – otimizar recursos orçamentários. (BRASIL, 2013, p. 8- 9).

A escolha do órgão sede da Unidade de Referência, conforme já mencionado, segue os “[...] critérios de capacidade física e humana instalada, facilidade de acesso e apoio institucional ao projeto SIASS [...]” (BRASIL, 2010a, p. 11) e um processo de entendimento coletivo que não é claramente explicitado pelo MPOG.

Os estudos de Zanin et al. (2015, p. 90) alertam para a diversidade “[...] heterogênea de unidades, tanto do número de instituições federais participantes, como da natureza de cada uma delas e do número de servidores a serem atendidos” (p. 90).

Para esses autores, a implantação das referidas Unidades de Referência tem “[...] um viés meramente administrativo e economicista” (ZANIN et al., 2015, p. 92). Tal entendimento é consistente a medida em que os mecanismos de controle, criação e implantação da PASS ficaram sob responsabilidade do MPOG, sabiamente ligado a...

[...] questões de planejamento, orçamento e gestão, sem histórico de construção nas áreas de Saúde e Trabalho. Este é, por sinal, o mesmo Ministério responsável por implementar, dentro das carreiras do Serviço Público, mecanismos quantitativos de avaliação e remuneração por produtividade. (ZANIN et al., 2015, p. 94).



Ao subordinar as ações da PASS ao MPOG, fica evidente a diretiva de que as Unidades de Referência devem

[...] pautar suas ações visando a “reduzir o tempo de ausência do servidor do seu ambiente de trabalho” (BRASIL 2009b, Art. 4º, § 2º). O foco das ações propostas pelo MPOG está no retorno ao trabalho e não no bem-estar do trabalhador. Aqui se revela, sem nenhum disfarce, um retorno a uma concepção de Medicina do Trabalho produtivista própria do século XIX (ZANIN et al., 2015, p. 92).

Retornando aos ACP, estes serão validados a cada 24 meses e, desde 2012, “[...] a coordenação é realizada pelo Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor com participação do Ministério do Planejamento” (ARAUJO, 2014, p. 77).

O documento que estabeleceu a orientação básica aos órgãos e entidades do SIPEC sobre os procedimentos mínimos para a realização de ACT, visando a criação das Unidades de Referência, é a Portaria Normativa SRH nº 02 de 22 de março de 2010, conforme previsto no Art. 7 do Decreto 6.833, de 2009 que criou o SIASS. “A adesão não é em caráter obrigatório, porém se torna crescente à medida que os gestores dos diferentes órgãos assinam o termo de cooperação” (MACAGI, 2013, p. 105).

A organização de Unidades em diferentes órgãos federais, distribuídos em diversas cidades e apoiados por um sistema de informações tenderá a articulação de uma rede de Unidades e serviços de referência para o cumprimento da PASS (BRASIL, 2010a). Um importante instrumento criado para a efetivação da PASS é o Sistema SIAPE SAÚDE (<<https://www2.siapenet.gov/saude/portal/index.xhtml>>), que fornece acesso às informações de perícias em saúde, exames periódicos, promoção à saúde e segurança no trabalho, este último ainda em fase de desenvolvimento.



O Sistema SIAPE Saúde é o instrumento operativo das ações realizadas e é de acesso exclusivo para servidores habilitados, protegidos por normas de sigilo e segurança e foi “[...] liberado somente às Unidades de Referência do SIASS em funcionamento e aos órgãos que possuem o Acordo de Cooperação Técnica celebrado com alguma Unidade” (ARAUJO, 2014, p. 76). Os órgãos federais que não estão envolvidos em ACT não têm acesso ao link e devem prestar contas de forma manual, através de memorandos, ofícios e laudos entregues às Unidades de Recursos Humanos, que repassam as informações ao Sistema Integrado de Administração Pessoal (SIAPE) do Ministério do Planejamento.

O documento explicativo da política determina que apesar do ACT criar Unidades de Referência com atividades em saúde do trabalhador de forma centralizada, não desobriga os órgãos de realizar “[...] ações de promoção e qualidade de vida nos seus locais de trabalho”. Além disso, devem ser montadas nestes órgãos equipes locais, visando a promoção/prevenção, e comissões internas de saúde do servidor, que apoiadas pelas unidades SIASS, devem dar suporte à política na “[...] área de promoção da saúde, segurança e qualidade de vida e trabalho” (BRASIL, 2010a, p. 11).

Outro dado interessante visto por Araújo (2014) foi a predominância de Unidades de Referências sediadas em universidades federais, que são órgãos do Ministério da Educação e, também, no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Dados certamente explicados pela...

Existência de infraestrutura necessária, sobretudo em relação aos equipamentos de saúde, por parte das Universidades Federais que, por terem a oferta de cursos de Medicina, possuem Hospitais Escola [...]. Já para o INSS, a natureza próxima e a sua experiência junto aos trabalhadores do Regime Geral de Previdência Social, aliado à existência de uma rede ampliada de agências nos diversos municípios do país, podem ser os fatores que explicam a predominância das Unidades Sias, tendo como órgãos relacionados ao Instituto (ARAUJO, 2014, p. 99).



Araujo (2014) também fez um levantamento da quantidade de servidores federais por Estado, Unidades SIASS e média de servidores atendidos por cada Unidade de Referência. A Tabela 1 apresenta tais informações. A partir dos dados apresentados por Araujo (2014) é possível captar a magnitude do SIASS. O estudo de Araujo (2014) destaca que São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia apresentam a maior quantidade de servidores públicos e, contraditoriamente, representam a menor estrutura de implantação das Unidades SIASS.

Tabela 1-: Distribuição de Servidores atendidos por Unidades SIASS de acordo com Regiões e Estados, 2012.

| Regiões | Estados | Qtde. de Servidores | Qtde. de Unidades | Qtde. de Servidores/ Unidade SIASS |
|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|------------------------------------|
| Norte | Tocantins | 3998 | 01 | 3998 |
| | Acre | 3094 | 02 | 1547 |
| | Rondônia | 7718 | 01 | 7718 |
| | Amazonas | 9427 | 01 | 9427 |
| | Amapá | 8958 | 01 | 8958 |
| | Roraima | 8269 | 02 | 4134.5 |
| | Pará | 16009 | 04 | 4002.3 |
| Nordeste | Maranhão | 8982 | 02 | 4491 |
| | Piauí | 7377 | 03 | 2459 |
| | Ceará | 15522 | 02 | 7761 |
| | Rio Grande do Norte | 12262 | 01 | 12262 |
| | Paraíba | 14650 | 03 | 4883.3 |
| | Pernambuco | 20862 | 03 | 6954 |
| | Alagoas | 6955 | 03 | 2318.2 |
| | Sergipe | 5568 | 03 | 1856 |
| Centro-Oeste | Bahia | 20853 | 01 | 20853 |
| | Mato Grosso | 8904 | 02 | 4452 |
| | Mato Grosso do Sul | 9094 | 05 | 1818.8 |
| | Distrito Federal | 62634 | 07 | 8947.7 |
| Sudeste | Goiás | 11994 | 03 | 3998 |
| | Espírito Santo | 10023 | 01 | 10023 |
| | Minas Gerais | 48749 | 08 | 6093.6 |
| | Rio de Janeiro | 102645 | 02 | 51322.5 |
| Sul | São Paulo | 40291 | 02 | 20145.5 |
| | Paraná | 19365 | 03 | 6455 |
| | Santa Catarina | 15495 | 02 | 7747.5 |
| | Rio Grande do Sul | 30961 | 04 | 7740.3 |
| TOTAL | | 530659 | 72 | 7370.3 |

Fonte: Araujo (2014, p. 98) a partir de dados extraídos do Portal SIASS e do Boletim Estatísticos de Pessoal – MPOG-junho/ 2012.



O estudo de caso de Zanin (2015) detectou que, apesar da otimização de recursos humanos entre os órgãos partícipes, não foi realizado um dimensionamento de pessoal adequado previsto no ACT, causando, assim, a composição de equipas com número reduzido ou mesmo insuficiente de servidores para atender às demandas previstas no Acordo. Outro elemento citado nesta mesma pesquisa é que foram prometidos concursos para contratação de cerca de 1000 servidores para o SIASS em todo o país, entretanto, estes concursos foram cancelados e não há previsão de contratação de pessoal a médio prazo.

Pelas considerações tecidas até o momento, podemos considerar a afirmação de Zanin et al. (2015, p. 94), ao considerar que a criação das Unidades de Referências para “[...] implementação do SIASS tem claro viés de otimização de recursos como objetivo principal[...]”, visto que a experiência estudada pelos mesmos demonstra que o número de “[...]servidores é claramente insuficiente para o volume de trabalho que lhes é atribuído[...]”.

Araujo (2014) observou outras dificuldades pelos órgãos federais para implantação das ações da PASS e o atendimento das Unidades de Referência do SIASS: dificuldades geográficas e orçamentárias. As geográficas são causadas pela grandiosidade territorial do país e a pulverização de muitos servidores públicos federais cujas atividades laborais são descentralizadas pelo país e inclusive em muitos municípios “[...]que não possuem infraestrutura necessária para instalação de Unidade SIASS.” (ARAUJO, 2014, p. 77).

Em relação às dificuldades orçamentárias, relatou a “[...] inexistência de uma verba orçamentária para financiar o deslocamento dos servidores quando convocados para realizar algum procedimento nas Unidades [...]” (ARAUJO, 2014, p.77) e a unificação do valor destinado à contratação de exames complementares para realização dos exames periódicos, que sofre variações regionais de valores no mercado, que comprometem a qualidade da contratação por meio de licitação pública.



Outra característica das Unidades de Referência SIASS, citada nos estudos de Ferreira (2014, p. 67), é que o MPOG ao executar a PASS se responsabilizou de forma direta “[...] apenas pelo estabelecimento das diretrizes e não das ações executivas”, cabendo a cada Unidade de Referência executar a política a “[...] sua maneira, dentro da possibilidade, ou mesmo do que compreendia como prioridade a ser implementada”.

Esta mesma pesquisa aponta que em decorrência de cada Unidade de Referência ser estruturada de maneira individualizada e do trabalho acontecer de acordo com os recursos e equipes disponíveis “[...] a universalização e a integração prevista na política ficam bem prejudicadas” (FERREIRA, 2014, p. 69).

Além disso, o próprio Ministério do Planejamento listou no Relatório Final da Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Pública Federal de 2009 que, entre os desafios enfrentados pelas Unidades de Referência, estão as dificuldades de gestão causadas pela ausência de autonomia das mesmas, que geralmente são atreladas às diretorias de gestão de pessoas que os sediam, e estão sujeitos a mudanças locais constantes, ou seja, é uma Política de Estado subordinada a uma Política de gestão, que periodicamente sofre alterações.



4. PARTICIPANTES DO ESTUDO, PROTAGONISTAS DA PASS

*Onde quer que haja mulheres e homens,
há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar,
há sempre o que aprender.*
Paulo Freire

A análise empreendida neste estudo está assentada no modo como os servidores públicos federais de uma Unidade SIASS compreendem as práticas de promoção da saúde. Em decorrência, é fundamental ter clareza do perfil destes sujeitos, protagonistas da PASS.

Para a obtenção de dados, conforme descrito na Metodologia, foi elaborado um questionário estruturado composto de vinte seis questões distribuídas em seis domínios, a saber: Identificação; Formação; Atuação na Área de Promoção da Saúde; Educação Permanente; Percepção do Trabalho em Equipe; e Percepção dos Principais Desafios/Potencialidades enfrentados nos Programas de Promoção da Saúde. O questionário visou conhecer em profundidade os participantes deste estudo e mapear suas avaliações sobre os avanços e desafios da Unidade.

O universo pesquisado era composto por 111 servidores públicos federais, dos quais 71 servidores (63,96%) aceitaram participar do estudo. Um dos participantes não preencheu a maioria das questões e, por isso, seu questionário foi descartado. Outros 40 servidores (36,03%) não responderam ao instrumento, pois entraram nos critérios de exclusão, a saber: Afastamentos Diversos (5 servidores, 4,5%) sendo estes 1) Afastamento para Tratamento da Própria Saúde (3 servidores, 2,7%); 2) Licença Capacitação (1; 0,9%); 3) Licença Gestante (1; 0,9%); 4) Licença para Tratar Interesses Particulares (1, 0,9%); 5) Recusa pessoal em responder/Não adesão ao estudo (29, 26,12%).



A Tabela 2 sistematiza dos dados referentes à faixa etária dos servidores.

Tabela 2- Faixa Etária dos servidores públicos federais da Unidade SIASS participantes do estudo.

| Faixa Etária | n. | % |
|---------------------|-----------|------------|
| 50 a 59 anos | 31 | 44,3 |
| 30 a 39 anos | 17 | 24,3 |
| 40 a 49 anos | 12 | 17,1 |
| 60 e mais | 6 | 8,6 |
| 20 a 29 anos | 4 | 5,7 |
| Total | 70 | 100 |

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Observa-se uma diversidade de faixas etárias, com predomínio maior de servidores na faixa de 50 a 59 anos. Para Ladeira, Costa e Costa (2013), lidar com a diversidade de grupos de profissionais que se aglutinam num mesmo espaço organizacional é um desafio, pois o convívio das diferentes gerações no mesmo ambiente laboral, de um lado gera aspectos positivos por conta da diversidade, da integração e vivência de diversas perspectivas, porém costuma ser geradora também de conflitos, visto que cada geração tem características específicas.

A análise dos dados referente ao sexo dos participantes demonstrou predominância de participantes do sexo feminino (64%) em todas as faixas etárias, como pode ser observado na Tabela 3:

Tabela 3 - Distribuição dos servidores participantes do estudo de acordo com sexo e faixa etária

| Sexo | 60 e mais | 50 a 59 anos | 30 a 39 anos | 40 a 49 anos | 20 a 29 anos | Total | % |
|------------------|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|-------|
| Feminino | 4 | 21 | 10 | 10 | 0 | 45 | 64,28 |
| Masculino | 2 | 10 | 7 | 2 | 4 | 25 | 34,71 |
| Total | 6 | 31 | 17 | 12 | 4 | 70 | 100 |

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.



Medeiros et al. (2014) afirmam que a “mulher se insere cada vez mais no mercado de trabalho, porém este cenário ainda não demonstra igualdade entre os gêneros” (p. 6). Ao estudar gêneros, Barata (2009) também destaca que o aspecto mais relevante nas relações entre homens e mulheres é a assimetria de poder que se estabelece na maioria das sociedades e em todos os âmbitos sociais a favor do homem. A autora refere que os empregos femininos,

[...] além dos salários menores, geralmente são mais monótonos, com pequeno ou nenhum grau de autonomia na execução das tarefas, menores perspectivas de progressão, vínculos trabalhistas mais precários, movimentos repetitivos, contato com o público e outras características de desgaste psicológico e emocional. Eventualmente as trabalhadoras ainda estão sujeitas a assédio psicológico ou sexual, agravando as condições de precariedade e desgaste (BARATA, 2009, p. 84).

Essas proposições ganham força nos estudos de Medeiros et al. (2014), que salientam que há uma comprovação de que, apesar das mulheres serem inseridas formalmente nas organizações, as mesmas não vêm tendo muito destaque em cargos estratégicos. Os autores questionam se essa falta de equidade entre os sexos acontece por conta das escolhas das empresas ou se é por escolha das próprias mulheres, que ainda assumem grandes responsabilidades familiares.

Fernandes (2013), em estudo sobre o impacto do trabalho formal remunerado feminino, verificou que a jornada doméstica é fator contributivo para prejudicar a saúde dessas mulheres. Apesar do trabalho formal fora de casa, as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelos serviços domésticos, o que gera dupla jornada, sobrecarga e precarização. A diversidade de idades dos servidores evidencia a existência de diversas gerações convivendo em um mesmo ambiente. Como já mencionado, a convivência de trabalhadores com grandes variações de faixa etária pode ser causa de riqueza de experiências e, também, causa de muito desequilíbrio e conflito. Predominam servidores na faixa etária de 50 a 59 anos (44,28%).



A segunda maior concentração de pessoas se encontra na faixa etária de 30 a 39 anos (24,28%). A faixa entre 40 e 49 anos possui a terceira maior concentração de servidores deste estudo (17,14%), seguida pela faixa etária de 60 ou mais (8,57%). O menor grupo é o da faixa etária de 20 a 29 anos (5,71%).

Nos dados obtidos com relação a etnia, 52 servidores (74,28%) se autodeclararam 'Branços', 13 como 'Pardos' (18,57%), 3 como 'Negros' (4,28%), 1 como 'Amarelo' (1,42%) e 1 servidor (1,42%) não se identificou. Para Medeiros et al. (2014), a diversidade racial causada pelas diferenças de raça tem diminuído no decorrer dos tempos, inclusive pelas leis que defendem o direito de igualdade entre as raças no âmbito do trabalho, o que ainda não se consolidou no cenário estudado em que prevalecem brancos.

Estanislau, Gomor e Naime (2015) chamam a atenção para a pouca representatividade da população negra no serviço público, principalmente porque a seleção via concurso é regida pelos critérios objetivos de avaliação e impessoalidade. Segundo estes autores, essa inequidade no acesso a serviços pela população negra, é produzida por diversos fatores, sendo um deles a educação considerada insuficiente ofertada a essa população, o que pode ser explicado pelas diferentes condições de concorrência entre os candidatos e, também, a posição que ocupam no serviço público, pois, geralmente, negros e negras estão mais representados em carreiras com menor status e remuneração.

Assim, os mesmos autores denunciam que, apesar de negros e pardos somarem mais da metade da população brasileira, majoritariamente são brancos que, historicamente, têm acesso às carreiras no serviço público e o que tem ocorrido com isso é

Uma forma de "aparelhamento branco" via concursos públicos, que a partir de mecanismos impessoais e da universalidade de acesso coloca a falácia do mérito como o melhor método para preencher as vagas do setor público (ESTANISLAU; GOMOR; NAIME, 2015, p. 18).



Quanto à religião, 56 participantes (80%) referiram pertencer a alguma das religiões cristãs mais comuns no Brasil, a saber: Católica, Espírita e Evangélica/Protestantes. Enquanto 8 dos participantes (11%) se declaram sem religião e 6 participantes (9%) não a informaram.

A discussão apresentada por Silva (2008) sobre religiosidade e espiritualidade no contexto de trabalho demonstrou que a valorização e aplicação das mesmas, podem trazer benefícios para empresas e, principalmente, para trabalhadores. Essas considerações advêm do “fato de que tanto a religião como a espiritualidade podem ser importantes para a satisfação e o bem-estar psicológico” (SILVA, 2008, p. 777). Para esse mesmo autor, a religião é promotora de valores como:

Solidariedade, compaixão, caridade e perdão, pode contribuir para trazer maior significado, maior coesão social e apoio mútuo para a atividade do trabalhador, o que pode melhorar, por exemplo, a comunicação, o comprometimento, o trabalho em equipe e a motivação entre os trabalhadores, entre outras possibilidades (SILVA, 2008, p.777).

Este mesmo autor adverte que a validação positiva do paradigma religioso nas organizações com relação a aspectos éticos/morais da religiosidade e da espiritualidade, deve ganhar atenção para não se converter em instrumento de dominação e manipulação da gestão, ou mesmo disfarce para encobrir a “precariedade do mercado de trabalho (instabilidade, desregulamentação, desemprego, terceirização, rebaixamento salarial, entre outros)” (SILVA, 2008, p. 777). Silva (2008) conclui que a religião e a espiritualidade não devam ser utilizadas como uma “anestesia” frente a precariedade do trabalho, mas sim um instrumento muito positivo de:

Melhoria das condições, do conteúdo, do sentido do trabalho e um incentivo ao desenvolvimento pessoal, pelo gerenciamento baseado em uma atitude de maior discernimento, aceitação, escuta, flexibilidade e reflexão. (SILVA, 2008, p. 777).



Quanto ao estado civil, 46 participantes (65,71%) declararam estar em união estável, 13 solteiros (18,57%), 10 separados/divorciado (14,28%) e 1 viúvo (1,42%). A maioria dos participantes deste estudo se encontra em união estável (65,71%) e a somatória dos estados civis singulares chega a (34,27%). Os números desta pesquisa superam em 10% os números do estudo de Nascimento (2006), que diz que neste milênio a família brasileira se apresenta num novo modelo e com cara nova e que embora o:

[...] arranjo familiar composto de casal com filho, com ou sem parentes, seja, ainda, a maioria do total de arranjos (61,0% em 1991 para 55,7% em 2000), em muitos lares não existe mais o modelo clássico, com pai, mãe e filhos do mesmo casamento, o que é demonstrado pelo grande aumento de casais que vivem em união consensual (18,3% em 1991 para 28,3% em 2000); pelo número crescente de pais e mães sozinhos que criam os filhos (16,8% em 1991 para 19,4% em 2000); e pelo crescimento do número de separações judiciais e divórcio que entre 1993 e 2003 aumentaram 17,8% e 44%, respectivamente. São estatísticas que confirmam, na prática, a mudança no conceito de família. Embora o modelo nuclear ainda seja maioria, cresce a incidência de novos arranjos (NASCIMENTO, 2006, p. 20-1).

O segundo domínio do questionário trata da formação dos participantes. A distribuição dos níveis de escolaridade apresenta a seguinte configuração: 41 participantes (59%) possuem especialização, 13 profissionais (19%) são mestres, 9 (13%) com Ensino Superior Completo, 3 profissionais (4%) com Ensino Superior Incompleto, 3 com Ensino (4%) Médio Completo e 1 profissional (1%) com Ensino Médio Incompleto. A elevada escolaridade dos servidores se destaca como uma característica deste grupo, sendo que 91% dos participantes possui formação superior completa e pós-graduação e 4% em processo dessa formação.

Silveira e Grisotti (2011) descrevem que, em decorrência da conjuntura adversa e de precarização no mercado de trabalho, a cada ano a procura por emprego público é maior e mais difícil, devido ao aumento expressivo do número de candidatos que almejam empregos com estabilidade e por conta também dos critérios de seleção cada vez mais complexos.



Assim ocorre o ingresso de profissionais com alto nível de qualificação para desempenhar funções administrativas. As autoras alertam para a frustração profissional dos ingressantes ao serviço público, que não escolhem a área de atuação e os mesmos são alocados nas unidades, preferencialmente, para atender necessidades pontuais do serviço, sem levar em conta sua especialização ou desejo. Assim,

O trabalho no setor público pode parecer conferir identidade social, motivo para o ingresso e a permanência do servidor, mas não traz benefícios como realização pessoal e melhoria da qualidade de vida. Garante ao indivíduo sua sobrevivência, mas não seu crescimento profissional (SILVEIRA; GRISOTTI, 2011, p. 26).

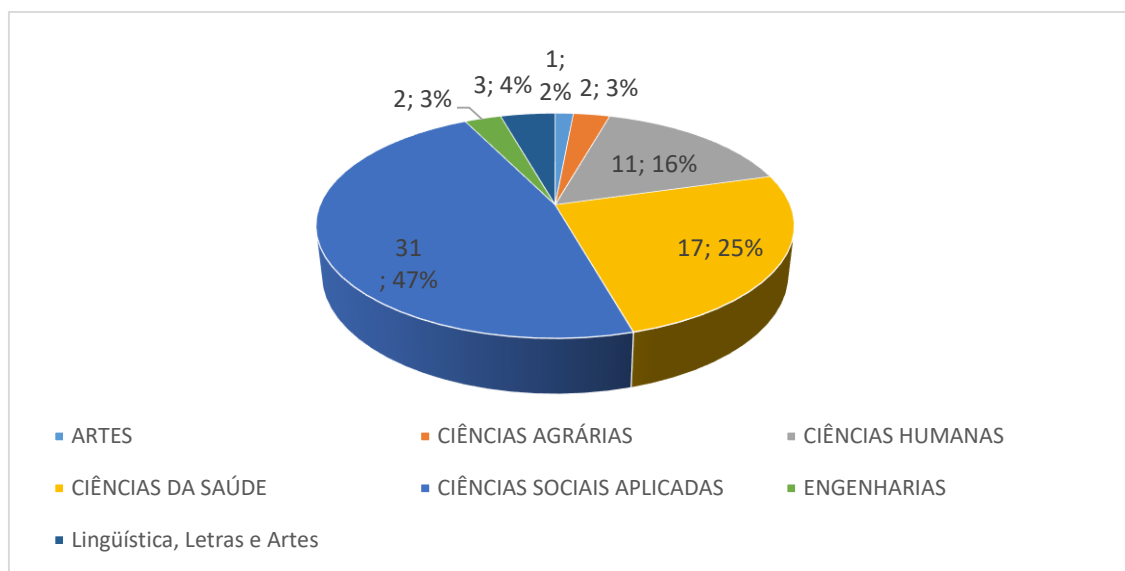
Além disso, está disposto na legislação do serviço público federal (RJU) a progressão na carreira pela capacitação, que corresponde a mudança de nível de capacitação decorrente da obtenção pelo servidor de certificação em Programa de Capacitação, compatível com o cargo ocupado, com o ambiente organizacional e com a carga horária mínima exigida, e que representa aumento real de salário, o que certamente incentiva os servidores a buscarem formação acima da que o cargo exige (BRASIL, 1990b).

Diante de um cenário de alta capacitação e da análise das várias faixas etárias partilhando o mesmo espaço laboral já discutidas, pode-se inferir a ocorrência de eventuais conflitos e choque entre gerações, inclusive em virtude de alguns servidores alocados em cargos de gestão, possuírem um nível de escolaridade inferior aos seus subordinados, apesar de contarem com maior experiência e conhecimentos práticos relativos à cultura e aos processos organizacionais.

Dentre os participantes do estudo, há participantes no nível médio com predomínio de Técnico em Enfermagem, num total de 3 participantes (4,28%); Técnico em Segurança do Trabalho com 2 participantes (2,85%); e os cursos técnicos em Secretariado, Recursos Humanos, Informática e Magistério com 1 participante (1,42%) em cada modalidade citada. O Gráfico 1 consolida as informações referentes aos cursos de graduação dos participantes do estudo segundo as áreas do conhecimento do CNPq.

Importante destacar que, dentre os participantes no estudo, há três servidores com duas graduações e ambas formações foram contabilizadas. O Gráfico 1 apresenta a graduação dos servidores participantes do estudo segundo as áreas de conhecimento do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq). A área de Ciências Sociais alberga 31 participantes (47%) com os seguintes cursos: Administração (2), Ciências Contábeis (3), Comunicação Social (2), Direito (5), Gestão de Pessoas (1), Pedagogia (4), Serviço Social (9), Tecnologia em gestão de Recursos Humanos (1), Tecnologia em Gestão Pública (3) e Tecnologia em Secretariado (1).

Gráfico 1 - Graduação dos participantes segundo área do conhecimento do CNPq



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

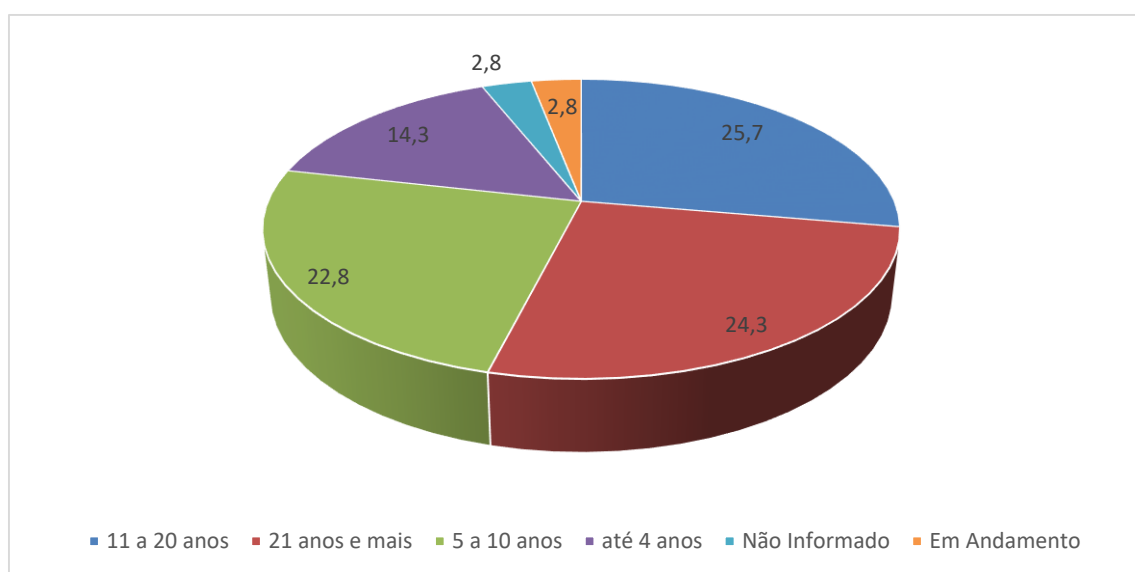


Há 17 servidores graduados (25%) nas Ciências da Saúde, a segunda maior área contemplada, com Educação Física (1), Enfermagem (3), Gestão Hospitalar (1), Medicina (10), Nutrição (1) e Odontologia (1). Nas Ciências Humanas, há 11 profissionais (16%) graduados: História (1) e Psicologia (10). Linguística, Letras e Artes alberga 3 servidores (4%), todos com o curso de Letras

As Ciências Agrárias são representadas por 2 servidores (3%) com cursos de Agronomia (1) e Engenharia Agrícola (1). As Engenharias atingem 2 formações (3%) nos cursos de Engenharia Geológica (1) e Engenharia Civil (1). Há um servidor com formação em Artes (2%), no curso de música. Um dos participantes (2%) não informou o curso superior realizado e outros 3 participantes (4%) estão com os cursos superiores em andamento.

Quanto ao tempo de conclusão de ensino superior, 18 participantes (25,71%) concluíram seus cursos há 11- 20 anos; 17 participantes (24,28) possuem mais de 21 anos de formados; 16 (22,85%) entre 5 a 10 anos; 10 participantes (14,28%) até 4 anos de formados; 2 participantes (2,85%) não informaram e 3 participantes (4,28) encontram-se em processo de formação (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Tempo de conclusão do Ensino Superior



Fonte: Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.



Com relação à pós-graduação *lato sensu*, como dito anteriormente, 41 dos participantes (59%) informaram ter alguma especialização e há aqueles com mais de um curso de especialização.

As especializações indicadas pelos servidores foram: Psicologia Clínica (1=1,42%), Atendimento Sistêmico e Família (1=1,42%), Gestão Pública (1=1,42%), Supervisão Escolar (2= 2,85%), Saúde Coletiva (1= 1,42%), Psicologia Empresarial (2=2,85%), Segurança no Trabalho (1=1,42%), Engenharia e Segurança no Trabalho (1=2,85), Engenharia do Trabalho e Gestão de Pessoas (1=1,42%), MBA Contabilidade e Gestão Tributária (1=1,42%), Nutrição Esportiva (1=1,42%), Administração em RH/Psicodrama Triádico (1=1,42%), Psiquiatria/Psiquiatria Forense (1=1,42%), Famílias (1=1,42%), Psicologia Clínica e Instrumental (1=1,42%), Clínica Médica e Medicina do Trabalho (1=1,42%), Ginecologia e Obstetrícia/Medicina do Trabalho (1=1,42%), Diagnóstico e Gerenciamento de RH (1=1,42%), Medicina do Trabalho (1=1,42%), Administração Pública (1=1,42%), Ciências da Religião (1=1,42%), MBA em Gestão de Recursos Humanos (1=1,42), Auditoria/Saúde da Família (1=1,42%), Clínica médica/ Medicina do Trabalho/Perícia (1=1,42%), Educação Ambiental (1=1,42), Psicologia Jurídica (1=1,42%), Direito Público (1=1,42%), Trabalho Social com Famílias (1=1,42%), Administração em Marketing (1=1,42%), Saúde Pública/UTI Geral (1=1,42%), Medicina de Trabalho e Perícia Médica (1=1,42%), Psiquiatria (1, 42%), Saúde Pública (1=1,42%), Saúde Pública/Saúde do Trabalhador (1=1,42%), Gastro/Clínica Médica (1=1,42%).

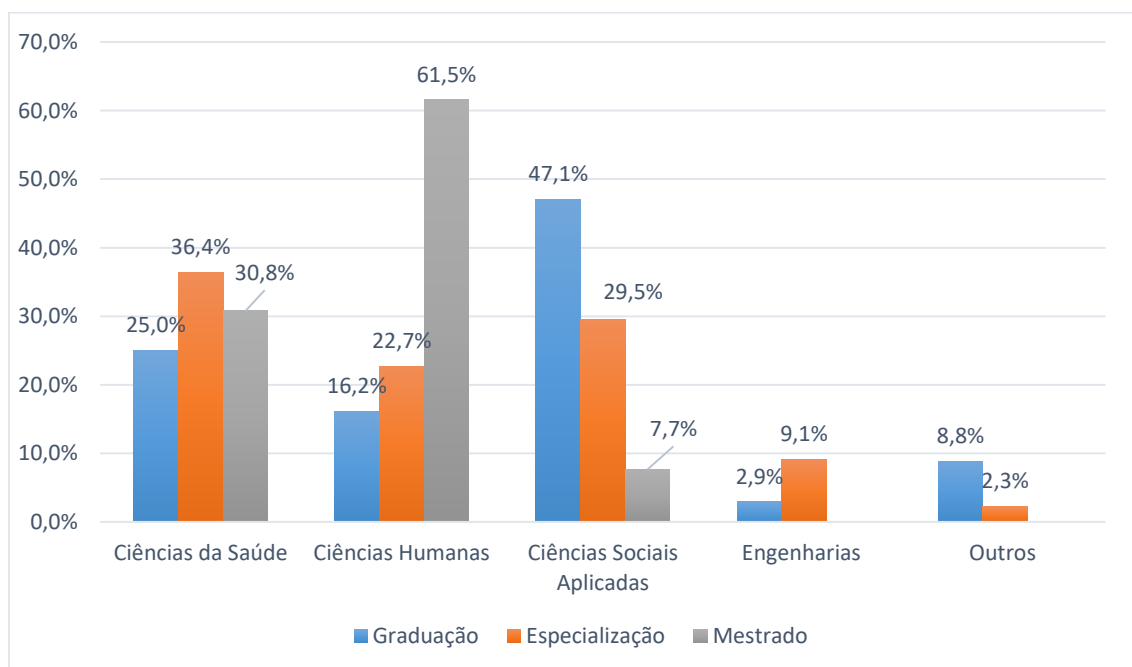
Quanto às áreas do conhecimento, segundo a classificação do CNPq nas quais os participantes realizaram mestrado, As Ciências Humanas abrangem 11,42% com as seguintes formações: Educação (2), Psicologia Clínica (1), Psicologia (2), Geografia (1), Psicologia da Intersubjetividade (1) e Linguagem e Psicanálise (1).

Nas Ciências da Saúde, há 5,71% dos titulados nas seguintes áreas: Ciências da Saúde (2), Medicina Molecular (1) e Clínica Médica (1). Por sua vez, há apenas 1,42% nas Ciências Humanas, especificamente na Linguagem e Psicanálise (1).

Encontra-se em formação, nível mestrado, 8 participantes da pesquisa (11,42%), sendo 4 (5,71%) na área de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental, 1 (1,42%) na área de Administração, 2 (2,85%) na Educação e 1 (1,42%) nas Ciências da Saúde. Dois (2,85%) participantes cursam doutorado, ambos na área da psicologia.

O Gráfico 3 consolida os dados sobre a formação dos servidores da Unidade SIASS em graduação e pós-graduação, segundo área de conhecimento do CNPq.

Gráfico 3 - Formação dos servidores da Unidade SIASS em graduação e pós-graduação segundo área de conhecimento do CNPq



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.



Os servidores graduados em: Ciências da Saúde correspondem a 17 participantes (25%), em Ciências Humanas 11 participantes (16,2%), em Ciências Sociais Aplicadas 32 participantes (47,1%), Engenharias 2 participantes (2,9%), Artes com 1 participante (1,5%), Ciências Agrárias com 2 participantes (2,9%), Linguística, Letras e Artes com 3 participantes (4,4%), num total de 68 participantes. Os especialistas em: Ciências da Saúde correspondem a 16 participantes (36,4%), em Ciências Humanas 10 participantes (22,7%), em Ciências Sociais Aplicadas 13 participantes (29,5%), Engenharias 4 participantes (9,1%), Ciências da Religião com 1 participante (2,3%), num total de 44. Os treze mestres estão assim distribuídos: Ciências da Saúde corresponde a 4 participantes (30,8%), Ciências Humanas possui 8 participantes (61,5%), Ciências Sociais Aplicadas tem 1 participante (7,7%).

A diversidade de formação observada no grupo pesquisado está alinhada com as grandes mudanças no mundo do trabalho na atualidade que, para Antunes (2009), tem reflexos na subjetividade e nos valores cultivados pelos trabalhadores que para se manterem empregados precisam manter um perfil de massa produtiva, qualificada, participativa e polivalentes. Tal busca por formação pelo servidor se dá de modo isolado e, no caso da Unidade SIASS, não acontece como parte de uma política de qualificação para os servidores. Relembrando também, que no serviço público, a capacitação faz parte de um plano de carreira que é revertido em incentivo financeiro salarial (BRASIL, 1990).

A inserção dos servidores participantes do estudo na Unidade SIASS foi verificada quanto à função desempenhada e carga horária de trabalho. Quanto às funções, os participantes são distribuídos: 15 Assistentes em Administração (21,4%), 10 Médicos (14,3%), 9 Psicólogos (12,9%), 6 Assistentes Sociais (8,6%), 6 Auxiliares Administrativos (8,6%), 4 Técnicos em Segurança do Trabalho (5,7%), 3 Engenheiros de Segurança no Trabalho (4,3%), 3 Auxiliares de Enfermagem, 2 Técnicos em Enfermagem (2,9%), 2 Enfermeiros (2,9%) e 10 outros (14,3%).



Entende-se por Outros: Operador de Máquinas (1), Técnico em Laboratório (1), Técnico Desportivo (1), Administrador (1), Técnico em Secretariado (1), Porteiro (1), auxiliar de creche (1), Nutricionista (1), Dentista (1) e Copeiro (1).

A diversidade profissional encontrada no grupo pesquisado é uma estratégia da PASS, pois as Unidades de Referência são “estruturadas para contar com equipes multiprofissionais que desenvolvem ações abrangentes e integradas” (BRASIL, 2010a, p. 11).

Com relação ao tempo de atuação profissional na Área da Saúde temos: 16 participantes (22,85%) com até 4 anos de atuação, 11 participantes (15,71%) de 5 a 10 anos de atuação, 11 participantes (15,71%) de 11 a 20 anos de atuação, 25 participantes (35,71%) com mais de 21 anos de atuação e 7 participantes (10%) referiram mais de 5 anos de atuação sem detalhar quanto tempo.

O destaque em relação ao tempo de atuação/formação, é que a faixa etária com maior número de participantes (35,71%) tem mais de 21 anos de atuação e formação na área da saúde, seguida pelos participantes (15,75%) que têm de 10 a 20 anos de atuação e ambos correspondem a 51,46% dos servidores desta Unidade de Referência. Conforme visto no item anterior, tanto a saúde do trabalhador federal e a promoção da saúde do servidor são temas novos e inseridos no serviço público com a construção da PASS que efetivamente inicia em 2007 e é implantada em 2009 com a criação do SIASS. Assim, estes temas aparentemente novos no serviço público estão vinculados à nova saúde pública. Um dos questionamentos do estudo é compreender que desdobramentos esses novos saberes e práticas trouxeram a esses servidores.

Os estudos de Ferreira (2014, p. 69) revelam que entre as principais dificuldades dos servidores com relação a nova política, destaca-se a falta de conhecimento dos servidores, de modo geral do que seja o SIASS.



Sem conhecerem os objetivos das Unidades, esses servidores não compreendem a complexidade da PASS e nem cobram dos órgãos a execução das ações preconizadas.

Sobre a questão da parca e contraditória formação dos servidores das Unidades de Referência sobre a PASS e seus novos temas, Pinheiro (2015, p. 118) acredita que “as equipes de saúde [da Unidades de Referência] carecem de espaços de processos formativos e capacitação continuada para o desenvolvimento de competências para atuação em promoção de saúde e saúde do trabalhador”.

Outro autor que pondera sobre os saberes e práticas dos profissionais que atuam na implantação e manutenção da PASS, dentro das Unidades de Referência é Araujo (2014, p. 106) que relembra que houve por parte do MPOG:

A ausência do acompanhamento de infraestrutura material, de contingente de trabalhadores capacitados para a nova proposta, e ainda, de dotação orçamentária aos órgãos, gerou uma política de alteração legal e pouco efeito prático na melhoria das condições de Trabalho dos funcionários públicos e de atendimento às suas demandas de saúde, de natureza ocupacional (PINHEIRO, 2014, p. 106).

Em relação ao tempo de atuação na Unidade de Referência SIASS temos: 28 participantes (40,0%) com atuação de até 4 anos, 17 participantes (24,28%) de 5 a 10 anos, 11 participantes (15,71%) de 11 a 20 anos, 8 participantes (11,42%) acima de 21 anos e 6 participantes (8,57%) referiram mais de 5 anos de atuação sem detalhamento.

O fato de 40% de servidores serem lotados nos últimos 4 anos nesta Unidade de Referência e 24, 28% dos servidores lotados nos últimos 10 anos e ambos corresponderem a 64,28% dos participantes do estudo, demonstram os impactos do período de implantação da PASS e a renovação de mais de 60% servidores lotados nesta Unidade.



Isso provavelmente deve-se a alguns fatores, a saber: o primeiro ao desdobramento da política e um certo investimento do governo federal na implantação da Unidade SIASS, que no acordo de cooperação técnica entre os órgãos foi “[...] exigido a otimização de recursos humanos, físicos e matérias, existentes e dispersos entre os diversos órgãos da Administração Pública” (BRASIL, 2010a, p. 11).

Outro fato político importante que ocorreu no período de implantação da PASS/SIASS e nos anos subsequentes foi a ajuda financeira do Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras (REUNI) na instituição federal estudada, cuja meta era dobrar o número de alunos nos cursos de graduação em dez anos, a partir de 2008. Com isso, a IFE experimentou uma fase de grande crescimento e, que para atender a estas novas demandas, admitiu novos professores, novos técnicos administrativos e construiu novos prédios (BRASIL, 2007).

Fato também observado, o rodizio e migração de servidores de outros setores que, por questões diversas de organização do serviço, principalmente por agravamento de saúde de alguns e dificuldades em realizar alguma atividade laboral, foram acolhidos na Unidade de Referência estudada.

Além disso, esta instituição possui mais de quatro décadas e muitos servidores que compunham o quadro funcional mais antigo dessa diretoria atingiram o tempo necessário para se aposentar e suas vagas foram preenchidas, via concursos públicos ou transferências, para atender as demandas.

Ao indagar aos participantes sobre experiências anteriores na área de Promoção da Saúde vimos que: 47 profissionais (67,14%) referiram não ter experiência e 23 profissionais (32,85%) assinalaram experiência anterior ao ingresso na Unidade. Destes, 2 participantes (2,85%) tiveram experiências em instituições filantrópicas, 15 (21,42%) em instituições estatais, 5 (7,14%) em instituição privada e 1 participante (1,42%) não indicou tipo de instituição.



Quanto à experiência profissional na área da Promoção da Saúde, a maioria dos participantes (67,14%) referiu não ter experiência anterior ao ingresso na Unidade de Referência. Santos; Lacaz (2013, p. 90) afirmam que, apesar da Saúde do Trabalhador ser a bandeira atual das políticas públicas brasileiras, há uma:

A persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas; há insuficiência ou inexistência quantitativa e qualitativa de ações de promoção e proteção da saúde; [...] há carência e o despreparo dos recursos humanos para a abordagem das questões de saúde dos trabalhadores; informações insuficientes, inacessíveis ou pouco ágeis; e as dificuldades para implementação de uma real e efetiva participação dos trabalhadores. (SANTOS; LACAZ, 2013, p. 90).

Em relação à carga horária semanal dos servidores na Unidade de Referência, 65 participantes (92,9%) trabalham 40 horas semanais, 1 participante (1,4 2%) trabalha 30 horas e 4 participantes (5,7%) trabalham 20 horas semanais.

Outra variável analisada trata-se da existência de um segundo vínculo empregatício, em que a maioria (58; 82,85%) dos participantes referiram ter apenas um vínculo empregatício, 10 participantes (14,28%) assinalaram ter vínculo em outra instituição e 2 participantes (2,85%) não informaram.

Segundo o RJU, em seu art. 19 da Lei 8.112/1990, a jornada para o servidor público é de máximo 40 horas, com possibilidade de duas horas de trabalho extra/dia. Diante dos dados percebe-se que a maioria dos participantes declara ter apenas um vínculo empregatício, revelando uma realidade bem diferente da maioria dos trabalhadores da saúde na contemporaneidade, que acabam assumindo vários vínculos por conta das grandes demandas da área e, também, na busca por aumento de renda devido aos baixos salários ofertados. Para Fernandes et al. (2013), a jornada aumentada de trabalho é evidente nas últimas décadas e afeta agudamente todas as relações de vida, entre elas as questões afetivas, sociais e inclusive a própria saúde do trabalhador.



A realidade apresentada é aparentemente bem positiva tanto para o setor como para a saúde desses trabalhadores.

Com relação à participação em reuniões de planejamento de setor, 40 servidores referiram não participar (57,2%). Dentre aqueles que participam, 12 servidores (17,14%) o fazem eventualmente, 9 servidores (12,85) semanalmente, 8 servidores (11,42%) quinzenalmente e 1 servidor (1,42%) participa mensalmente.

Percebeu-se que na Unidade SIASS ocorrem reuniões semanais, porém a maioria dos servidores (57,2%) não participa das mesmas. Assim, entende-se que as decisões e avaliações envolvem parte dos servidores, provavelmente chefias ou representantes dos diversos setores. Para Vasconcelos e Machado (2013, p. 38-39), o desafio de se refletir sobre a formulação de política em saúde do trabalhador é que, além do grande equívoco “[...]da prevalência de visões técnico e medicocêntricas na tomada de decisões, existe uma resistência corporativista e institucional ao ingresso do trabalhador como sujeito da construção do campo”.

Nos próximos itens, a atenção foi centrada na análise das concepções dos gestores e servidores responsáveis pelos programas, projetos e ações desenvolvidos na Unidade de Referência SIASS, no sentido de avaliar o modo como estes saberes refletem em seus fazeres no campo da saúde do trabalhador.



5. SABERES DOS SERVIDORES DA UNIDADE SIASS

*Não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes.
Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós
sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma
coisa. Por isso aprendemos sempre.*

Paulo Freire

Neste item será apresentada e analisada a compreensão dos entrevistados, sejam eles gestores e trabalhadores que atuam em ações, projetos, programas e setores da UR-SIASS, sobre os conceitos de saúde, saúde do trabalhador, PASS e SIASS.

Os conceitos são estruturantes das políticas públicas, no sentido de direcionar as condutas dos atores envolvidos tanto na sua criação, implantação e manutenção de suas práticas. A análise do marco teórico que fundamenta a prática pressupõe um exercício essencial de desvelar os princípios sustentadores destes conceitos e, principalmente, conhecer em qual direção social aponta tais compreensões, que pode ser de transformação social, numa perspectiva de inovação ou mesmo de efetivação de direitos, como também representar uma lógica de manutenção de ordem conservadora, ou mesmo retrógrada, que reforça modelos de dominação, de negligência e mesmo de desamparo (BATISTELLA, 2007).

5.1. Concepções de Saúde

Ao entender as concepções de saúde dos participantes deste estudo, objetiva-se sistematizar o conhecimento do grupo à luz de contribuições já existentes nos referenciais teóricos, de modo a problematizar as ações desenvolvidas no contexto da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), implantada pela Unidade de Referência SIASS.



A saúde, segundo Batistella (2007, p. 82),

[...] é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade.

Desta forma, segundo este mesmo autor, o conceito de saúde é algo 'impreciso, dinâmico e abrangente', porém não impede que seja o eixo estruturante das práticas de saúde. Neste sentido, há uma inquietação de conhecer as compreensões dos participantes do estudo afim de entender como estas influenciam suas práticas. Para tanto, uma das questões do roteiro de entrevista foi 'Como a saúde é compreendida pelos diversos projetos e programas da unidade'?

Ao analisar as respostas foi possível captar diferentes perspectivas dos profissionais sobre saúde, sistematizadas na categoria analítica 'Concepções de Saúde' que comporta diferentes unidades de sentido: dimensões do homem e da saúde; prevenção e qualidade de vida.

Os servidores entrevistados demonstraram uma diversidade conceitual sobre o tema saúde, sendo que a maioria dos participantes refere-se à saúde como algo ligado a aspectos/dimensões do homem, preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (espiritual, ambiental, psíquico, mental, social, afetivo, etc.) e, também, trazem descrição de dimensões da saúde (para além da questão física) numa visão mais ampliada; alguns entrevistados enfatizaram a prevenção no sentido de evitar adoecimento, faltas, afastamentos, numa visão mais preventivistas/produtivista; outros sujeitos entendem como qualidade de vida, ou seja, foco no modo como o indivíduo pode produzir e sentir bem estar. Houve também entrevistados que não conceituaram e/ou utilizaram a questão para fazer algum comentário ou crítica aos serviços prestados, temas tratados em outro momento da dissertação.



Passemos a explorar cada um dos sentidos apresentados pelos participantes do estudo. Como o estudo é sobre saberes e práticas profissionais, ao longo do texto, são apresentadas falas dos participantes como exemplos que ilustram de forma fidedigna a riqueza dessas compreensões.

A prevenção foi relatada por alguns dos participantes. Para esses profissionais, o conceito de saúde presente nos programas da unidade SIASS está relacionado estritamente aos esforços para evitar o adoecimento, prevenindo os servidores da ação de agentes ambientais adoecedores e, assim, reduzindo afastamentos. Essa percepção pode ser observada nas falas a seguir:

[...] a gente entende que cuidar da saúde é evitar afastamento, evitar adoecimento, evitar fadiga. Então, ela é essencial, ela tem que ser levada com extrema importância pelo servidor e pela diretoria. (Isabela)

[para os programas nos quais atuo... a saúde] se restringe aos agentes ambientais de ordem físicos, químicos e biológicos e claro que alguns aspectos estruturais que a gente pode verificar nos ambientes, mas o restante dessas considerações a nossa equipe não é capacitada ou não foi treinada para exercer essas atividades. (Felipe)

[saúde] eu acho ela bem ampla [...] você tem que fazer tudo para evitar um adoecimento e não tratar só quando o paciente está adoecido. (Enzo)

Para Arouca (1975), a abordagem da saúde no âmbito preventivo representa um avanço em relação às práticas curativistas, sendo um movimento iniciado principalmente na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá entre as décadas de 1920 a 1950. O movimento da medicina curativa se baseava na então influente bacteriologia e no desenvolvimento da medicina que cada vez mais privilegiava as intervenções específicas, de cunho predominantemente individualizado, biológico, hospitalocêntrico, com progressiva especialização médica e incorporação maciça da tecnologia.



Segundo os autores, as críticas ao modelo curativista que levaram à construção do movimento preventivista eram diversas, partindo da ineficiência da prática médica centralizada na cura e no abandono das práticas de prevenção, que levava ao alto custo do tratamento; à especialização crescente, reduzindo o homem a órgãos e perdendo a noção do todo e, conseqüentemente, aumentando a prática instrumental e perdendo a dimensão humana; o enfoque unicamente biológico, que opunha-se às outras dimensões do homem, ligadas não só a biologia, mas também às Ciências Sociais e à Psicologia. Outra crítica é com relação à medicina curativa, puramente individualista, desvinculada dos problemas de saúde das populações. Somava-se a isso o ideário da educação médica curativista, que privilegiava o tratamento individual, com alto custo e que formava médicos que não atendiam às necessidades das comunidades, principalmente em países subdesenvolvidos (AROUCA, 1975; CEZERESNIA, 2009).

A medicina preventiva propunha mudanças das práticas médicas por meio da reforma no ensino médico. Entre as mudanças, incluía-se a formação de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com instituições de saúde; a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças; a introdução da epidemiologia dos fatores de risco, privilegiando a estatística como critério científico de causalidade (AROUCA, 1975).

Segundo Arouca (1975), o discurso preventivista emergiu em um campo formado por três vertentes: a higiene, a discussão dos custos da assistência e a redefinição das responsabilidades que aparece no interior da educação médica. A base teórica do movimento preventivista foi o livro de Leavell e Clark, intitulado de 'Medicina Preventiva', de 1958, que definiu como modelo de causas das doenças as relações entre agente, hospedeiro e meio-ambiente.



Para Leavell e Clark (1976, p. 15), a história natural das doenças é definida como:

[...] todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (patogênese).

Para esses autores, “[...] o conceito de prevenção é definido como ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença [...]” (LEVELL; CLARK, 1976, p. 17). São descritas assim três fases de prevenção: a) a prevenção primária: realizada no período de pré-patogênese. Neste momento, o conceito de promoção da saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como “[...] medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima [...]” Um segundo nível da prevenção primária seria a proteção específica “[...] contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente [...]” (p. 17). b) a prevenção secundária se apresenta em dois níveis: o primeiro, diagnóstico das doenças e tratamento precoce e, o segundo, a limitação da invalidez. A prevenção terciária, por sua vez, diz respeito às ações de reabilitação.

No Brasil, na década de 1960, a concepção de níveis de prevenção de Leavell e Clark foi incorporada ao discurso da Medicina Comunitária e, nas décadas de 1970 e 1980, orientou o estabelecimento de níveis de atenção nos sistemas e serviços de saúde, juntamente com a proposta de Atenção Primária em Saúde e a ideia de ‘saúde para todos no ano 2000’. Apesar destas concepções serem inseridas no contexto nacional, o desenvolvimento hegemônico da medicina no Brasil se deu pela prática individual, com enfoque curativo dos problemas de saúde e as dicotomias teoria-prática; psíquico-orgânico; indivíduo-sociedade (CZERESNIA, 2009).



Para Arouca (1975), o legado que a medicina preventiva produziu foi de minimizar os aspectos sociais do processo saúde-doença, naturalizando-os, ao mesmo tempo que privilegiava ações educativas 'normativas' voltadas à eliminação de riscos para indivíduos, famílias e grupos, sabidamente insuficientes para entendimento do adoecimento, principalmente no que tange as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Essa contextualização histórica é fundamental para compreendermos a forte presença do discurso preventivista nas narrativas dos trabalhadores da UR SIASS, pois embora tal abordagem não esteja em consonância com a PASS, apresenta uma base conceitual histórica e que avançou na compreensão de saúde, afastando-a unicamente do cuidado curativo.

Outro núcleo de sentido das narrativas sobre concepção de saúde foi aquele relacionado à qualidade de vida e alguns dos participantes coadunam com essa concepção. A saúde para Carolina, Vitória e Pedro Henrique relaciona-se às questões subjetivas ligadas à qualidade de vida, com ênfase no bem-estar, como se observa nas seguintes falas:

[a saúde] é compreendida como parte integrante da qualidade de vida; não é possível ter qualidade de vida sem que a gente faça um trabalho de promoção da saúde, a saúde é condição essencial para que a gente tenha qualidade de vida. (Carolina)

Existem maneiras de se cuidar da saúde sem a pessoa ainda estar doente né, tentar manter uma qualidade de vida, um bem-estar. (Vitória)

(...) é algo do bem-estar (Pedro Henrique)



A fala mais marcante observada nesta categoria foi da participante Yarin, que demonstra explicitamente e criticamente a face do entendimento da mesma sobre a qualidade de vida no trabalho e a utilização do conceito da saúde mais próximo ao conceito de qualidade de vida, numa lógica racional do trabalho, como estratégia que garanta a produção, num viés de pró-gestão que, segundo Pereira (2015), relaciona a saúde apenas “[...] enquanto fator contributivo para o bom funcionamento e desempenho.” (p. 55).

(...) visualizam a saúde só na questão do trabalho, para estar bem para cumprir sua jornada de trabalho. Não é saúde para ela viver bem, sair daqui...ter qualidade de vida. É qualidade de vida desde que garanta o rendimento e presença no trabalho, não é outra saúde que nós trabalhamos aqui não... (Yarin)

Lima (2001) relata que, na década de 1950, foram desenvolvidos estudos relativos à abordagem sócio-técnica da organização do trabalho e dessa abordagem originou a denominação Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), cujas experiências são alicerçadas na relação indivíduo-trabalho-organização, com ênfase na análise e na reestruturação das tarefas com o objetivo de minimizar o sofrimento dos trabalhadores, com a finalidade maior de ‘não atrapalhar a produção’.

Segundo este mesmo autor, tal abordagem ganha impulso na década de 1960, quando cientistas sociais, líderes sindicais, empresários e governantes se unem num esforço para melhorar a organização do trabalho, com a finalidade de diminuir impactos negativos do trabalho na saúde e bem-estar geral dos trabalhadores, visando o ‘aumento da produção’ em resposta ao aumento da competição internacional, principalmente causada pelo modelo japonês de produção. Na década de 1970, ocorre um interesse maior nesse tema por conta do aumento da competição internacional, da inflação e da ameaça de desemprego (LIMA, 2001). O autor observa que o movimento para a melhoria da QVT se dispersou pela dificuldade de definição e delimitação do tema.



Ao estudar o conceito qualidade de vida, Minayo, Hartz e Buss (2000) tecem a seguinte reflexão:

[...] sobre o campo semântico em que se desenvolvem as representações e ações voltadas para a qualidade de vida, como as noções de desenvolvimento, democracia, modo, condições e estilo de vida. Na área da saúde, **discute a tendência de se estreitar o conceito de qualidade de vida ao campo biomédico**, vinculando-o à avaliação econômica (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 1, grifos nossos).

Segundo os autores, o debate entre saúde e qualidade de vida acontece:

[...] como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal), e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade (MINAYO; HARTZ; BUSS; 2000, p. 1).

Assim, o conceito de saúde ligado à noção de qualidade de vida demonstra de forma clara “[...]um mal-estar ligado ao reducionismo biomédico[...] (p.01)”, que enxerga a saúde como mera ausência de patologia. Em decorrência, essa visão acrescenta pouco à reflexão sobre o conceito contemporâneo de saúde e, principalmente, saúde do trabalhador (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 01) fizeram uma revisão sistemática sobre o conceito de qualidade de vida e o termo aparece sempre com sentido genérico. Em seus estudos, os autores não encontraram uma definição, seja no nível mais elementar de noção e muito menos como conceito. O que se percebe é que o termo qualidade de vida pertence a um campo semântico polissêmico e que:

[...] quando vista de forma mais focalizada, a qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando consequências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (MINAYO; HART; BUSS, 2000, p. 15-16).



De acordo com os autores, a área médica quando incorporou o tema qualidade de vida na sua prática profissional, a utilizou para designar o movimento de melhorias nas condições de vida dos enfermos. No entanto, a noção de qualidade de vida em saúde é totalmente 'funcional' e os indicadores criados para medi-la são notadamente 'bioestatísticos', 'psicométricos' e 'econômicos', fundamentados em uma lógica de custo-benefício. Por sua vez, as técnicas criadas para medi-la não levam em conta o contexto cultural, social e histórico (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para concluir este estudo, Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 04) referem mais uma vez sobre a diversidade conceitual que pode ter a qualidade de vida, ora relacionada ao modo, condições e estilos de vida, ora...

[...] inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si (MINAYO; HART; BUSS, 2000, p.4).

Outra abordagem dada a Qualidade de Vida é aquela que liga o termo ao Trabalho (QVT). Para isso, Pereira (2015), ao estudar os referenciais teóricos da interface saúde e trabalho, se reporta à abordagem da QVT como uma estratégia de redução do estresse humano ligada às questões das mudanças cognitivas e comportamentais. Esta linha ideológica acredita ser viável um gerenciamento individual do estresse, desvinculado das condições e, principalmente, da organização do trabalho.

A mesma autora, citando Lacaz (2010), argumenta que a QVT "[...] incide na culpabilização da vítima, ao atribuir-lhe a responsabilidade por manejar seus problemas de saúde, como se fossem oriundos dela mesmo, e não das questões estruturais que determinam as relações e o processo de trabalho. (p. 53) ”.



Dessa forma, os participantes com a concepção de saúde aproximada à qualidade de vida apresentam um avanço em relação ao grupo anterior, onde saúde estaria voltada à prevenção das doenças e do afastamento. O avanço percebido neste grupo é somente no sentido de uma visão positiva da saúde, a qual está relacionada ao incremento (ou melhoria) das condições de vida e prática de hábitos considerados saudáveis, ligados à busca do bem-estar. Percebe-se, também, que a preocupação com a saúde e a satisfação do trabalhador advém da necessidade de execução de suas tarefas como um requisito para atingirem bons índices de produtividade.

Para Pereira (2015), esse cenário apresentado é complexo, pois a saúde do trabalhador seria ligada à identificação e intervenção nos aspectos subjetivos, contribuindo assim para a individualização do adoecimento e para a ocultação de suas reais causas. A saúde ligada ao conceito de QV ou mesmo QVT não abrange os princípios da PASS, na medida que não leva em conta os determinantes sociais, principalmente o trabalho como fator de adoecimento social e econômico e seu alcance passa a ser muito restrito e individualizado, reproduzindo a lógica apenas biomédica ou mercadológica, voltada à manutenção da produção (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PEREIRA, 2015).

A análise de dados demonstrou que boa parte dos participantes deste estudo relatam a saúde numa visão mais ampla, relacionando-a a dimensões humanas. Este discurso até iria ao encontro dos princípios da Saúde do Trabalhador, da Política de Atenção à Saúde do Servidor, do SUS e das cartas internacionais de promoção da Saúde, se abordasse o trabalho como um forte determinante social da saúde humana e as ações dirigidas não só ao trabalhador, mas principalmente para a mudança das condições e da organização dos serviços, não tendo o trabalhador como a única variável sujeita às mudanças.



As narrativas abaixo trazem essa diversidade de dimensões associadas à saúde:

[Saúde] É compreendida de uma forma mais ampla possível, tentando abarcar todas as áreas biopsicossocial, espiritual de certa forma também, embora a gente não tenha uma abordagem religiosa, a gente orienta, cuida, conversa sobre isto para as pessoas poderem buscar conforme sua religião cuidar desse lado também.[...]a gente tenta um olhar bem amplo, por isso a gente traz a família, por isso a gente faz a terapia individual, a terapia em grupo, por isso que tem grupo que aborda o lado social, por isso tem consulta, tem as avaliações médicas para cuidar do lado físico também... (Bárbara).

[Saúde] compreende algo além daquele conceito de ausência de doença, ela é compreendida como um bem-estar físico, mental, emocional né, até mesmo espiritual eu ousaria dizer. Eu acho assim, dentro das atividades que nós oferecemos, abordamos até mesmo o Reiki, como atividade complementar, estamos muito a frente desse conceito de saúde. (Marianne)

[...] não ter uma assistência só técnica [...]acaba envolvendo a questão biopsicossocial né, de uma forma que nos nossos níveis de atenção... desde primário e até secundário tem alguns níveis de atenção à saúde também, e atenção que são dessa forma para poder tentar fazer a abordagem mais holística da saúde. (Victor)

O grupo analisado demonstra um avanço conceitual com relação ao grupo anterior ao utilizar expressões como: "saúde ampliada", "abarcar todas as áreas biopsicossociais", "abordagem holística da saúde", porém o conceito ampliado de saúde demonstra uma tímida ou superficial propriedade conceitual, principalmente por não citar os determinantes sociais da saúde e o trabalho como sendo uma das maiores causas de adoecimento humano.

O que se observa na realidade é uma falácia do conceito ampliado de saúde para esse grupo, pois as falas, segundo Pereira (2015, p. 80), citando Scopinho (2009; 2010) remetem a práticas classificadas como "[...] paliativas para o alívio dos sintomas provocados pela intensificação do trabalho, ao mesmo tempo em que configuram uma espécie de encenação, necessária para a criação de uma imagem de humanização da gestão da força de trabalho. "



Esta mesma autora refere que essas atividades constituem estratégias de controle organizacional, numa tentativa de aumentar o envolvimento dos trabalhadores.

Em nenhum momento foram considerados os fatores concretos do trabalho que levam ao adoecimento (condições de trabalho, organização de trabalho, relações de trabalho e outros sintomas), dando a impressão que o adoecimento se resolve puramente “[...] fora do contexto do trabalho e são, portanto, de responsabilidade e livre escolha do sujeito.” (PEREIRA, 2015, p. 81).

No Brasil, após o relatório produzido na emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituição Federal (CF) de 1988, o direito à saúde foi reconhecido como conquista social. A definição presente na CF é ampla e relacionada aos determinantes sociais de saúde (DSS):

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1988, p. 4).

Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) comentam que existem várias concepções de determinantes sociais de saúde (DSS), porém o cerne destes conceitos expressa objetivamente que “[...] as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde”. Segundo os autores, o consenso e a importância dos DSS na situação de saúde foi sendo construído historicamente e, nas últimas décadas, observa-se “[...] um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população.” (p. 80).



Os autores salientam, ainda, que o avanço desse campo de estudo é “particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81).

Entende-se especificamente por iniquidade em saúde as disparidade de renda e riqueza, como também as diferenças nas oportunidades dadas aos indivíduos com base em fatores como etnia, raça, classe, gênero, nível educacional, deficiência, orientação sexual e localização geográfica e que o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde “consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas.” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81).

Relembrando que, no Brasil, o campo de estudo Saúde do Trabalhador se torna um campo de aplicação desde a criação da Lei Orgânica de Saúde (LOS), em 1990, quando desta emerge, de acordo com Pinheiro (2015, p. 13) “[...]uma política de atenção ao trabalhador a partir do reconhecimento do trabalho dentre os determinantes do adoecimento e, posteriormente, as discussões sobre a saúde do trabalhador invadem o serviço público”, com a PASS.

No serviço público federal, segundo Ferreira (2014), a PASS traz o conceito de saúde ampliada relacionada com os DSS como concepção e, também, como prioridade as ações de prevenção e promoção, avaliação ambiental e a melhoria das condições e da organização dos processos de trabalho.

Segundo Ferreira (2014, p. 23), a PASS foi “[...] considerada inovadora ao apresentar um modelo de cuidado integral à saúde, equânime e universal.”. Esta política enfatiza a ampliação da autonomia e o protagonismo dos servidores.



Para isso, as ações de saúde são planejadas, coordenadas e executadas pelas equipes de vigilância e promoção da saúde, segundo as demandas dos servidores e pautada em dados epidemiológicos.

A Vigilância e Promoção da Saúde são operacionalizadas por equipes multiprofissionais de diferentes formações e especialidades, num esforço de unir saberes que possam analisar e intervir nas questões de saúde e numa dimensão biopsicossocial, com ênfase dos servidores em todas as fases do processo de intervenção nos ambientes, para melhor atender a relação saúde e trabalho (BRASIL, 2009a, FERREIRA, 2014).

Batistella (2007) ressalta que a concepção ampliada de saúde possui desdobramentos nos princípios e diretrizes do SUS: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social. Tal concepção é 'antagônica' à concepção biomédica, que se estrutura no conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo e cujo modelo é assistencial e centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico.

A partir dos núcleos de sentido encontrados nas narrativas dos participantes do estudo, é possível afirmar que há um emaranhado campo de 'semânticos polissêmicos' no qual há prevalência de perspectivas que relacionam o conceito de saúde às dimensões do homem e da saúde, sendo esta ainda distante da concepção do SUS e da PASS.

Apesar do conceito ampliado de saúde ser utilizado na PASS, parece que ainda não foi integralmente apropriado pelos gestores e servidores responsáveis pelos diversos projetos e programas da referida UR SIASS, que demonstraram nas verbalizações uma superficialidade ou mesmo fragilidade conceitual no que concerne à compreensão da saúde e da promoção.



A PASS é uma política sustentada pelos seguintes eixos: vigilância e promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia médica, sendo que a execução de ações de vigilância e promoção de saúde tem o objetivo de alterar os ambientes e processos de trabalho, para que produzam impactos positivos sobre a saúde dos servidores públicos federais e isto constitui o grande desafio desta política (BRASIL, 2009a).

O que foi percebido é que entre os participantes do estudo existem os “diferentes olhares históricos” com relação a concepção de saúde e estes convivem, complementam-se ou mesmo disputam espaços de compreensão e intervenção (BATISTELLA, 2007).

5.2 Concepções de Saúde do Trabalhador

Outro importante conceito abordado no processo de pesquisa com os trabalhadores da UR SIASS foi a concepção de saúde do trabalhador, lembrando que o marco conceitual e de prática que se denomina a Saúde do Trabalhador (ST) tem como objeto a saúde e a doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho (MENDES; DIAS, 1991). Além disso, segundo Minayo-Gomez, Machado e Pena (2013, p. 25) a Saúde do Trabalhador emerge há pelo menos três décadas no país “[...] do ponto de vista acadêmico, político e institucional na saúde coletiva, em contraposição à base conceitual e prática das concepções hegemônicas sobre as relações trabalho-saúde da Medicina do Trabalho (MT) e da Saúde Ocupacional (SO)”.

Segundo esse autor, quando se fala na ST, se diz que “[...]os trabalhadores são sujeitos políticos coletivos, depositários de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras (MINAYO-GOMEZ; MACHADO; PENA, 2013, p. 27)”. Tal saber deve ser incorporado tanto na produção quanto em práticas de cuidados à saúde do trabalhador.



No Brasil, a ST é incorporada como campo de intervenção e prática na CF de 1988 e estruturada na LOS, de 1990, segundo as premissas de “acesso universal, integralidade de atenção, com ênfase em ações de prevenção e de promoção, descentralização e participação social (MINAYO-GOMEZ; MACHADO; PENA, 2013, p. 27).

No caso do serviço público, os marcos legais são a criação da PASS, no final de 2007, e a implantação de uma legislação específica ao servidor através do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), em 2009. Do mesmo modo que os trabalhadores do setor privado, os servidores são contemplados com uma legislação específica, seguindo os mesmos princípios do SUS, a saber: de igualdade, equidade e universalidade das ações.

Visando captar o modo como os participantes do estudo compreendem o campo Saúde do Trabalhador foi realizada a seguinte pergunta: ‘Para você o que é Saúde do Trabalhador?’. Na análise das respostas obtidas emergiram quatro categorias temáticas: capacidade física, mental e laboral (MT); condições ambientais de trabalho (SO); saúde; prenúncios da saúde do trabalhador.

Uma leitura atenta das narrativas dos trabalhadores revela dificuldades na explicitação do conceito. Após leitura exaustiva das narrativas, foram mensuradas treze respostas diferentes sobre o conceito Saúde do Trabalhador relacionadas à própria constituição do campo, pois elas se reportaram à historicidade das abordagens da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional.

Como será explicitado, a análise apontou prenúncios da Saúde do Trabalhador. Além disso, houve falas relacionadas ao conceito geral de saúde ligadas ao conceito ampliado e mesmo ao senso comum.



Dentre os entrevistados, a maioria se reportou à categoria temática ligada ao modelo da Medicina do Trabalho; houve um conjunto de falas agrupadas ao conceito geral de saúde; narrativas que se enquadraram na categoria denúncias da Saúde do Trabalhador; outras narrativas foram ligadas à categoria Saúde Ocupacional e, ainda, entrevistados que não responderam à questão e preferiram utilizar a oportunidade de fazer uma crítica ao conceito. Passa-se neste momento a análise das falas.

Na categoria temática Medicina do Trabalho que abrange a maioria dos entrevistados, foram valorizadas as dimensões da capacidade física, mental e laboral dos trabalhadores. Davi e Pedro Henrique mencionaram que a saúde do trabalhador se relaciona com aspectos ou atributos ligados à capacidade individual e laboral de ordem tanto física quanto mental de conseguir manter-se no trabalho de forma produtiva, o que pode ser observado nas seguintes verbalizações:

Saúde do servidor é o estado de bem-estar nos domínios da saúde física, psicológica e social que, quando em harmonia, estabelecem condições apropriadas para o desempenho de suas atividades (David).

[...]aqui saúde do trabalhador para o meu olhar é a capacidade para o trabalho, se não tiver perturbada por nenhuma condição médica, ou ela diminuída, que é o caso de adaptação, ou abolida, que é o caso de afastamento, em caráter permanente que é o caso de aposentadoria [...] (Pedro Henrique).

Carolina inicia sua fala ressaltando a necessidade de um olhar humanizado para o trabalhador, num discurso inicialmente afetuoso, porém, logo após, de forma muito espontânea, mostra a intencionalidade desse cuidar, ligado à necessidade de conservar a saúde e evitar adoecimento, que gera o não cumprimento laboral.



O posicionamento da entrevistada revela que, apesar da legislação vigente ser relativa à Saúde do Trabalhador, ainda é forte e muito utilizado o discurso relativo à Medicina do Trabalho.

Saúde do trabalhador para mim é cuidar, saúde do trabalhador é uma temática que envolve isso que eu acabei de falar, olhar para o trabalhador como ser humano, olhar para o trabalhador como um recurso...como quem vai gerar a produtividade, mas que também tem que ser cuidado, pois se não cuidar esse trabalhador vai adoecer, principalmente na área da saúde mental, que é onde eu trabalho. E se o trabalhador não se cuidar ele vai adoecer e adoecendo ele não vai poder cuidar dos usuários... a saúde do trabalhador para mim é sobretudo cuidar do trabalhador. (Carolina)

Yarin, num tom de desabafo, conta que a saúde do trabalhador é tratada como algo obrigatório, ligado a uma legislação e que, mesmo com diagnóstico de algum adoecimento, o tratamento não é ofertado. O que se quer com essa ação é a assiduidade do trabalhador e que o mesmo busque formas de se tratar, pois o tratamento só será oferecido se ele conseguir provar que seu adoecimento tem relação com sua atividade laboral.

Eu percebo a saúde do trabalhador como é essa mesma que está sacramentada nas regras da administração. Há uma preocupação de que o trabalhador tenha saúde básica para ele manter-se assíduo no trabalho. É esse acompanhamento que a gente faz...tanto que se os exames periódicos, se ele te der um diagnóstico de um problema de saúde, a empresa não cuida daquela saúde, mesmo que foi diagnosticado no periódico ...a não ser que você passe por um processo muito grande de acidente de trabalho, ou de alguma contestação de algum médico particular que diga...que seu médico assistente diga que a sua doença é proveniente da sua atividade laboral[...] (Yarin).



As verbalizações de Otávio e Letícia reiteram o senso comum do autocuidado e parecem se eximir “do envolvimento dos problemas de saúde dos trabalhadores, por considera-los como uma responsabilidade dos próprios trabalhadores” (PEREIRA, 2015, p. 96).

Definição para mim é a forma... maneira que o trabalhador tem de exercer... sua atividade e, também, atividade profissional e as atividades do dia a dia. (Otávio)

[...] saúde do trabalhador seria a pessoa estar pronta para trabalhar, [...] eu cuido de mim para poder ter a possibilidade e o equilíbrio de cuidar do outro. (Letícia)

Outro relato interessante é o de Laura, que entende que a saúde do trabalhador está ligada ao bem-estar mental do indivíduo, que deve gostar do que faz, como se a organização no trabalho, as relações e as condições de trabalho não interferissem na saúde deste trabalhador. A saúde do trabalhador é colocada como externa ao trabalho.

[...] a saúde do trabalhador está muito ligada... você gosta de levantar de manhã e vir trabalhar, você está bem, o ambiente é bom...e isso é bom para você e sua saúde. O que a gente precisa primar muito hoje é a participação dos gestores, a preparação das pessoas que no serviço público atendem aos usuários. Nós atendemos o público e se você não está bem, você não consegue atender bem as pessoas. [...] saúde do trabalhador depende muito mais do seu estado mental do que do físico e eu acho que o mental influencia mais o físico. (Laura)

Na fala de Vitória, mais uma vez fica evidente o desconhecimento e a ausência da dimensão organizacional que transversaliza o adoecimento:

Eu acho que muita gente quando fala de saúde do trabalhador se lembra da saúde física...há...“vou fazer um checkup” de saúde física, exame do coração, de não sei o que, esteira. E da saúde mental e da qualidade de vida as pessoas se esquecem um pouco disso. (Vitória).



Os discursos dos participantes apresentam a Saúde do Trabalhador como um estado, ou a busca, ou manutenção de um bem-estar físico e mental dos servidores como requisito para exercer bem suas atividades, evidenciando, assim, traços bem definidos do modelo ainda hegemônico da Medicina do Trabalho, muito presente no cerne das áreas de recursos humanos que buscam nas estratégias de mercado mecanismos para otimizar a produção.

Segundo Mendes e Dias (1991) e Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), os primeiros passos para intervenções nas relações trabalho e saúde-doença datam do século XIX. Essa concepção chamada de Medicina do Trabalho consistia, fundamentalmente, em uma atividade médica, e suas práticas nos locais de trabalho objetivava fiscalizar se o trabalhador estava realmente doente, além de tratar os adoecidos para evitar problemas de absenteísmo ou garantir, em casos de afastamento, rápido retorno ao trabalho. O foco era o trabalhador e sua adequação ao trabalho por meio da intervenção médica e constituía-se de controle da força de trabalho.

Assim, foi atribuída à Medicina do Trabalho “a tarefa de contribuir com o estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores, conferindo-lhe um caráter de onipotência, próprio da concepção positivista da prática médica” (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

Esta concepção não é a mesma da PASS, que tem como modelo de atenção à Saúde do Trabalhador, mas como é observado nas narrativas, a Medicina do trabalho ainda impregna fortemente as concepções dos trabalhadores da Unidade SIASS.



Pinheiro (2015, p. 95) traz uma colocação importante sobre a necessidade de reflexão constante sobre os discursos e saberes que sustentam as práticas de promoção de saúde:

[...] sob o risco do fortalecimento e perpetuação de práticas reguladoras e disciplinadoras que, tomando o indivíduo como principal ou única variável de ajuste, culpabiliza-o por seu adoecimento sem uma reflexão crítica sobre os aspectos da dimensão organizacional e da construção subjetiva da relação com o trabalho que transversalizam o processo e adoecimento.

Como dito anteriormente, o segundo maior posicionamento dos entrevistados relaciona o conceito Saúde do Trabalhador de modo amplo, ou mesmo de senso comum, com a própria definição de saúde. Marianne define a saúde do trabalhador na mesma instância do conceito ampliado de saúde e dos determinantes sociais, porém ligada ao enfrentamento, que no caso chamou de preventivo, no sentido do autocuidado e do cuidar da família, ou seja, as formas de enfrentamento das iniquidades sociais, mais uma vez 'não' ligadas às questões do trabalho.

A saúde do trabalhador é uma coisa bem ampla né, ela como eu já falei, vai além do conceito de doença, eu penso que ela está muito relacionada com as questões sociais deste servidor, como ele se percebe, a sua família, seu meio de trabalho, e assim vai também do aspecto preventivo, ousaria falar preventivo, mas é preventivo, de se sentir bem, de se alimentar bem, essas questões das finanças, ter condições de manter sua família sem aquele exercício enorme de perda de ganho de dinheiro, é complicado, consegui me fazer entender? (Marianne).



Por sua vez, a verbalização de Felipe trata da saúde do trabalhador numa visão holística, numa visão de saúde ampliada e até refere das influências do trabalho na execução do mesmo e na vida doméstica. Porém, ao considerar que a saúde do trabalhador é igual à saúde em geral, não compreende as dimensões da organização do trabalho no processo saúde-doença.

Saúde do trabalhador para mim...bem todo dia eu verifico que não há diferença em saúde do trabalhador e saúde em si. Mas o importante é entender que grande parte do tempo que a gente vive nós estamos dentro do ambiente de trabalho e, também, levamos muito e estendemos a questão da nossa atuação para dentro de nossos lares, para fora do ambiente de trabalho. Então, o trabalho ele também interfere tanto no ambiente quanto fora daqui. Então é algo...a saúde do trabalhador é muito mais abrangente do que apenas tratar a saúde do ser entre aspas "comum". Então, eu percebo que a saúde do trabalhador não pode ser tratada da forma pensando apenas em cuidar pelo que está disposto na legislação, apenas para cumprir o que está na legislação, precisa ter uma visão mais holística sobre esta questão da saúde do trabalhador. (Felipe).

Outra fala interessante sobre a definição da Saúde do Trabalhador, ligada ao conceito de saúde, é da participante Ana, que coloca em segundo plano as relações da saúde com o trabalho:

Quando você fala saúde do trabalhador, está se falando do trabalhador de uma empresa que precisa produzir né. E isto eu acho que é o último passo...eu ...acho que o primeiro passo é a saúde das pessoas, porque se a pessoa está saudável, ela vai trabalhar legal e vai viver legal. Isso é muito importante, em primeiro lugar, a saúde da pessoa né...a saúde do trabalhador é uma coisa secundária, a saúde da pessoa. (Ana)



Tais narrativas não evidenciam as relações da saúde/adoecimento com o trabalho e, com isso, se distanciam da perspectiva adotada na PASS. Segundo Vasconcellos e Machado (2013), existe uma blindagem política no sistema de saúde brasileiro que não considera a centralidade da categoria trabalho nos determinantes sociais dos agravos da população em geral, o que poderia influenciar no modo como os participantes entendem a saúde como algo inerente à pessoa e não relacionada aos determinantes e condicionantes do trabalho.

Em outra direção foi possível captar que outros participantes definiram a saúde do trabalhador no sentido do que chamamos de “prenúncios da saúde do trabalhador”. As verbalizações a seguir demonstram um olhar mais detalhado sobre a saúde e as dimensões de trabalho. Importante destacar que esse grupo comporta falas de gestores e servidores com maior formação acadêmica dentre o grupo pesquisado.

Pinheiro (2015, p. 28) citando Oliveira e Vasconcellos (2000) refere que a concepção da Saúde do Trabalhador está ligada a questões fundamentais, a saber: (1) o trabalhador é um ser social no processo de produção e na sociedade produtiva, na perspectiva de um conceito ampliado de saúde; (2) o trabalhador comprometido e envolvido é considerado o participante central nas etapas de planejamento, desenvolvimento e execução das ações do processo; (3) nas diversas relações saúde-trabalho deve ser utilizada a abordagem interdisciplinar; (4) as soluções dos riscos no trabalho dar-se-á do conhecimento empírico do trabalhador e sua percepção subjetiva acerca dos mesmos; (5) a transparência das ações e informações para a negociação igualitária com os trabalhadores; (6) a “[...] transformação das bases técnicas e organizacionais e das condições do ambiente de trabalho na perspectiva da democratização das decisões e do controle social.”



As questões levantadas por Pinheiro (2015) contribuem para a análise das seguintes narrativas:

Saúde do trabalhador? Essa pergunta é muito ampla, mas vamos lá. Seria a especialidade que está preocupada com a promoção da saúde... é ... dos trabalhadores e que também avaliaria causa para adoecimento dos trabalhadores. Então, teria um papel de promoção, um papel investigativo, é responsável também por fazer as perícias, então tem o papel legal, não sei se eu vou chamar de legal, mas tem essa parte regulatória, que basicamente o que eu vejo de saúde do trabalhador é isso, um conjunto de promoção, de regulação e até atendimento em alguns casos, da interface entre trabalho e a saúde, basicamente isto. (Enzo).

Saúde do trabalhador...ela tem os aspectos legais da situação e tem os aspectos do ser humano né, para a questão do trabalho. Porque na verdade o trabalho é... praticamente grande parte de nossa vida é o trabalho. E o trabalho interfere na nossa vida, a nossa vida interfere no trabalho e a nossa saúde...se eu não estou bem em casa, eu não estou bem no trabalho, se eu não estou bem no trabalho às vezes eu não estou bem em casa. Então, eu tenho que a saúde do trabalhador vai além dos aspectos "prevencionistas" do trabalho, da legalidade, dos equipamentos de proteção, das regras de horários, da questão da insalubridade do ambiente, de todas as questões envolvendo a segurança e a medicina e higiene preconiza para o ambiente. Nós temos que pensar na parte do trabalhador como ser holístico, no seu total. Então, assim, cuidar dele nos seus diversos aspectos não só específicos como era antigamente era restrito ao cumprimento da lei...é transcender isso para poder ele melhorar. (Victor).

Nas verbalizações de Enzo e Victor é possível perceber uma fase de transição que se desenrola timidamente diante dos problemas de saúde ligados ao trabalho, do modelo da Saúde Ocupacional para um modelo mais amplo voltado à potencialização da autonomia e do bem-estar do trabalhador, de modo coletivo e não isoladamente, o que implica na abordagem da complexidade do trabalho.



Sofia e Henriqueta também são elucidativas:

(...) saúde do trabalhador é tudo que envolve a pessoa com seu local de trabalho né, não só as questões mecânicas, químicas que envolve, mas também as trocas sociais de modo geral, que trocas? As relações interpessoais e como se efetivam esse trabalho, então para mim é isso[...]. (Sofia).

(...) saúde do trabalhador hoje tem uma visão bem ampla porque você...dentro da visão que você tem hoje aqui...você tem uma visão do trabalhador dentro da instituição, dentro...fora do ambiente do trabalho né. Hoje com os programas que a gente tem, a gente tem um suporte para outros problemas que a gente detecta e nem sempre está relacionado com o trabalho...você tem uma parte de futuro, onde se prepara o servidor para uma aposentadoria, então hoje ela tem, uma coisa bem intensa, bem dinâmica. Acho que ela hoje não é aquela coisa, um problema só exclusivo daqui do serviço não. Hoje você tem a saúde do trabalhador visto de uma forma bem ampla, acho que você acaba conseguindo desenvolver programas e abranger o servidor na sua vida como um todo. (Henriqueta)

Para Sofia e Henriqueta, a saúde do trabalhador reflete o significado de saúde. Ambas acenam para a integralidade da atenção e para as ações de vigilância na busca das causas do adoecimento dos trabalhadores. Contudo, suas falas carecem do entendimento do papel social e protagonizador do trabalhador tanto no trabalho quanto na construção de ações voltadas à efetivação da PASS.

A exemplo do que ocorreu na exposição da definição do que era saúde, os entrevistados trouxeram uma ampla gama de compreensões sobre saúde do trabalhador. Observou-se uma tímida reflexão sobre a Saúde do Trabalhador como campo de estudo e aplicação de políticas públicas, em que o trabalhador é um sujeito político, coletivo, detentor do saber e agente de transformação, tanto na produção como nos cuidados de saúde (PINHEIRO, 2015; MINAYO-GOMEZ; MACHADO; PENA, 2013).



Evidencia-se a falta de aproximação desses trabalhadores responsáveis pela implantação e manutenção das ações de promoção da saúde com o campo da Saúde do Trabalhador, cujos marcos teóricos e práticos são o SUS, a PASS e o SIASS.

Para Vasconcelos e Machado (2013, p. 38), é preciso resgatar o conceito ideológico e político da Saúde do Trabalhador que se perdeu numa “[...] confusa malha de marcos conceituais, em que persistem de um lado, visões técnico e medicocêntricas e, de outro, resistências corporativas e institucionais ao ingresso do trabalhador como sujeitos da construção do campo” e percebe que há uma tímida e insípida percepção do que realmente é saúde do trabalhador. De acordo ainda com Vasconcelos e Machados (2013, p. 39), “[...] recuperar conceitos é ponto de partida para política. ”

As respostas da minoria dos participantes da pesquisa foram agrupadas na categoria temática Saúde Ocupacional. Nesta categoria, os entrevistados demonstram um olhar mais alargado com relação não só a aspectos físicos e mentais, mas também com relação ao ambiente e à organização do trabalho, porém num discurso funcionalista. Os trechos seguintes elucidam a forma como, ao definirem a saúde do trabalhador, os servidores entrevistados se reportaram ao referencial da Saúde Ocupacional:

*[...] a saúde do trabalhador tem a ver com o bem-estar do trabalhador no local de trabalho, isso significa ter condições de trabalhar, ter os equipamentos adequados. Isso significa cuidar da ergonomia, isso significa cuidar das relações do trabalho, acho que é isso, estar feliz, estar bem, mesmo tendo dificuldades. Quando eu digo nas relações de trabalho eu digo que não haverá atrito, nada nesse sentido não, que essas coisas possam ser cuidadas entre a equipe e entre as pessoas.
(Bárbara)*

[...] saúde do trabalhador é igual a gente estava falando, é a saúde ocupacional, ou seja, é como ele está, a saúde dele para ele poder atuar no cargo dele, mas não só isso, também a saúde geral dele, a saúde ampla [...]. (Francisco)



Bárbara e Francisco relacionaram a Saúde do Trabalhador a aspectos não só ligados a questões individuais, mas também ao ambiente e organização laboral. Nota-se claramente uma abordagem relacionada à corrente da Saúde Ocupacional, inclusive Francisco refere que Saúde do Trabalhador (ST) é igual à Saúde Ocupacional (SO), declarando desconhecimento do campo de estudo e aplicação em que a política em questão se configura.

Como abordado em outro momento deste estudo, a SO surge no pós II Guerra mediante a relativa impotência da Medicina do Trabalho nas intervenções sobre os problemas de saúde dos trabalhadores causados não só pelos novos processos de produção, cuja tecnologia industrial evoluía de forma acelerada e que provocavam perdas de vida dos trabalhadores, acidentes graves e mesmo doenças, como também pelos empregadores, ávidos por mão-de-obra ativa e que, por sua vez, mantinha os serviços médicos dentro das empresas, e pelas companhias de seguro, que eram obrigadas a pagar indenizações por incapacidades provocadas pelo trabalho (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA (1997).

A mudança de paradigma relacionada à compreensão e ao cuidado com a saúde do trabalhador tem como foco a superação da atuação médica direcionada ao trabalhador, visto como paciente ou objeto de intervenção, e a incorporação do ambiente de trabalho em caráter multi e transdisciplinar por meio de equipe multiprofissional e com ênfase na higiene ocupacional; no nexo causal entre doença e hospedeiro e no controle dos riscos dos ambientes laborais. A SO visava, assim, adaptar o ambiente de trabalho ao homem e o homem ao seu ambiente de trabalho (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA (1997). Mendes e Dias (1991, p. 343) salientam que:

A racionalidade "científica" da atuação multiprofissional e a estratégia de intervir nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais, refletem a influência das escolas de saúde pública, onde as questões de saúde e trabalho já vinham sendo estudadas há algum tempo.



O modelo da SO, apesar de tentar resolver as questões da saúde do trabalhador, não conseguiu atingir os objetivos. Dentre os motivos de sua insuficiência, os autores destacam que: a) a SO manteve o referencial da MT firmado no mecanicismo; b) a abordagem multiprofissional não atendia a interdisciplinaridade, visto que as atividades apenas se justapunham de maneira desarticulada e eram dificultadas pelas lutas corporativas; c) capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho; d) apesar de focar o coletivo de trabalhadores, continuou a tratar o trabalhador como "objeto" das ações de saúde; e) manutenção da SO para atender a uma necessidade da produção (MENDES; DIAS, 1991, p. 344).

É possível afirmar que o modelo da SO não contempla o modelo da Saúde do Trabalhador inserido na PASS, por ser um modelo contra hegemônico a esta política. Em seu texto, a PASS traz a pretensão de consolidar práticas que emergem de uma...

[...] abordagem biopsicossocial, em informação epidemiológica, na inter-relação entre os eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar, no conhecimento transdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se considere os ambientes e as relações de trabalho (FERREIRA; EL BAYER, 2010, p. 12).

A análise das quatro categorias temáticas ligadas ao conceito Saúde do Trabalhador evidenciou a 'inexistência' de consenso sobre o que seja Saúde do Trabalhador no grupo pesquisado. Todavia, os diferentes sentidos encontrados não são oriundos de interpretações meramente individuais ou do senso comum, posto que reportam à diversidade de interpretações correntes no campo da Saúde do Trabalhador. Soma-se a isso, a breve trajetória da PASS e do SIASS que exigem esforços no sentido de fortalecimento teórico e metodológico dos trabalhadores envolvidos na efetivação da atenção à saúde do servidor público federal.



5.3 Compreensões sobre a PASS e SIASS

No intuito de desvelar ainda mais os saberes e práticas dos servidores públicos federais lotados na Unidade de Referência SIASS estudada, duas questões foram inseridas no roteiro de entrevistas com relação à PASS e suas bases legais: Quais os marcos legais que fundamentam os projetos de promoção da Unidade de Referência? Como caracterizaria o contexto da proposta política de promoção em saúde para o servidor público federal?

Na análise temática das entrevistas emergiu a categoria 'Entendimento da PASS/SIASS' que sistematiza os saberes dos participantes sobre as bases legais que regulamentam os Projetos/Programas de Promoção de Saúde desenvolvidos na Unidade estudada. Um pouco mais da metade dos participantes responderam que era relativo ao SIASS e nenhum se referiu a PASS, sendo que especificamente neste grupo, a minoria destes entrevistados demonstrou muita intimidade com os documentos, que correspondeu ao grupo que presenciou a implantação da unidade de referência estudada. A maioria das respostas desse grupo de entrevistados demonstrou um conhecimento mais superficial, com respostas curtas e pouco elucidativas.

Uma pessoa referiu não se lembrar das bases legais. Quase metade dos participantes não soube responder quais são as bases da PASS/SIASS. Alguns participantes declararam não saber quais eram as bases legais que sustentam as atividades que realizam, e ou outros participantes referiram a outras legislações, tais como legislações locais e as bases legais da CLT, que não são específicas aos servidores estatutários e ao RJU que, apesar de ser uma base legal PASS, não trata da saúde dos servidores.



Vejamos, agora, as verbalizações do grupo que referiu conhecer as bases legais que fundamentam as ações desenvolvidas. Milene manifestou-se retomando o contexto no qual foi inserida na instituição, mas não avançou na discussão do tema: "O SIASS? ... há ... o SIASS, [...] foi logo quando eu cheguei, eu estava lá um pouco antes da questão do SIASS, a implantação que é o SIASS".

Nas verbalizações de Ana, Vitória e Sophie também há menção ao SIASS, porém os comentários tecidos em respostas curtas e sem muitos detalhes que demonstram pouco entrosamento com a PASS e com o SIASS:

Eu conheço os fundamentos do SIASS, que foi no que eu me baseei né...a parte da promoção... que foi um dos pilares do SIASS que é a promoção...esse eu acho que conheço. (Ana)

[...]nós estamos inseridos no SIASS... né, que é aquele novo sistema de saúde que foi criado pelo governo federal que ...então ...a gente tem que seguir sempre aquilo que está dentro do programa do SIASS. (Vitória)

[...]o marco legal é... o que eu posso dizer... que foi nesse período que foi criado o SIASS... (Sophie)

Alguns servidores se sentiram muito à vontade para falar do eixo estruturante da política, apesar de nenhum deles se referir diretamente à PASS, inclusive alguns deles participaram diretamente no processo de criação e implantação dessa política na instituição estudada.

Eu só conheço o Decreto 6.593 que é o decreto dos exames periódicos, mais...marcos legais...o convênio... a parceria junto ao Ministério do Planejamento...eles foram criados em meados de 2009/2010 que devem estar em poder do diretor e da parte jurídica da universidade. Mas existem marcos legais que foram organizando... né... toda essa estrutura da diretoria, principalmente a Saúde Suplementar, Junta e Perícia Médica e Exame Periódico...esse eu sei que é no link que o Ministério do Planejamento fez. Agora essa área de Psicologia, de Segurança do Trabalho...essa área técnica das meninas da ação social eu não conheço isso no programa do Ministério do Planejamento do Sistema SIASS. (Yarin).



[...] nós temos um Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor que é o SIASS que foi uma determinação... né... do governo federal, para que fosse sistematizado toda atenção de saúde ao servidor dentro desse sistema. Inclusive a[...] (diretoria) ela é pioneira na implantação do SIASS e hoje nós somos referência em nível nacional de um serviço que cuida do servidor, então para mim, o marco legal mais importante foi a criação do SIASS e o enquadramento da [...] (diretoria) dentro desse programa imediato. (Carolina).

(O marco legal) [...]o primeiro deles seria a Constituição de 88, depois nós tivemos aí o regime jurídico único... né, e depois nós tivemos a criação assim do SISOPS como eu falei e agora o SIASS, e tem uma série de instruções normativas, agora eu não sei te falar os números e se você quiser eu posso te passar. E paralelo a isso nós temos a legislação da assistência, a lei orgânica de assistência social, o estatuto do idoso, estatuto da criança e do adolescente, podem perguntar da criança e do adolescente, servidor tem filho e tem sobrinho e tem família e tem consequência e acontece as coisas a gente tem que estar por dentro. (Marianne)

Atualmente, o marco legal que está existindo é o Subsistema Integrado de Saúde do Servidor. Antigamente, as questões de exames periódicos não eram obrigatórias no serviço público federal. Agora é obrigatório a oferta do exame periódicos, agora dentro disso foram criados protocolos e normatizações em cima disso. Antigamente... Antes da questão dos SIASS que é o subsistema... a gente acompanhava muito das especificações que se exigia da CLT, agora nós puxávamos isso e tentávamos reproduzir, acomodando com as nossas realidades. Aí foi legislado pelo decreto, eu acho que foi 2013 que mudou. (Victor)

Olha o primeiro marco que nós tivemos foi a criação dos SISOSP e o segundo marco foi a criação do SIASS e dentro do SIASS tivemos várias legislações que foram determinando como fazer a parte da perícia, dos exames periódicos, a parte da segurança do trabalho, os programas de saúde e nós tivemos vários. Os dois principais foram a criação do SISOSP e, depois, do SIASS. (Henriqueta)

Nas narrativas de Yarin, Carolina, Marianne, Victor e Henriqueta é perceptível a compressão histórica do processo de implantação da PASS e SIASS na instituição. As falas apontam características dos processos de implementação das ações preconizadas.



De outro modo, alguns participantes referiram pouca ou nenhuma afinidade com as bases legais que fundamentam as ações desenvolvidas. As perguntas desencadearam um momento de reflexão para dez participantes que demandaram um tempo para elaborar seu posicionamento. Para Letícia, foi uma surpresa: "Não... essa lei eu não sei não". David foi muito objetivo: "Não sei dizer". Isabela ficou um pouco constrangida: "Os marcos legais? Agora assim de cabeça eu não tô lembrando não. (risos)". Para Pedro Henrique, o sentimento foi de pesar: "Eu não sei, infelizmente eu não sei dizer".

Laura demonstra amplo entendimento de leis, porém não se refere nem a PASS e nem ao SIASS como eixos estruturantes, apenas enfatiza que não há impedimentos ou dificuldades para efetivar ações de promoção à saúde, diferente de outras ações que possuem legislação específica ou restritiva, como pode ser observado no trecho abaixo:

[...] existem várias leis que a gente tem que estar seguindo. Tem as leis próprias da segurança do trabalho que regem a questão da insalubridade, do acidente de trabalho, do uso do EPI [equipamento de proteção individual]. Tem a legislação da Perícia que é uma legislação grande e pesada né. Da própria Saúde Ocupacional e na parte do exame admissionais e periódicos.

Agora com relação aos atendimentos e a promoção à saúde, a gente não esbarra na legislação não. É só seguir as normas do RJU né...da nossa legislação com relação a ética também e a gente não esbarra... com tantos problemas... com relação a isso não...a promoção não. (Laura)

Barbara, por sua vez, se lembra das bases legais que foram criadas na instituição e do Código de Ética dos Servidores Públicos Federais:

Olha a gente tem uma portaria [...]diz que o chefe tem que encaminhar o servidor com abuso de álcool e droga para tratamento, esse seria um marco importante, pois foi uma conquista[...][referência à conquista de projeto desenvolvido na Unidade SIASS estudada que aborda o uso de substâncias], essa portaria, mas independente da portaria, o código de ética do servidor público, o nosso estatuto [...] (Barbara)



Para Francisco, o embasamento legal mais amplo é constituído pelas normas da CLT: *“Basicamente são as normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho, são várias normas e a gente se baseia né, mais nessas normas”*. O posicionamento do participante traz a compreensão referente ao trabalhador brasileiro regido pela CLT que não se aplica aos servidores públicos. Outra participante do estudo fez afirmações amplas sobre a saúde do servidor, sem referir-se aos marcos legais: *“[...] eu vejo assim até pelo próprio nome [...] Qualidade de Vida e Saúde do Servidor [...] acho que esse é o grande marco... é pelo nome”*. (Maria).

Embora a PASS contribua para um redirecionamento ao cuidado integral do servidor público federal, nove servidores entrevistados (Letícia, David, Isabela, Enzo, Pedro Henrique, Maria, Barbara, Francisco e Laura) evidenciam pouca aproximação com a temática e apropriação das propostas. Essas verbalizações refletem de forma oportuna problemas encontrados também nos estudos de Pinheiro (2015, p. 90), especialmente a necessidade de “[...] fertilizar uma compreensão mais ampliada de saúde/doença [...] e dar conta do planejamento e execução de ações nas áreas de promoção, prevenção e vigilância”.

A autora cita outros entraves encontrados para a efetivação da PASS que contribuem na compreensão da Unidade SIASS estudada. O primeiro destaque vai para a composição do quadro de pessoal das Unidades de Referências e que foram formadas em sua maior parte por profissionais que compunham as equipes dos antigos serviços médicos e uma mínima renovação do quadro profissional, conforme o surgimento de vagas oriundas em sua maioria de aposentadorias, levando assim à perpetuação de práticas arcaicas, ligadas principalmente às antigas correntes da medicina do trabalho e da saúde ocupacional que, embora se mostrem superadas legalmente pela corrente da saúde do trabalhador, ainda se mantem de forma hegemônica no Brasil (PINHEIRO, 2015).



A Unidade de Referência estudada foi implantada em um antigo serviço médico ocupacional da instituição que a sedia. O SIASS tem menos de uma década de criação e 64,28% dos servidores lotados nesta Unidade, tem menos de dez anos de atuação neste setor, porém, conforme dado referente à faixa etária demonstrada na Tabela 2 (p. 85), a composição profissional não é de profissionais jovens ou recém concursados e sim, em sua maioria, profissionais na faixa etária acima de 50 anos, provavelmente um desdobramento da PASS para implantação dos serviços, que por meio do MPOG foi exigido otimização de recursos humanos das intuições federais para compor as equipes de trabalho, lembrando que não houve concurso específico para a carreira no SIASS. Assim, servidores lotados em outros setores foram remanejados para compor as equipes de trabalho.

O que se confirmou no primeiro destaque dado por Pinheiros (2015) é a comprovação averiguada nas seções anteriores deste item nas quais foram abordadas as compreensões dos profissionais da Unidade de Referência sobre saúde e saúde do trabalhador. A análise demonstrou que o conceito de saúde do trabalhador advém em sua maioria das correntes medicina do trabalho e da saúde ocupacional, provavelmente conforme já citado, frutos de uma cultura arraigada.

Outro entrave observado no grupo de trabalho das Unidade de Referência e que os dados acima confirmam é o “[...] parco conhecimento por parte da área de gestão de pessoas local sobre a política de saúde do servidor e, por consequência, pouco investimento” (PINHEIRO, 2015, p. 90). O desconhecimento da política pode gerar dificuldades para a busca da otimização dos recursos e das parcerias que levam à intersetorialidade e interdisciplinaridade.

A autora destaca, ainda, a falta de visão e falta de “[...] investimento na capacitação e de desenvolvimento de profissionais” (PINHEIRO, 2015, p. 90) que compõem as equipes multidisciplinares da Unidades de Referência.



Tal condição também foi observada neste estudo, especialmente no que se refere ao desconhecimento da política e suas bases legais pelos servidores que participaram desta pesquisa. Portanto, o desconhecimento político dos servidores, que ao mesmo tempo são atores sociais responsáveis pela execução dessa política, leva à incompreensão dos objetivos da Unidade de Referência o que, conforme estudos de Ferreira (2014, p. 69), resulta na “[...] incompreensão da complexidade da PASS [...]” e falta de cobrança “[...]dos órgãos a execução das ações preconizadas nelas”.

A outra questão da entrevista que instigou os atores sociais envolvidos na criação dos projetos e programas de promoção da Unidade estudada foi como caracterizam os projetos/programas nos quais atuam. As respostas foram agrupadas por similitude e importância atribuída na categoria interpretativa “Política e Bases Legais”. Na análise das respostas emergiram inúmeros temas, o que aponta mais uma vez a falta de sedimentação conceitual da PASS e do SIASS no grupo pesquisado. A categoria temática ‘Dificuldades legais de Operacionalizar a PASS’ abarca as falas da maioria dos participantes. As unidades de sentido são: ‘Política Boa, porém com ressalvas’; ‘Política Distante da Realidade’; ‘Obrigação Legal’ que entendem a política apenas uma obrigação legal; ‘Invisibilidade Política’; ‘Desconfiança’ e alguns assumiram o completo ‘Desconhecimento’ do assunto e este virou também unidade de sentido.

Dentre os atores sociais da Unidade de Referência que consideram a ‘Política Boa, porém com ressalvas’ há a compreensão da proposta de atenção integral ao servidor como um avanço, uma legislação que respalda a prática. Na percepção de Carolina e Otávio há o entendimento de que a proposta atende às necessidades do servidor:

[...] dentro do SIASS tem toda a proposta de atenção integral ao servidor. Então seu eu for considerar o contexto da proposta política, eu vou me referenciar ao SIASS que eu acho que é um programa que atende bem as necessidades. (Carolina)



Caracterizo como... é... completa... que o governo ao oferecer o subsídio...é...considerou como finalizada a sua parte na prestação de serviços de saúde. (Otávio)

Para Yarin e Gabriela, a política é boa, pois cuida do servidor, porém, demonstram a preocupação com a falta de envolvimento ou apatia dos servidores públicos federais com relação a mesma e medo desta política se dismantelar por conta do governo e, principalmente, dos próprios servidores que conhecem pouco e por isso não exigem seus direitos. Ambas trazem um entendimento histórico de conquistas que precisam ser valorizadas:

Tudo isso foi feito num momento político da administração do PT [Partido dos Trabalhadores]. Isso foi implementada políticas para poder atender o servidor público, para atender nossa carreira. [...] Quando o governo do PT entrou, o que ele tentou fazer, pelo menos criar políticas que cuidassem dos servidores de forma generalizada. Então, criou o SIASS, a Saúde Suplementar que não é um plano de saúde. [...]. Eu tenho 36 anos de serviço público federal, eu vim ter um plano em 2010, no governo PT [...] E essa política toda de Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor também foi criada nesse momento...isto vai vingar? Também não sei...[...].E porque esse cenário pode apontar para isso se dismantelar...é por que nós temos um governo autoritário e conservador de novo? Pode ser, mas também eu acho que a grande maioria da culpa está no servidor, pois nós somos muito acostumados a que tudo... as pessoas têm que nos informar...tudo as pessoas têm que cutucar no ombro e dizer ... "o fulano se tem direito disso". Servidor federal de uma instituição pública, uma universidade, ele não sabe que tudo que ele precisa ele tem direito e tem que dar causa daquilo. O que é dar causa a um direito seu? É fazer um requerimento. Ele não sabe que ele tem um direito de um benefício de Saúde Suplementar, mas ele tem que vir e pedir...ele não sabe que ele vai sair de férias...ele tem que pedir as férias...tem que alguém falar com ele que ele tem que solicitar as férias. [...] Então, dizem que é só os sujeitos pobres da sociedade está acostumada a dar o peixe e o peixe de preferência assado, não difere infelizmente das paredes da universidade. E outro problema que nós temos muito grande ...quem tem um pouco de conhecimento que acontece dentro da universidade ele trava para si as informações porque ele acha que ele sabe e vai perder o espaço. Então, quem chega num determinado posto, passa as informações, ele tranca as informações com ele, o outro não quer saber e assim nós vamos vivendo. E para mim a universidade é o como eu vejo...é um grande instrumento de concreto, frio, cada um anda pelos corredores e eu fico aqui vendo, andando pelos corredores da universidade e lembrando muitas leituras que eu fiz de Michel Foucault em que as pessoas estão preocupadas em manter a ordem, o equilíbrio, as portas fechadas e cada um cuidando do seu momento e garantindo seu salário ao longo do mês e só. (Yarin)



Na fala de Yarin é percebida uma denúncia: a não socialização dos conhecimentos e saberes para os servidores como forma de garantir o status adquirido, o que talvez ajude a entender porque a compreensão da PASS e o SIASS não serem amplamente disseminada.

A proposta política é uma proposta excelente né, mas o servidor tem que estar sempre muito bem atento porque de repente direitos conquistados se a gente não ficar sempre bem unidos eles podem ser retirados. Eu tenho sempre este cuidado de ver como está lá em Brasília. Assim como nos últimos 13 anos teve esse cuidado com a nossa saúde, pode vir novos governos que às vezes pode não dar tanta importância, como nos últimos 13 anos dado essa importância com relação ao servidor público federal. Então, eu conclamo aos colegas né, que fiquem atentos às mudanças que estão acontecendo e buscar sempre esta unidade... não importa qual partido... não importa, isso envolve os seres humanos, a saúde do servidor. (Gabriela)

As duas participantes acima citadas referem-se ao investimento governamental para substituir o primeiro modelo de atenção à saúde do trabalhador - o SISOSP - dois anos apenas após sua criação pelo SIASS como eixo estruturante da PASS e que significou a construção de uma política de estado com as ações em Saúde do Trabalhador no serviço público federal. Muito bem ilustrado nas falas de Ranninger e Nardi (2007, p. 223):

Percebemos [no SISOSP] a extrema vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do servidor público que, definitivamente, não integram uma política pública, mas ficam à mercê dos diferentes governos, sendo que os enunciados da Saúde do Trabalhador parecem ter uma frágil penetração em uma área ainda hegemônica da Medicina do Trabalho.

A PASS é uma política de estado e, por isso, sedimentou e legitimou direitos. Para Ferreira (2014, p. 48):

Os próprios servidores tornam-se os protagonistas na construção das diretrizes da política e possuem papel regulador em sua execução, acompanhando as etapas do processo de saúde do início ao fim, por meio de gestão participativa empregada na implantação descentralizada e coletiva.



Para Victor e Henriqueta a proposta é boa, mas há uma estagnação de ações por parte do governo.

Olha eu acho que é...nós necessitávamos muito dessa especificação, dessa legislação, acho que foi muito importante para nós né. Obviamente nós estamos num período de acomodação da realização dessas ações [...] acredito que é uma proposta boa. (Victor)

Olha, hoje eu vejo uma certa estagnação nessa área, hoje devido as mudanças políticas que a gente vem sofrendo e tudo. Nós tivemos uma época muito dinâmica nessa área, logo quando criou o SIASS, nós tivemos uma dinâmica muito grande e em preocupações que a gente via do governo de desenvolver essa área, de fazer essa área e foi quando a gente implantou aqui...a gente tinha essa preocupação. Hoje, o governo, ele tá ...hoje a preocupação do governo...não está focado nisso mais. Ele estruturou, deu as diretrizes, ele deu a Saúde Suplementar, mas daí para frente ele...depois que ele ofertou isso aí ele estagnou e aí a própria mudança de equipe do governo...a equipe que encabeçou o projeto foi tirada, foi para outros lugares e assim a turma hoje... a gente não percebe esse mesmo dinamismo que tinha...essa equipe que está lá. (Henriqueta).

Nas falas de Victor e de Henriqueta percebemos a importância da política para o servidor, porém ambos alertam para a estagnação das ações por parte do governo. Esta realidade foi abordada e ganhou destaque também nos estudos de Martins et al. (2017, p. 6):

Informações disponibilizadas pelo Fórum do RJ apontam, a partir de 2013, [apontam] para uma diminuição do investimento para implantação das Unidades do SIASS e seus projetos, restringindo-se o orçamento aos exames médicos periódicos, exigidos por lei.

E ainda, para as mesmas autoras, embora a PASS tenha este caráter integrador e referenciado pela saúde do trabalhador houve uma inflexão a partir 2013 para um

[...] modelo conservador de saúde ocupacional tradicional e hegemônico nas relações trabalhistas no Brasil. [o desafio é] ampliar o diálogo e a Integração da Políticas de Saúde, Trabalho e Gestão na Administração Pública, de forma a garantir os princípios da saúde do trabalhador e a universidade do sistema. (MARTINS et al., 2017, p. 1)



Um sentimento de incompletude da lei, ou mesmo de descrença de que na realidade as ações não são realizadas, está ligado ao grupo de participantes que coadunam com a percepção que a política está 'Distante da Realidade' e que poderia ser melhorada para atender as reais necessidades dos servidores.

A proposta é muito interessante, ela é muito válida...a gente percebe que tem uma preocupação com os programas de promoção em saúde. Então, eu acredito que no papel assim né, literalmente falando, ele é bonito, mas na prática a gente percebe que não funciona tal qual está escrita lá. (Isabela)

A proposta se apresenta interessante, mas a operacionalização da mesma não se mostra muito eficiente na prática. (David)

Política...eu não sei assim, eu acho que a gente poderia investir mais, eu não sei se poderia dizer que é a reitoria, a universidade, eu não sei dizer, mas acho que nós temos condições, equipe, para oferecer mais, para fazer melhor. Eu acho que isso poderia ser melhorado. (Vitória).

Na visão de Ana, a proposta não só está distante da realidade como não efetiva a atenção integral ao servidor e isso é demonstrado no teor de desabafo de seus comentários, ao referir-se ao grande número de servidores adoecidos e na falta de assistência:

[com a política] vamos deixá-los saudáveis para que eles não adoçam e na verdade isso não é verdade... porque na verdade... tá todo mundo adoecido. (Ana)

Para os servidores cujas falas foram sistematizadas na unidade temática "Obrigação Legal", a política é algo para ser seguido por que foi imposto como obrigação:

A gente tem atendido a tudo que é proposto pela legislação, principalmente em relação do SIASS, né, a gente segue muito o que diz o SIASS. O SIASS não é uma lei, é uma normativa que foi colocada pra gente e a gente segue isto. Na verdade, foi feita de acordo com a legislação maior que rege o RJU. Tem algumas coisas que a gente não concorda é lógico, porque afeta diretamente alguns de nós, [...] mas a gente não tem como sair fora disso, entendeu...[...],mas isso tudo é tratado legalmente de acordo com a lei e nós não temos tido grandes problemas com a questão a questão legal não. (Laura)



[...] acho ela [PASS] bastante tímida com relação à promoção. Eu acho que somos muito voltados para os modelos que temos na CLT, muito voltados para atender as exigências legais, tipo o exame periódico, o exame admissional voltado praticamente para questões legais. (Felipe)

É uma política baseada nas legislações do Ministério do Trabalho e a gente vê que a [Unidade SIASS] procura oferecer tudo que a legislação exige né, mas talvez a gente tem que melhorar a divulgação e levar ao conhecimento dos servidores e das chefias essas legislações, pois tem muita gente que desconhece, principalmente chefias. Então, a gente tem que tentar difundir mais o que é direito, o que é obrigação. (Francisco)

Outro tema que surgiu foi a 'Invisibilidade Política' que abrangeu falta de divulgação da política, outros motivos que levam ao desconhecimento do servidor com relação à política e o desinteresse do servidor em decorrência do não entendimento da política.

Acho que o servidor público não tem muito conhecimento dessa política não... cada vez que você vai conversar com alguém para explicar que não tem mais o atendimento de longa duração, que você precisa procurar a saúde suplementar, que hoje a Unimed atende. Então, eu percebo uma desinformação, não sei se é falta de interesse ou falta de divulgação, mas realmente não sei se conhecem o programa ou o projeto que foi instituído que a gente inclusive é uma área polo de vários setores e várias instituições de nível federal que a gente atende. Então, essa divulgação talvez ou ela não ocorreu de maneira adequada ou ela é muito parcial. (Sofia)

Em termo de legislação existe. Existem documentos vamos dizer assim, [que] coloca a saúde do trabalhador de uma forma que seria alvo de bastante preocupação e de atenção dos profissionais de uma forma geral, mas realmente na prática, infelizmente ainda não é da forma ideal. (Sophie)

Tanto Sofia como Sophie compartilham o sentimento que, na prática, a PASS não está sendo efetiva e carece de entendimentos e maior engajamento ético e político para acontecer.

Outro tema que surgiu com contextualização histórica é a questão da 'Desconfiança' ou mesmo ceticismo dos servidores em relação às leis criadas pelo governo serem efetivamente alguma coisa realmente 'boa' para o servidor.



O sentimento observado é de muita desconfiança e de que aja outros interesses por trás da PASS e que esses interesses sejam contrários aos trabalhadores.

[...]olha o contexto quando ela (política) foi criada eu fiquei com um certo pé atrás é aí eu estou me referindo a questão do SISOSP que foi o primeiro antes da criação do SIASS. E quando começou o SISOSP a impressão inicial que eu tive dele seria mais uma forma de controle do governo em cima do servidor público, é a questão do absentismo para ele poder monitorar. Só que atentando a carência da legislação do servidor público eu fui mudando um pouco esse entendimento meu, não deixa de ser controle ainda, claro, de reconhecer o Reiki como uma atividade complementar eu já acho um ganho sabe é eu já entendo que tem este controle sim mas na área privada também tem controle né, mas paralelo a isso nós tivemos outros ganhos. Então, a proposta política hoje apesar do turbilhão que estamos vivendo é um contexto bom, assim a gente tem que ficar esperto, pois tem uns projetos de lei que eles estão tentando aprovar que visa uma série de cortes aí e com certeza vai afetar a promoção em saúde, conforme eu disse aí nós não temos verba para tocar, mas de um modo geral unindo servidores, representações sindicais, eu acho que fica válida a coisa. (Marianne)

Elas (políticas) são elaboradas em Brasília. Eu tenho que dizer assim que muitas vezes eu vi chegarem boas notícias aqui de projetos, de programas, de proposições para serem aplicadas no contexto de promoção à saúde do servidor, infelizmente não foi uma ou duas vezes, mas foram várias que eu vi isso... fazia parte de um plano maior de vim dar uma rasteira mais tarde no servidor. Então, vinha, oferecia uma graça, fazia tipo de um curso, oferecia pela internet, para as pessoas fazerem o curso e tal e assim vinha a retirada de algum direito: já que você aprendeu isso, você não precisa disso mais. Aí tomava algum direito, alguma regalia, não sei se é regalia o termo. Algum benefício que o servidor tinha. Eu tenho visto que a política de promoção da saúde é levada a cabo pela administração superior não da Universidade, é uma política meio que manobra assim, vamos dar uma graça para depois a gente puxar o tapete, pelo menos eu tenho essa sensação, pois mais de uma vez eu vi isto acontecer aqui e assim quando a gente conversa com outro servidor de outras universidades, para não falar que é uma coisa só nossa, estamos nos vitimizando, a gente percebe que todos assim começar a colher essa propostas inovadoras de prevenção a saúde com muita malícia, que é que vem depois disso, mas enfim é isso...(Pedro Henrique)



Algumas pessoas referiram “Desconhecimento” da PASS:

Não conseguiria responder no momento (Letícia)

[...] falar que é coisa de política eu não sei te falar, não acompanho tanto essa coisa de política, tanto que para mim começar a pensar de um lado da política é complicado. (Milene)

Também desconheço. (Enzo)

Hoje não existe uma proposta para o servidor público federal, o que existe é a saúde suplementar que eles fizeram, mas não existe a questão da promoção. Existe para que você faça, isto o SIASS que você faça os exames periódicos, existe somente a saúde ocupacional, não tem... nós não temos uma promoção para isso né. E assim vai empurrando com a barriga... vai saindo os que estão aposentando, vão saindo os novos que também vai da mesma forma. Então, é assim de cima para baixo, para mim no meu ver não existe. (Maria)

Os trechos citados acenam para os desafios para efetivação da promoção da saúde e da política de modo geral, especialmente pela falta de apropriação e sedimentação do conhecimento dos trabalhadores responsáveis pelas ações e programas.

Os servidores responsáveis pela criação, implementação e manutenção dos projetos e programas da Unidade de Referência SIASS estudada, indicam ‘Dificuldades de Operacionalizar a PASS’.

Novamente estes elementos descobertos guardam similitude com os estudos de outras Unidades de Referências, como é o caso apresentado por Ferreira (2014, p. 63) que nos traz que, apesar da “[...] política ser na teoria muito bem estruturada, na prática ocorrem falhas executivas, principalmente do MPOG para que a mesma se efetivasse em sua plenitude”.



Entre os entraves encontrados pela autora supracitada, destaca-se que não houve montagens de equipes e nem preparação dos profissionais de saúde para se trabalhar com a política por meio de concurso específico, para a carreira no SIASS, conforme prometido na época da implantação das unidades; faltou a coordenação do MPOG oferecer orientações, apoio financeiro e até avaliação constante de atuação às unidades constituídas. Também foi negado direcionamento nas ações preconizadas na política, ficando cada unidade ou órgãos livres para executar conforme sua realidade e conveniência. Aos gestores das unidades foi percebido que faltou conhecimento, sensibilização e comprometimento político e, ainda, o reconhecimento que as Unidades de Referência são de 'promoção e prevenção' e que muitas vezes só é conhecida pelos servidores usuários e outros órgãos partícipes como local de realização de perícia e em "[...] detrimento das equipes de promoção e prevenção." (p. 64).

Outro ponto destacado no estudo supracitado é o desconhecimento generalizado dos objetivos da PASS e do SIASS pelos servidores públicos, o que leva a uma apatia dos usuários dos serviços da Unidade de Referência que não sabem de seus direitos constituídos e não cobram nem das Unidades, nem do MPOG a efetividade das ações e mais uma vez por desconhecimento reconhece as unidades SIASS apenas com "[...] local de obrigação onde eles precisam apresentar seus atestados médicos [...]" (p. 64) e nesta pesquisa acrescentaria o local de tratar assuntos pertinentes aos planos de saúde.

Assim são percebidas várias dificuldades estruturais de operacionalização da PASS, sendo uma das maiores com relação às bases legais e falta de apoio do MPOG. Desta forma, cada Unidade de Referência ou órgão, executou a política de acordo com seu entendimento. Os participantes do estudo destacaram as dificuldades para cumprir as obrigações legais e que isto acontece em partes, por motivo inclusive de desconhecimento da proposta (FERREIRA, 2014).



5.4 Perfil do usuário da Unidade SIASS

Nesta seção sistematizamos o modo como os servidores envolvidos na criação e manutenção dos programas e projetos de promoção da saúde descrevem o público atendido pela Unidade de Referência SIASS.

Segundo gestores da Unidade estudada, os programas, projetos e as ações consideradas de 'promoção da saúde' são ofertadas aos servidores federais de um dos órgãos partícipes, que é a própria universidade que a sedia.

Relembrando que a PASS é voltada exclusivamente ao servidor público federal e trás na sua abordagem a concepção de saúde do trabalhador o que, segundo Lacaz (2007), implica em acompanhar as modificações dos processos laboral capitalista e suas implicações nas novas formas de adoecimento humano ligadas ao trabalho. Segundo este mesmo autor, o objetivo maior da Saúde do Trabalhador é a prevenção e a defesa da saúde, por meio do controle e conhecimento do trabalhador como agente de intervenção no ambiente de trabalho e que está venha por meio da informação coletivizada, sendo o objeto de estudo o processo saúde doença e sua relação com o trabalho na busca de ambiente e condições laborais saudáveis.

Nesta perspectiva, a PASS apresenta ações em saúde e segurança do trabalho do servidor público federal e tem como objetivo preencher uma lacuna de abandono social para o servidor público que não tinha legislação específica em Saúde do Trabalhador, bandeira vigente no país desde a criação da LOS em 1990 (BRASIL, 2010a). A finalidade das ações de promoção é a "melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, de modo a ampliar a conscientização, a responsabilidade e a autonomia dos servidores" (BRASIL, 2013, p. 01).



Compreender o delineamento do perfil dos usuários dos serviços pelos servidores da Unidade SIASS é fundamental para a efetivação da PASS. Os entrevistados se reportaram ao perfil dos usuários e suas motivações para demandarem os serviços. A primeira questão referente ao perfil dos atendidos foi respondida por 16 entrevistados. O primeiro agrupamento de respostas e que corresponde a maioria dos entrevistado entende que o perfil de atendimento é composto por pessoas adoecidas, sendo que alguns desses participantes referiram que eram perfil de pessoas exclusivamente adoecidas e os outros referiram além do adoecimento outras causas.

O segundo grupo dos participantes elencou outras causas diferentes do adoecimento, a saber: pessoas que gostam de se cuidar ou curiosas por conhecer o que a Unidade oferece; busca por certificados para progressão no serviço público; perfil variado com relação à escolaridade e categoria funcional. Tais motivações também foram aludidas por participantes do primeiro grupo quando afirmaram que não só os adoecidos procuram a Unidade.

Dezesseis participantes se posicionaram sobre o tema. Alguns deles proferiram mais de uma resposta sobre o perfil dos usuários. As narrativas foram agrupadas por temas e categorizadas por critério de semelhança estabelecidos por Bardin (2011). Emergiram falas referentes ao perfil de pessoas adoecidas; houve verbalizações sobre o envolvimento com o cuidado de si e sobre a curiosidade de saber o que a Unidade de Referência oferece; narrativas também ligadas à obtenção de certificados para a progressão na carreira, visto que tem cursos de promoção da saúde que são oferecidos na modalidade de capacitação que resultam em certificados, que podem ser revertidos em progressão profissional conforme RJU; e, por fim, falas relacionadas ao perfil sócio demográfico (faixa etária, escolaridade e categoria profissional).



Uma das características citadas pelos entrevistados com relação ao perfil de quem usufrui as ações são de pessoas que gostam de se cuidar ou são curiosas por conhecer o que a Unidade oferece.

[...]é uma pessoa que tem uma sensibilidade maior, uma pessoa que preocupa em alimentação saudável, em fazer uma meditação[...]. Então, a pessoa que vem fazer tanto a Unibiótica quanto o Reiki é uma pessoa que está mais ligada à espiritualidade e não está tão ligada só a materialismo. (Letícia)

É quem gosta, quem tem interesse, é quem tem acesso a essas informações[...]. (Sofia)

Pessoas que se interessam com cuidados pela saúde e que estão dentro do próprio campus e não precisam de se deslocar de um local para o outro né e dentro da sua disponibilidade de horário, a gente procura estar atendendo da melhor forma, para que todos que procurem o nosso serviço sejam atendidos e também, nós tentamos estar orientando nos setores, quais são as atividades desenvolvidas pela divisão de saúde ocupacional, para que fiquem cada vez mais interessadas em cuidar da saúde. (Sophie)

Os perfis dos usuários são técnicos administrativos e docentes da nossa instituição e são pessoas que se preocupam né, e que são curiosas em conhecer e cuidar da sua saúde... (Isabela)

São aqueles que vem só conhecer... (Milena)

[...]outros vem por curiosidade, alguns né tem programas mais educativos, às vezes pessoas que vem por essa curiosidade por essa necessidade de conhecimento[...]. (Enzo)

O perfil é da prevenção[...]. (Felipe)

Nas verbalizações de Letícia, Sofia, Shofie, Isabela, Milena e Felipe é consenso que quem procura as ações de promoção da saúde são pessoas que tem por hábito o autocuidado ou mesmo pessoas curiosas em saber o que existe na Unidade para que possam usufruir dos serviços, ou seja, é enfatizada a dimensão individual, negligenciando as influências do trabalho no adoecimento e no cuidado em saúde.

Outra característica que emergiu das falas foi a participação em programas considerados de promoção de saúde, visando certificados para progressão na carreira, conforme o RJU.



Isso leva a um movimento de reflexão sobre os objetivos dos programas e seu foco no servidor, visto que não são observadas ações de mudanças nos ambientes laborais, conforme prevê a PASS.

O curso de Qualidade de Vida no Trabalho tem um perfil de pessoas que querem as horas para poder ter progressão na carreira. (Ana)

[...]tem programas que valem por promoção né, tem alguns programas aqui que acabam gerando aqueles pontos para progressão, curso para progressão...capacitação na carreira [...] (Enzo)

Outra característica recorrente apresentada é de um público variado que não tem um perfil sócio demográfico específico, com relação a escolaridade, categoria funcional, idade e condições econômicas. O público é amplo em decorrência tanto da diversidade funcional da instituição de ensino que sedia a Unidade SIASS, quanto pelas instituições federais a ela vinculadas:

[...]o usuário que nós temos aqui, nós temos servidor desde analfabetos que ainda existem na administração pública, da época dos ingressos e até pós doutores. (Yarin)

Pasmem... isso é estatístico, o que a gente percebe principalmente é nossos colegas da classe "D" dentro do nosso plano de carreira. (Gabriela)

[...]um público muito eclético [...]atendemos outros servidores de outras instituições além da [instituição de ensino] por conta até do ministério do planejamento preconizar aquele programa o SISOSP agora o SIASS é um público assim em termo de gênero, escolaridade, idade, a gente atende desde servidor de 19 anos até 70 que no meu caso eu atendo os aposentados eu já atendi servidor de 95 anos já estava aposentado, mas eu fiz atendimento. Então, a margem de extensão é muito ampla, a gente atende pessoas com pós-doutorado e pessoas semianalfabetas, analfabeto funcional, então muita variedade, por exemplo abordando a questão de outros órgãos, a gente atende pessoas da polícia rodoviária federal, então a gente percebe que é um perfil diferente de quem trabalha aqui [...]é diferente ainda do perfil de quem trabalha no INSS, nós já tivemos atendimento de trabalhadores do INSS, do ministério da saúde, do ministério da agricultura. Então, a gente vai verificando que se é a cultura do órgão vai moldando mais ou menos o perfil do servidor ou é o servidor que vai procurar uma estrutura que se adeque mais ao seu perfil, mas são perfis diferenciados, as pessoas por exemplo aqui [...] elas questionam, os do INSS questionam mais, o policial rodoviário elas são pessoas que aceitam mais o que está pronto, não são tão questionadoras né, eu acho isso muito interessante, pois quando nós temos um grupo com a oportunidade de várias pessoas de diferentes órgãos só tem a acrescentar, fica cada vez mais rico. (Marianne)



As descrições de Yarin, Gabriela e Marianne pontuam a grandiosidade do serviço e a diversidade humana, composta pelos servidores atendidos na instituição. A fala de Marianne aponta um desafio contundente: os programas de promoção da saúde são oferecidos somente aos servidores públicos da Universidade que sedia a Unidade de Referência estudada, os outros oito órgãos partícipes recebem ações exclusiva de perícia médica oficial, exames admissionais e os exames demissionais, conforme confirmado com gestores desta Unidade de Referência. Tal fato é grave e assinala a necessidade de investimentos para garantir a expansão das ações de promoção da saúde. Além disso, contribuir para problematizarmos até que ponto se mantem uma abordagem focada na Medicina do Trabalho e não na Saúde do Trabalhador.

A característica mais destacada nas verbalizações é a de pessoas adoecidas. O relato a seguir nos remete à preocupante condição de saúde dos usuários que buscam os programas de promoção no intuito de encontrar 'tratamento/assistência médica ou mesmo psicológica'.

Os usuários são pessoas que estão em sofrimento psíquico, expressando esse sofrimento em desajustes na família e especialmente no trabalho. Às vezes, são pessoas que não tem outra alternativa de ajuda e apoio por exemplo, convênio médico e psicológico, a não ser o promovido pelos programas [da Unidade]. (David)

O destaque encontrado na fala de David foi a abordagem das questões sociais de alguns servidores desprovidos de condições econômicas para acessar serviços privados de saúde. Evidentemente, tais servidores podem acessar o SUS, mas o atendimento psicológico é um dos grandes desafios do sistema público.

[...] perfil de [portadores de] doenças crônicas, [e] o pessoal do hospital são muitas as depressões, entendeu, o pessoal que a gente atende aqui no acolhimento também muita depressão né, conflitos pessoais, né, são pessoas doentes sabe, igual a todo mundo, não tem diferença o servidor da população em termos de números, porcentagens, acho que não tem diferenças. (Ana)



Ana ratifica o aumento das doenças mentais, mas apresenta dificuldades para captar as particularidades do adoecimento do servidor público. Ao afirmar que este é igual a de todo mundo, “[...] não se assume que o adoecimento é causado pelas condições e organização do trabalho e pelo modo de produção atual” (PEREIRA, 2015, p. 137).

São servidores... é... em sua maioria masculino, na faixa etária de 30, eu não tenho isso exato, mas é de 30 a 60... é... são pessoas que estão muitos anos na instituição e adoeceram por relações inconsequentes né, com uso de álcool e drogas e estão nos setores com muitos problemas no trabalho... eles chegam pra gente normalmente encaminhados pela chefia ou por familiares, então é um perfil de pessoas adoecidas mesmo e que traz problemas para o trabalho e com consequências para a atuação no dia a dia. (Carolina)

Pessoas muito doentes emocionalmente, a dependência química é o óbvio, mas eu entendo que a dependência química não é causa, ela é consequência de outras causas, né, relacionais, familiares, ambientais, emocionais, então as pessoas estão adoecidas e muitas vezes a droga vem para tentar anestesiá-las, esquecer e aliviar essas dores. Então, eles chegam aqui com o problema das drogas, mas durante o tratamento outras coisas vão aparecendo, vão surgindo, eu diria que são as verdadeiras causas do uso da droga aparece. [...] Eu diria que as pessoas estão adoecidas emocionalmente, familiarmente. (Barbara)

Carolina e Bárbara expõem uma certa percepção sobre os determinantes sociais da saúde, que causam graves adoecimentos, porém as participantes enfatizam as dificuldades que estes adoecidos têm de desempenhar suas atividades laborais e que são consideradas problemas no trabalho, o que leva ao entendimento de que o interesse com ação é o bom desempenho no trabalho, ainda considerado um ranço das antigas correntes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

Hoje ainda tem uma grande maioria que procura quando já está num desespero total, assim as pessoas procuram o plantão quando não aguentam mais, quando a relação em casa ou no trabalho está no ápice do desespero, quando a pessoa já está doente, quando ela já está no fundo do poço...é. As pessoas não pensam que elas podem participar dos nossos programas quando ainda elas estão bem para cuidar mesmo de si, da saúde, do bem-estar. Elas, a maioria ainda procura quando a coisa já aconteceu, quando a doença já está instalada. (Vitória)



Vitória reconhece o perfil de atendimento de adoecidos graves e sinaliza as dificuldades da adesão ao cuidado de si. Contudo, é importante problematizar o modo como o servidor é responsabilizado pelo seu adoecimento e por não seguir as práticas reguladoras e disciplinadoras (FERREIRA NETO; KIND, 2011) que, segundo Pinheiro (2015, p. 95), tomam:

O indivíduo como principal ou única variável de ajuste, culpabilizando-o por seu adoecimento sem uma reflexão crítica sobre os aspectos da dimensão organizacional e da construção subjetiva a relação com o trabalho que transversalizam o processo de adoecimento.

Novamente percebe-se na fala de Sofia, Francisco, Enzo e Milena a confirmação que a maioria dos atendidos nesta Unidade de Referência é composta por pessoas adoecidas em busca de tratamento:

A maior parte dos que vem são os que já estão num patamar mais complicado, ou passaram pela perícia e a perícia encaminhou, ou alguém ligada a área de recursos humanos que detectou e nos encaminhou, ou um colega que encaminhou, então são sempre pessoas que estão em uma condição um pouco mais sérias vamos dizer assim e como a gente não faz mais assistência propriamente dita é um trabalho que a gente faz de atendimento de curta duração e muitas vezes de encaminhamento, até encaminhar para os programas, mas vai depender qual é a demanda dessa pessoa, mas normalmente são pessoas ou que conhecem ou estão mais adoecidas.(Sofia)

[...] é uma faixa etária mais elevada, é um pouco de obesidade, sedentarismo a gente vê o que prevalece nesses trabalhadores e algumas doenças características dessa faixa etária. Então, o perfil seria esse. (Francisco)

[...] alguns vem por necessidade né, precisam do atendimento, do acolhimento[...] (Enzo)

[...] vem muito adoecidas, outras vem encaminhadas pelo médico. Antes tinha mais... uma relação com o psiquiatra anterior... encaminha... [...] Então, não tem um perfil... é muito variado, vai mais só pelo estresse e quer relaxar um pouco. É muito variado (Milena)



O que estas verbalizações demonstram é que o perfil daqueles que procuram a Unidade de Referência em busca de ações de promoção é de servidores já adoecidos e isso demonstra que as ações criadas são mais de assistência do que realmente de promoção e mais uma vez este estudo demonstra muita similitude com o estudo de Pinheiros (2015), que destaca uma dificuldade de operacionalizar ações no âmbito da promoção da saúde.

Tal dificuldade é oriunda inclusive da fragilidade ou mesmo do desconhecimento conceitual de promoção da saúde sedimentada na PASS e da falta de apropriar-se da própria Política em questão e que sejam “[...] capazes de vislumbrar a construção de práticas em saúde do trabalhador no nível primário de atenção” (PINHEIRO, 2015, p. 93).

A outra questão referente ao perfil dos servidores atendidos é a que trata dos motivos para participação dos programas de promoção da saúde. Nas verbalizações dos participantes, o que motiva os servidores a procurarem as ações de promoção da saúde são os predicados atribuídos no perfil do usuário, anteriormente mencionados, ou seja, o autocuidado; dificuldade financeira; a progressão na carreira; o desejo de ganhos materiais; grande destaque para o sofrimento mental e físico; por estar em situação crítica ou grave e ainda relatos que se reportam à baixa adesão dos servidores apesar dos esforços da equipe.

Um dos motivos para participação nos programas de promoção é a condição financeira precária de alguns servidores, que buscam nos serviços de promoção ajuda, como por exemplo, aos exames médicos periódicos, a solução para resolver questão de saúde, visto que não têm recursos de buscar outros serviços particulares, além do sobrecarregado SUS, ou mesmo porque antes da implantação do SIASS, existiam ações de assistência no órgão que hoje sedia a atual Unidade de Referência e, como hoje não é mais o ‘foco’ a assistência, fazem os exames periódicos no intuito de saberem um pouco mais de sua situação de saúde.



Agora a grande maioria procura fazer o exame periódico pela grande razão... eles não conseguem manter o plano de saúde particular. (Yarin)

Felipe denuncia, também, que os programas/projetos de promoção esbarram na baixa adesão e conclui que o servidor demonstra desinteresse em participar:

Na verdade, a gente percebe uma pequena adesão... muito pequena do servidor quando se propõe a montar esses programas [de promoção] e se levar até a eles. A adesão é pequena e os números de pessoas que participam também são baixos. Quando vamos fazer nossas intervenções costumam não comparecer praticamente nenhum servidor. Então eu percebo que há um desinteresse desse servidor pelos programas (Felipe)

Essa situação é confirmada pela fala de Yarin que diz que os programas motivam para o autocuidado, porém, tem a percepção que poucos servidores procuram participar das ações de promoção:

Eu tenho percebido que alguns tem isso como um hábito [cuidar da saúde] rotineiro, procura até... pouquíssimos os números. (Yarin)

Para Ana o que motiva a participação é a obtenção de ganhos concretos, do tipo brindes, exames e por meio desses "atrativos oferecidos" a equipe de promoção consegue ofertar ações de promoção. Ana tece críticas a essas motivações:

Eu acho que tem muito daquela coisa paternalista, a ideia paternalista de que eu vou ganhar uma coisinha sabe, concreta, uma coisa concreta. Então quando faz o evento do dia mundial da saúde, aí tem os trabalhos que serão oferecidos...um Reiki, um relaxamento, um brinde, eu acho que as pessoas precisam ainda desse ganho concreto para poder ganhar o que não está explícito, infelizmente. (Ana)



Embora haja baixa adesão, o autocuidado foi lembrado como motivo de participação nos programas e projetos de promoção:

Eu penso que é o cuidado da saúde mesmo né, a gente tem que trabalhar na consciência dos nossos servidores da importância desses programas e a prevenção. (Gabriela)

É mais uma oportunidade que eles têm de fazer um exame de rotina, exame de sangue, exame de urina, conversar com o médico, falar sobre alguns problemas de saúde. Então, é isso que motiva os servidores a participar. (Francisco)

O bem-estar ... a autoestima, esses programas ele começa desde a te ensinar, a ensinar o servidor a lidar com seu próprio salário. (Leticia)

Um motivo que foi muito citado é a possibilidade real de progressão na carreira após a participação de cursos de capacitação ligadas aos programas de promoção:

[...] tem programas mais educativos, às vezes pessoas que vem por essa curiosidade... por essa necessidade de conhecimento, tem programas que valem por promoção né, tem alguns programas aqui que acabam gerando aqueles pontos para progressão, curso para progressão...capacitação na carreira, então seria esses três os principais motivos. (Enzo)

Bom aqui da universidade eu posso falar em termos salariais né por exemplo estes cursos que são entendidos como de capacitação se a pessoa tiver como galgar ainda na progressão dela da carreira ela tem uma repercussão financeira né, tem um ganho direto das ações, seja na melhora da autoestima, autoconhecimento aprimorado, aumento mesmo do seu ciclo social. (Marianne)

[...] por ele ser um curso de capacitação ele oferece horas, para as pessoas capacitarem para a progressão na carreira, então isso também é um motivador bem grande. (Vitória)

Mas o grande motivo de participação nos programas de promoção foi dado ao sofrimento mental, físico e pelos servidores estarem em situação crítica ou grave de saúde.

Acredito que o sofrimento psíquico significativo, especialmente quando seus reflexos são sentidos nas relações e no desempenho do trabalho.

O que motiva? Acredito que é a sua necessidade... de um estágio de necessidade, de adoecimento e que ele precisa de um apoio, uma orientação, de um cuidado, acho que é isso aí. (Milene)



O que traz o nosso cliente, nosso paciente, o nosso servidor é mesmo o sofrimento pelo uso de álcool e droga. (Carolina)

Ele vem quando está muito séria a situação. (Barbara)

Eu acho que a necessidade, quando as pessoas sentem que não estão dando conta sozinhas, acho que isso. (Vitória)

Acredito que quando surge algum problema. Acho que, em geral quando já estão, ou ainda estão saudáveis sem nenhum problema em si, acabam não participando de uma forma assim preventiva. Mas acho que quando acontece alguma situação problemática de algum conflito, aí motiva. (Sophie)

Eu não sei te dizer exatamente o que motiva. Eu sei como eles chegam né, que são dessas duas formas, ou eles ouviram falar ou alguém encaminhou, as demandas estão aí ou estão passando uma fase crítica e não sabem o que fazer aí alguém nos leva ... sempre neste sentido acontece. (Sofia)

Articulados às motivações dos servidores estão os objetivos dos programas e ações. Rivera e Artmann (2009, p.183) dizem que ao se tratar de promoção da saúde se “[...] exige um tipo de planejamento de ação apoiada em uma visão totalizante e sistemática que dê conta dos vários determinantes ou das várias dimensões de causa.”. Segundo Czeresnia (2009a, p. 51) a ideia de promoção “[...] envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva de lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde”. Neste sentido, as ações de promoção vão além de uma técnica ou mesmo normas.

Não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, bem como a utilização do conhecimento com o discernimento de atentar a concepção de promoção da saúde. (CZERESNIA, 2009a, p. 52).

Para finalizar trazemos a verbalização da participante Laura que assevera a realidade enfrentada pela Unidade de Referência:

Os projetos são de promoção, mas a gente faz um pouco de assistência também quando a gente tem uma equipe de psicólogos e assistentes sociais que fazem o acolhimento psicológico. Quando nós temos um psiquiatra que faz atendimento como assistência né. Na área de promoção e prevenção da saúde, o que a gente tem lá são os programas. (Laura)



A análise das entrevistas com servidores envolvidos na construção dos projetos e programas de promoção da saúde demonstra o equívoco de chamar exclusivamente de projetos e programas de promoção da saúde, ações que têm em seu bojo maior o tratamento de adoecidos, a oferta de certificados, a entrega de brindes, etc.

Reafirmamos a necessidade de recuperar a historicidade dos conceitos que fundamentam a atenção à saúde do servidor público federal e de instigar os trabalhadores das Unidades SIASS à auto avaliação dos seus saberes e práticas, elemento fundamental para avançar na consolidação da PASS e do SIASS.



6. A MATERIALIZAÇÃO DA PASS NO COTIDIANO DA UNIDADE SIASS

Seria uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceber as injustiças sociais de maneira crítica.

Paulo Freire

Conforme já apresentado, no Brasil, há pouco mais de uma década (2003), foi iniciada a implantação de uma política pública específica para a atenção integral em Saúde do Trabalhador para o servidor público federal, que inclui ações de vigilância, promoção, assistência e prevenção dos agravos decorrentes do trabalho (BRASIL, 2010a).

Dentro desta política estão prescritas algumas iniciativas para efetivar a integralidade da atenção à saúde a esse grupo específico, a saber: um sistema de informação em saúde em saúde do servidor; uma sólida base legal; uma rede de unidade e serviços denominadas de Unidades de Referência do SIASS e a garantia de recursos financeiros específicos para a implantação e ações e projetos. Esse “[...] movimento deu consequência à criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS.” (BRASIL, 2010a, p. 3).

Esta sessão visa descrever as ações, projetos e programas ofertados pela Unidade de Referência SIASS na perspectiva dos participantes do estudo.

6.1 Estruturação da Unidade SIASS

A Unidade de Referência SIASS estudada, conforme já citado, é sediada em uma universidade federal e vinculada à uma pró-reitoria de gestão de pessoas. A caracterização das ações, projetos e programas ocorreu com base nas entrevistas, na consulta às informações disponíveis no Portal SIASS e nos documentos que compõem as bases legais da PASS.



Os servidores da Unidade SIASS forneceram panfletos e documentos informativos sobre os serviços que não são indicados nas referências, visando garantir o anonimato dos participantes e sigilo quanto à instituição estudada.

As Unidades de Referência do SIASS devem agregar vários serviços e contam com equipes multiprofissionais que são responsáveis por:

Desenvolver ações de perícia, promoção da saúde, vigilância aos ambientes de trabalho, registro dos acidentes de trabalho, nexos das doenças profissionais, readaptação funcional e apoio assistencial para os casos de agravos instalados. (BRASIL, 2010a, p. 11).

Segundo os entrevistados, mesmo antes da criação da PASS, na Instituição, sempre existiram ações em prol da saúde dos servidores e, com o passar dos anos, essas ações foram se multiplicando, demonstrando como a política criada fortaleceu essa prática.

Os projetos [...] eles existem desde a implantação, mudou-se o nome da diretoria e foi só ampliando esses programas né... nesses quase 16 anos de diretoria eu não vi nenhum retrocesso... vai ser cortado algum programa? Não! Muito ao contrário, houve ampliação destes programas, a diretoria tem esse cuidado de estar sempre pensando no bem-estar do servidor...o que fazer? Tanto que a gente tem na diretoria uma equipe multidisciplinar, psicólogos, assistentes sociais, o administrador, então só tem a crescer e aumentar esses programas. (Gabriela)

Para Vitor, a implantação da Unidade de Referência se deu pelo seu histórico em ações em prol do servidor e, com o passar dos anos e com a Política foram legalmente instituídas.

[...] a história da [diretoria] foi voltada toda para o servidor né. [...] Então, a universidade sempre teve uma diretoria que cuidasse do servidor. Agora a medida que os anos foram passando, [...] foi se especializando e criando departamentos, áreas específicas para dividir as ações. Então dentro dessas divisões das ações, do tipo de ações de benefícios ao servidor existe as áreas por exemplo... área de promoção da saúde, existe as áreas de saúde ocupacional, existe a área de perícia, existe. Então, assim cada uma dessas áreas existem programas, vários programas para poder beneficiar a saúde do trabalhador, porque nós estamos aqui, é a nossa existência, é essa a finalidade. (Victor)



Henriqueta detalha a especificidade que alguns dos serviços que a Unidade traz, como por exemplo uma legislação mais rígida e direcionada com ações executadas de forma padronizada.

Olha a gente tem vários programas de saúde né, [...] a parte de abrangência mais técnica, que é a parte da perícia, dos periódicos e da segurança do trabalho né, então são programas que você tem uma legislação própria...bem definida, que te limita e ela não dá muito...te dá um mínimo que você tem que abranger né. É diferente da [promoção da saúde] que a programação [...] é mais abrangente, ela pode escolher mais como ela pode direcionar. [A perícia, os exames periódicos e a segurança do trabalho] ... por ela ser uma coordenação mais técnica, ter que seguir uma legislação... ela é mais direcionada. (Henriqueta)

Gabriele, Victor e Henriqueta valorizam as conquistas históricas de criação e manutenção dos projetos/programas desenvolvidos pela Unidade de Referência para atenção à saúde do servidor.

Entre as ações existentes nas Unidades de Referência, identificamos: a) Perícia, b) Saúde Suplementar; c) Ações de Vigilância e promoção da Saúde.

A Perícia é um ato administrativo “imprescindível nos processos de licença por motivo de saúde, aposentadoria por invalidez, readaptação, reabilitação funcional, nexos de acidente, doença profissional e doenças relacionadas ao trabalho”, executado em todas as Unidades de Referências por uma equipe multiprofissional e que consiste na “avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do periciado por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado” (BRASIL, 2010b, p. 16).

A perícia oficial em saúde deverá produzir informações para fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e respaldar alguma alteração posterior (BRASIL, 2010a).



De acordo com o Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, a perícia oficial em saúde compreende duas modalidades: 1) Junta Oficial em Saúde: perícia oficial em saúde realizada por grupo de três médicos ou de três cirurgiões-dentistas; 2) Perícia Oficial Singular em Saúde: perícia oficial em saúde realizada por apenas um médico ou um cirurgião-dentista (BRASIL, 2010e). A PASS enfatiza que a Perícia exige:

Uniformização de procedimentos, transparências dos critérios técnicos, eficiência administrativa, humanização no atendimento, racionalidade de recursos, bem como ao apoio multidisciplinar e às relações com as áreas de assistência e promoção (BRASIL, 2010a, p. 4).

Esse serviço garante o cumprimento do processo legal dos afastamentos por motivo de saúde do servidor, com a transcrição de atestados médicos e odontológicos, concessão de afastamentos, avaliação social feita por assistente social, bem como de readaptação funcional frente uma limitação. Todos os atestados devem ser rigorosamente transcritos pelos servidores públicos federais, visando principalmente o pagamento dos dias afastados por motivo de saúde.

No cotidiano da Unidade SIASS, o serviço de perícia aparece, na fala de participantes, separado das demais atividades de atenção à saúde do trabalhador, como pode ser observado no trecho da entrevista de Pedro Henrique:

Como do setor de junta médica [...] a gente não faz. Não é nossa atribuição fazer projeto ou programa para atenção à saúde do servidor. Nossa função é outra. (Pedro Henrique)

Diferentemente da interpretação de Pedro Henrique, o texto da política compreende as contribuições da Perícia Oficial Médica não só para as decisões periciais, mas também para as “ações de assistência, prevenção aos agravos e promoção à saúde de modo a possibilitar um retorno mais rápido ao trabalho” (BRASIL, 2010c, p. 5).



O conhecimento e a compreensão dos “[...] fatores envolvidos nos processos de adoecimento dos servidores revela-se de suma importância para a consolidação de ações voltadas a atenção à saúde.” (BIZZARIA; TASSIGNY; FROTA, 2013, p. 4). Esses mesmos autores referem que:

A realização de ações bem estruturadas torna possível a promoção de uma maior qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente, a redução de taxas de adoecimentos, de absenteísmos e de afastamentos.

Nesse sentido, o desconhecimento das condições de trabalho, a falta de dados epidemiológicos, o não-compartilhamento de experiências de intervenção, dentre outros aspectos, traduzem-se em uma carência de informações que produz entraves a PASS e ao planejamento de ações. (BIZZARIA; TASSIGNY; FROTA, 2013, p. 4).

Zanin (2015, p. 91), ao sintetizar as críticas elencadas na Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Federal, em 2009, com relação à perícia médica para o servidor público federal, evidencia a dificuldade de mudanças do paradigma nesta seara, principalmente pela “[...] ênfase nas ações de perícia médica em detrimento de outras ações de promoção da saúde [...]”; e pelo “[...] risco do SIASS se tornar exclusivamente um modelo pericial de controle[...]”.

No que se refere à assistência à saúde do servidor público federal, a PASS preconizou a adoção de parcerias público-privado. É um benefício financeiro compartilhado entre a administração pública e o servidor e se destina à assistência médico-odontológica apenas aos trabalhadores que se associarem a planos de saúde suplementares e tem rubrica de despesa obrigatória no orçamento. Este benefício denominado ‘Saúde Suplementar’ foi universalizado para todos os servidores e seus dependentes legais e também é equânime, ou seja, o benefício é maior para servidores que recebem menores salários e em maior faixa etária (BRASIL, 2010a; ZANIN et al., 2015).



A Portaria Normativa SHR nº 3, de 15 de setembro de 2009, regulamenta o benefício da Saúde Suplementar e obriga as operadoras e planos de saúde a oferecerem a cobertura mínima de rol de procedimentos. Otávio descreve como a Saúde Suplementar foi instituída na Unidade SIASS estudada:

Eu posso falar mais sobre o setor de Saúde Suplementar, que desde 2008 que o governo instituiu o benefício da Saúde Suplementar que a gente chama de subsídio... é... o servidor recebe para ajudar a custear o plano de saúde e que é uma forma de proporcionar ao servidor qualidade de vida e saúde, tanto no exercício das funções, como nas atividades do dia a dia, através de tratamentos e acompanhamentos dos problemas que surgem relacionados à saúde dos servidores e seus dependentes. (Otávio)

O participante também avalia de forma crítica a decisão do governo em ofertar um subsídio visando a assistência ao servidor, mas compreende a importância desse benefício:

Então, o governo paga o subsídio e considera que está finalizada a sua parte quanto a assistência. É... Sempre o servidor quer mais e o governo não consegue avançar com o valor do subsídio que na verdade estão ficando defasados, mas olhando para um outro lado ainda é muito importante na ajuda desse pagamento dessas despesas de saúde. (Otávio)

No que se refere ao financiamento público de planos de saúde para os servidores federais, a decisão é polêmica e encontra-se no meio de calorosas discussões entre setores que

[...] defendem o SUS como sistema de saúde universal para todos os brasileiros, inclusive para os servidores públicos [...]

Estes setores consideram haver uma contradição entre o Estado prestador de serviços, que constrói políticas públicas para toda a população, e o Estado empregador que opta por financiar planos de saúde privados (BRASIL, 2008, p. 3).



Uma situação que este estudo observou foi que os participantes, apesar de considerar importante a Saúde Suplementar, entendem que a mesma não atende todos os servidores, isto por conta de relatos de que muitos dos usuários, apesar de terem direito ao benefício da saúde suplementar, não conseguem arcar com a contrapartida financeira necessária para usufruir dos planos de saúde e quando precisam de um atendimento recorrem ao ambulatório do servidor existente.

Agora a grande maioria procura fazer o exame periódico pela grande razão, eles não conseguem manter o plano de saúde particular. (Yarin)

Mas as questões dos planos de saúde que está ficando muito cara hoje. Por exemplo, a demanda aqui [ambulatório] aumentou muito devido a isso. Tem muita gente saindo dos convênios e procurando o nosso serviço aqui... (Maria)

Percebemos dentro desta Unidade de Referência a importância do Ambulatório do Servidor, serviço de assistência que existia e que foi mantido após a implantação da PASS, principalmente para estes servidores que não conseguem manter seus planos. A política traz em seu texto que nos órgãos que já existiam algum serviço de assistência médica há previsão de mantê-los de forma residual, porém seria desmotivada a criação de novos serviços (BRASIL, 2010a).

O [ambulatório do servidor] hoje, nas condições de estrutura... de todo tipo de estrutura... ele é só mesmo como um ambulatório..., mas o paciente, o servidor, ele acaba vindo porquê? Porque ele acaba sendo atendido na hora...ele precisa... "olha eu estou passando mal", "como é que eu faço né"... e aí acabamos atendendo esse servidor, porque ele está passando mal, ele não tem onde ir. E aquilo que nós podemos fazer a gente faz. (Maria)

Apesar de muito valorizado pelos servidores é percebido na verbalização de Maria que neste ambulatório existe a precarização das atividades, apesar do esforço setorial para prestar uma boa assistência.



E o [ambulatório] hoje não tem condições de fazer urgência e emergência e nem pronto atendimento. É... tem algumas coisas, algumas especialidades que nós não temos, e o que nós temos aqui é muito pouco, que é na área de clínica, alguns cardiologistas, dois ortopedistas, um nutricionista, hoje não tem a fisioterapia mais porque ela [...] foi tirada. Então, o servidor... ele assim... [o serviço] deixa muito a desejar. (Maria)

Hoje é disponível a saúde suplementar, mas tem muita gente que usa o [ambulatório] aí a pessoa vai ao [ambulatório] e precisa de um exame da alta complexidade, aí a fila é imensa, o [ambulatório] é SUS, então não tem como a gente intervir e aí a pessoa fica frustrada, [a Unidade de Referência] quis oferecer, mas tem coisa que a gente não consegue contemplar. (Marianne)

Os relatos de Maria e Marianne evidenciam que a saúde suplementar não atinge seus objetivos de “[...]manter ou reestabelecer a saúde ou minimizar os danos decorrentes de enfermidade ou acidentes” (BRASIL, 2010a, p. 7) e que por questões financeiras não atinge todos os servidores. Por sua vez, o ambulatório não consegue acolher todas as demandas dos servidores, o que claramente é responsabilidade do SUS. Além disso, tanto um quanto outro serviço parece desarticulado com os objetivos de fomento de informações epidemiológicas para direcionar ações em prol da integralidade da saúde desses servidores.

Um dos grandes desafios da PASS é a execução de “[...] ações de vigilância e de promoção à saúde, que alterem ambientes e processos de trabalho” (BRASIL, 2010a, p. 5) com a intenção de causar impactos positivos na vida, saúde e trabalho dos servidores públicos.

A estratégia preconizada para a promoção da saúde dos servidores federais é “[...] aliar um sistema de vigilância epidemiológica, que interprete dados da saúde do servidor, a ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho.” (BRASIL, 2010a, p. 5).



Além de negociar o que for prioritário nos locais de trabalho, a proposta deve se fundamentar no “[...] conhecimento multidisciplinar e na participação dos servidores em todas as fases do processo de intervenção, para melhor atender a relação saúde-trabalho (BRASIL, 2010a, p. 5).

O MPOG definiu como iniciativas para promover a saúde dos servidores as seguintes ações: Exames Médicos Periódicos (EMP); a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), que respalda a construção da rede de projetos de qualidade de vida e as Comissões Internas de Saúde por Local de Trabalho (CISSP) e, ainda, a Política de Saúde Mental (BRASIL, 2010c). Vejamos, em linhas gerais, as características de cada uma delas.

O exame médico periódico é uma iniciativa para promover a saúde do servidor e consiste na:

[...] avaliação clínica, de exames laboratoriais, imaginológicos e complementares designados conforme idade, sexo, características raciais, função pública e o grau de exposição do servidor a fatores de riscos nos ambientes de trabalho (físicos, químicos, biológicos e ergonômicos), conforme Decreto nº 6.856 de 25 de maio de 2009. (BRASIL, 2014, p. 14).

A intenção desta ação é avaliar as condições de saúde dos servidores e detectar de forma precoce as doenças relacionadas ou não ao trabalho e objetiva, também, consolidar o perfil epidemiológico dos mesmos (BRASIL, 2010a).

No relato a seguir, Gabriela confirma essa intenção, mais a nomenclatura utilizada ‘saúde ocupacional’ demonstra um equívoco conceitual com relação à bandeira defendida na PASS ser a corrente Saúde do Trabalhador:

Trabalhamos com a prevenção de doenças do trabalho né, através dos exames de saúde ocupacionais preventivos e também nos admissionais, mas o foco mesmo da [...] saúde ocupacional é a prevenção, né das doenças, das patologias alusivas ao meio do trabalho do servidor. (Gabriela)



E o equívoco conceitual perpassa a fala de outro participante deste estudo que continua a utilizar terminologias ultrapassadas como Saúde Ocupacional e Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO):

O programa de saúde ocupacional ele é um programa que tanto você faz promoção basicamente e um trabalho preventivo, né. Então, você faz um programa de ação de saúde, que é prevenção, orientação e além de exame de saúde ocupacional que também é um exame preventivo e todos eles estão no Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional. (Francisco)

A verbalização de Francisco sinaliza que a Saúde Ocupacional era a prática que existia e que não parou de ser utilizada.

A criação do projeto é assim... desde que eu cheguei na saúde ocupacional [...] a gente começou a trabalhar com este projeto, porque saúde ocupacional desde quando você trabalha com ela você tem que estar com esse projeto em dia né. (Francisco)

Yarin caracteriza como a ação acontece:

Então, a característica dele é esta, tem um rol de exames definidos pelo Ministério do Planejamento, não é o médico que determina, nem o nosso laudo que o nosso médico faz. É o Ministério do Planejamento, que ele elencou por idade e por sexo, o que cada servidor deve fazer, aquelas doenças perigosas de quem trabalha com RX, que trabalham em lugares de maior facilidade de ter adoecimentos ou causar problemas de saúde em razão do trabalho, tem os exames periódicos de dois...de seis em seis meses e até, de três em três meses...e isso é feito por técnicos do Ministério do Planejamento. Essa lista está dentro de um programa que nós acessamos por meio de um token digital.

E o servidor mesmo que ele queira fazer um tipo de exame, não tem como permitir fazer esse exame. Às vezes quando se tem essa necessidade pela realidade que acontece dentro da instituição o que é feito? O médico do trabalho dá um diagnóstico, dá um parecer técnico... a gente manda a demanda para o Ministério do Planejamento e ele autoriza a inclusão de exames complementares, os que já estão propostos para cada servidor. (Yarin)

A entrevistada Sophie demonstra como é feita a intervenção deste serviço com os servidores.

É realizado com os servidores que agenda o seu exame periódico [...]. Então, individualmente é orientado para aquele servidor cuidados com a saúde, né. (Sophie)



O que se observa nas falas dos participantes é uma clara utilização de terminologias ligadas à corrente da Saúde Ocupacional. Os exames periódicos são utilizados preventivamente no diagnóstico de doença e a intervenção desse serviço é centrada no servidor, que é orientado a cuidar de sua saúde, dando a entender que a saúde do trabalhador é de sua exclusiva responsabilidade (PEREIRA, 2015). Esta afirmação de que os exames médicos seguem a lógica da corrente Saúde Ocupacional se fortalece na verbalização de Yarin, que acredita que esses exames são feitos para resguardar juridicamente o empregador de possíveis processos trabalhistas por adoecimento laboral.

E esse acompanhamento que a gente faz...tanto que se os exames periódicos, se ele te der um diagnóstico de um problema de saúde, a empresa não cuida daquela saúde, mesmo que foi diagnosticado no periódico ... a não ser que você passe por um processo muito grande de acidente de trabalho, ou de alguma contentamento de algum médico particular que diga...que seu médico assistente diga que a sua doença é proveniente da sua atividade laboral, mas isso requer demanda judícia, uma série de argumentações, porque o médico do trabalho, mesmo que ele fazendo os exames médicos de saúde do servidor, ele quer garantir, que durante o período que ele está sendo investigado ele não encontrou nenhum problema de saúde nos exames básicos que possa caracterizar que ele adoeceu em razão de seus trabalhos.

Na realidade, os exames de saúde dos trabalhadores tanto do serviço público, como nas empresas privadas é uma forma de resguardar o padrão de um possível processo que possa vir de contestação que ele possa estar adoecendo no trabalho e ser indenizados e até aposentadoria precoce em razão de problemas que ele possa adquirir.
(Yarin)

Os estudos de Santos (2017, p. 129) evidenciaram que os Exames Médicos Periódicos não conseguem ainda atingir os objetivos da política, principalmente, pela “[...] insuficiente capacitação da equipe que os realiza sobre a PASS[...]” e que pode ser demonstrado pelos relatos anteriores que não evidencia articulação com o campo Saúde do Trabalhador; pela “[...] baixa adesão dos servidores quanto a sua importância [...]”; e ainda ao “[...] difícil acesso aos relatórios [...]” do SIAPE – Saúde para construção do perfil epidemiológico dos servidores.



Os motivos pela baixa adesão dos exames periódicos elencados são:

É mais comum a realização de acompanhamento médico pela via da saúde suplementar e, por extensão, o conhecimento da boa condição física geral. Questões ligadas às dificuldades em se ausentar do setor e à grande quantidade de exames, dificuldades em agendamento de consultas, críticas ao atendimento médico e de atendentes e desmotivação diante de aparente descaso da Instituição (SANTOS, 2017, p. 129).

Os participantes da pesquisa denunciam outro problema enfrentado e que também reflete na baixa adesão, ou seja, não fazer os exames se tornou uma forma de resistência, ou mesmo medo do servidor em produzir provas que indiquem doenças ou adoecimentos que podem ser utilizados contra o mesmo.

Agora a ação [de não fazer o exame periódico] das pessoas com relação a esses é idêntica. O servidor que não tem esclarecimento, não teve oportunidade de ir as escolas, ela não faz [exame periódico] por que ele pensa que pode ser prejudicado se ele tiver uma doença e ela possa ser diagnosticada e eu já ouvi de professor doutor que fala... "eu não faço exame periódico porque eu não sei se a universidade quer usar isso para me demitir".

Então, a ideia, a questão de vigiar, de controle com relação ao periódico é uma coisa que não é uma inculcação, já faz parte da memória das ações do servidor independente se ele tem uma formação mínima ou ele é um pós-doctor. (Yarin)

A baixa adesão aos exames médicos periódicos impacta em sua função de ser a estratégia principal, juntamente com perícia médica e a assistência médica, de consolidar informações para a construção do perfil epidemiológico dos servidores federais. Soma-se a isso, a impossibilidade das Unidades de Referência de acessar os dados no sistema informatizados do SIASS –Saúde em decorrência do programa ainda estar em construção.

O que ficou evidenciado tanto nos estudos de Santos (2017), quanto nesta pesquisa é que “[...] há um desconhecimento quanto à finalidade dos EMP no trabalho, tomados, muitas vezes, como sinônimos de check-up, desvinculado dos processos e das relações de trabalho [...]” (SANTOS, 2017, p. 129), tanto por parte dos servidores, como por parte da equipe que executa as ações.



A Norma Operacional de Saúde do Servidor Público (NOSS) é um importante instrumento que orienta “a implantação de serviços e do desenvolvimento de ações inerentes às áreas de Vigilância e Promoção da Saúde do Servidor Público Federal” (BRASIL, 2010d, p. 23). As ações referentes à vigilância e promoção da saúde devem acontecer na inter-relação entre os eixos vigilância e promoção da saúde, perícia em saúde e assistência à saúde, visando a atenção integral a saúde do servidor e que o trabalho seja feito por equipe multiprofissional com abordagem transdisciplinar (BRASIL, 2010e).

Esta base legal conta com as especificações conceituais diversas, entre estes há o entendimento da Promoção da Saúde do Servidor ser o

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, 2010d, p. 25).

A Vigilância em Saúde do Servidor é definida como o

Conjunto de ações contínuas e sistemáticas, que possibilita detectar, conhecer, pesquisar, analisar e monitorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde relacionados aos ambientes e processos de trabalho, e tem por objetivo planejar, implantar e avaliar intervenções que reduzam os riscos ou agravos à saúde. (BRASIL, 2010d, p. 25).

As diretrizes norteadoras da NOSS são: universalidade e equidade; integralidade das ações; acesso à informação; participação dos servidores; regionalização e descentralização; transversalidade; intra e intersetorialidade; co-gestão; formação e capacitação; transdisciplinaridade; transversalidade; pesquisa-intervenção (BRASIL, 2010d).

As estratégias de operacionalizações da NOSS contemplam as “[...] avaliações dos ambientes e processo de trabalho, o acompanhamento da saúde do servidor e ações educativas em saúde” (BRASIL, 2010d, p. 28).



A norma lista as atribuições e competências dos diversos atores responsáveis por sua efetivação: Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor; ao Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor; aos Dirigentes do órgão ou entidade; ao Gestor de Recursos Humanos; a Equipe de Vigilância e Promoção e ao Servidor.

Outra importante iniciativa, visando a promoção da saúde dos servidores públicos federais é a composição de uma Rede que articule os projetos de promoção à saúde e de qualidade de vida compatíveis com os conceitos, princípios e diretrizes da PASS, o que possibilita a “[...] articulação de ações isoladas e pontuais em projetos coletivos enriquecidos por experiências, que estimulem a participação dos servidores e envolvam gestores públicos” (BRASIL, 2010a, p. 6).

Esta iniciativa foi subsidiada pela NOSS e, principalmente, pela Portaria Normativa nº 3 de 25 de março de 2013, que instituiu as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal e que visa orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC).

A seção dedicada às diretrizes preconiza que os projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho deverão ser implantados de forma “[...] descentralizada e transversalizada, por meio das áreas de gestão de pessoas, de saúde e de segurança no trabalho, e que contemplem a gestão participativa” (BRASIL, 2013, p. 1). As prioridades dessas ações devem contemplar “[...] a educação em saúde, a prevenção dos riscos, agravos e danos à saúde do servidor, ao estímulo dos fatores de proteção da saúde e ao controle de determinadas doenças” (BRASIL, 2013, p.1). O esperado com estas ações é:

[...] a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, de modo a ampliar a conscientização, a responsabilidade e a autonomia dos servidores, em consonância com os esforços governamentais de construção de uma cultura de valorização da saúde para redução da morbimortalidade, por meio de hábitos saudáveis de vida e de trabalho. (BRASIL, 2013, p. 1).



As iniciativas de promoção da saúde devem, preferencialmente, basear-se em “[...] dados epidemiológicos e no resultado das avaliações das condições, da segurança e dos processos de trabalho” (BRASIL, 2013, p. 1).

Com relação os Programas, Projetos e ações de promoção de saúde são descritas nesta Portaria as seguintes áreas: saúde do adulto; saúde bucal; saúde do homem; saúde do idoso, saúde mental; saúde da mulher; saúde das pessoas com deficiência e saúde ocupacional (BRASIL, 2013, p. 4). Os temas de interesse destacados foram: alimentação saudável; cuidado integral em saúde; desenvolvimento de habilidades sociais e do trabalho; envelhecimento ativo, educação e preparação para a aposentadoria; gestão integrada de doenças crônicas e fatores de risco; mediação de conflitos; prática corporal e atividade física; prevenção da violência e estímulo à cultura da paz; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; valorização da diversidade humana; prevenção de acidentes de trabalho; e intervenção nos ambientes e processos de trabalho com vistas à prevenção de doenças, agravos e acidentes ocupacionais (BRASIL, 2013, p. 4).

Observamos, mais uma vez, que apesar dos princípios e diretrizes dessa legislação ser consonante com a saúde do trabalhador, quando direciona as ações, estas estão focadas no indivíduo e no estilo de vida, e poucas ações de intervenção nos ambientes e processos de trabalho (sabidamente motivo dos adoecimentos), numa nítida responsabilização do servidor pelo adoecimento.

6.2 Promoção da Saúde

Vejamos, agora, como os gestores e trabalhadores da Unidade de Referência SIASS estudada compreendem as ações, projetos e programas de promoção da saúde que desenvolvem. Para tanto, nos apropriamos da descrição disponibilizada no Portal SIASS e nas entrevistas.



Ao longo das entrevistas, os participantes apresentaram o processo de criação e manutenção dos projetos de promoção da saúde. Sofia verbaliza que, anteriormente, era realizada assistência aos servidores e que as ações de promoção foram efetivadas com a criação do SIASS.

A gente trabalhava muito com assistência e a assistência era um trabalho mais de acompanhamento psicoterápico, então a gente atendia, tinha uma lista de espera de servidores que queria fazer psicoterapia [...] E quando entrou o SIASS, foi que a gente começou com os programas mais efetivamente. Antes a gente tinha, mas, eram uns programas esporádicos, tipo dia mundial da saúde o que a gente vai fazer? é... oficinas para pacientes que estão afastados, a gente fez durante um tempo, oficinas para os aposentados. Depois disso, com o SIASS foi que os projetos viraram programas e a partir disso é que a gente começou a efetivamente trabalhar com os programas. (Sofia)

Na narrativa de Sophie fica evidente que as ações são realizadas frente a alguma demanda de atendimento de servidores que precisam de algum suporte de saúde:

Na [Unidade de Referência SIASS] existem alguns trabalhos que estão sendo propostos, tanto para a saúde física, quanto para a saúde mental. É oferecido para servidores atendimentos com psicólogos, com psiquiatra, existem grupos que reúnem os servidores que estão precisando algum tipo de suporte dessa natureza. (Sophie)

Marianne revela a junção de profissionais de diferentes setores para composição de uma equipe multiprofissional e que estes criam os projetos de atendimento movidos pelas demandas. Vitória confirma que as demandas existentes motivam a construção das ações.

A criação dos projetos lá no nosso setor pelo menos é uma coisa muito democrática, segue a demanda e aí nós tentamos construir em equipe a solução para aquela demanda né, o nosso setor ele veio da junção de profissionais [de setores distintos]. Hoje tem uma equipe multidisciplinar: psicólogo, assistente social, educador físico, médico, assistente administrativo, todos a seu modo conseguem complementar e enriquecer. (Marianne)



[...]muitas pessoas tem diabetes muito alto, tem problemas de saúde e que às vezes não se tratam, então pensamos porque não oferecer um programa né para esse público, então é assim [que a Unidade de Referência] trabalha com demanda e cada vez que a gente cria né novos projetos, a gente pensa em atender esse público que muitas vezes nos procuram às vezes no plantão psicossocial, mas que a gente pensa em oferecer outras coisas para essas pessoas além do plantão [...] mais é assim a gente identifica demanda e cria o projeto programa é mais ou menos assim... entendeu?...(Vitória)

Ao assumirem que os programas de promoção são criados para atender as 'demandas de servidores que necessitam de alguma assistência', Sophie, Marianne e Vitória revelam que as ações entendidas como de promoção da saúde ainda estão focadas no adoecimento dos servidores. Contudo, é importante valorizar o processo de construção das ações e o envolvimento multiprofissional indicado pelos participantes do estudo, passo crucial para o fortalecimento da PASS.

Letícia e David contam que os projetos em que trabalham foram criados há muitos anos, antes da criação do SIASS, e que tinham outro nome ou outra roupagem:

Esse projeto... ele foi criado há muitos anos ...muito antes de eu estar aqui, ele simplesmente muda de nome [...]. (Letícia)

Na verdade, o projeto de autoestima já existia e era feito pela servidora que aposentou. Busquei dar continuidade no projeto, contudo com uma "roupagem" diferente, uma vez que a abordagem psicológica com a qual trabalho é diferente. Mas no geral, o objetivo é trabalhar os mesmos aspectos da psicologia humana (autoconhecimento e autoestima). (Davi)

Isabela, Milene e Enzo não participaram do processo de criação dos projetos nos quais atuam:

[...] quando eu adentrei na instituição já estavam instalados né, que faz parte do programa do SIASS né, que é uma rede nacional e eles já estão bastante estabelecidos e assim eu desconheço a origem da implantação desses programas. (Isabela)

Não sei em detalhe como funciona. (Milene)

Não, não sei, às vezes, não sei... (Enzo)



A Unidade foi implantada com a junção de profissionais de diferentes serviços para atender as normativas da SIASS. Dentre os servidores há diversos profissionais com experiências na assistência à saúde propriamente dita. Outro fato observado é modelo de construção das ações pautadas em demandas. Percebe-se que os servidores usuários não participam do processo de construção dos programas, projetos e ações, elemento fundamental para a efetivação da ST.

A sedimentação de conhecimentos sobre promoção da saúde, PASS e Saúde do Trabalhador podem contribuir sobremaneira para a superação da priorização de ações focadas no adoecimento do servidor em detrimento de ações de promoção da saúde que incluam “[...] ações antecipadas que objetiva evitar danos à saúde do servidor em decorrência de fatores comportamentais, do ambiente e/ou do processo de trabalho (BRASIL, 2010a, p. 16).

A Unidade SIASS confirma as colocações de Vasconcellos e Machado (2013, p. 37) de que o campo ST “[...] foi acolhido parcialmente pela saúde pública e vive um permanente desafio para o seu desenvolvimento técnico-operacional por dentro das práticas de saúde em geral”. Os autores advogam que as ações de saúde ligadas aos processos laborais se vinculam permanentemente em ações políticas e exigem que o trabalhador se reconheça como sujeito protagonista inclusive na construção de conhecimentos e das ações de intervenção, o que na instituição estudada não se efetivou.

Vejamos agora os programas, projetos e serviços considerados como parte do eixo Promoção da Saúde. Em sua caracterização, empregamos a classificação do Portal SIASS em relação aos temas de interesse¹:

1) Prevenção Saúde do Trabalhador; 2) Melhoria da Qualidade de Vida; 3) Promoção do bem-estar no trabalho; 4) Controle do sobrepeso corporal e da obesidade; 5) Educação e Preparação para Aposentadoria; 6) Educação em Saúde; 7) Prevenção dos Riscos Ambientais; 8) Assistência Psicossocial; 9) Dependência Química; 10) Prevenção da dependência do álcool e outras drogas; 11) CISSP.

¹www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/consultarProgramasPromocao/listarProgramasPorUf.xhtml.



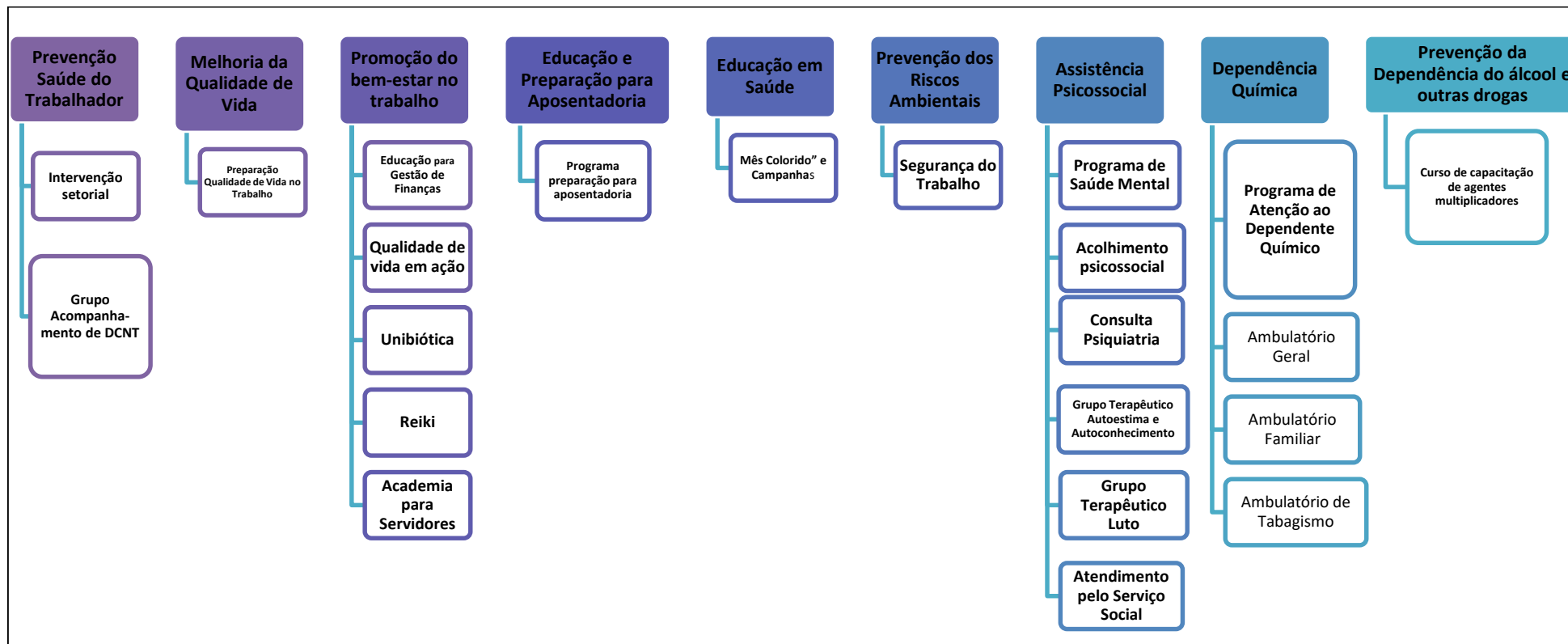
A Figura 1 indica quais projetos e programas são desenvolvidos em cada um desses temas.

O tema Prevenção Saúde do Trabalhador contempla dois projetos: 'Intervenção Setorial' e o 'Grupo de Acompanhamento de doenças crônicas'. O projeto 'Intervenção setorial' é considerado o dia de saúde nos setores. A atividade itinerante é realizada por uma equipe multidisciplinar, na forma de visitas aos diversos setores da instituição, em horário de trabalho, com objetivo de fornecer orientação geral sobre saúde, com aferição de pressão arterial, glicemia e índices antropométricos, além de distribuição de panfletos educativos e convite aos interessados em participar de outras etapas do programa.

Já existia um grupo [...] das doenças crônicas que tinha a participação do médico [...] e sempre teve adesão com a participação do médico e sem o médico o paciente não vem. Aí o médico foi embora e nós ficamos aqui seis meses esperando e fazendo propaganda, não veio ninguém. Foi aí que surgiu a ideia de ir onde ele está. [...] E como a gente chama esse servidor para vir? A gente vai, organiza uma equipe e vamos lá [no setor]. A ideia é que já teve alguma coisa itinerante [...], mas aí a minha proposta foi... vamos lá medir pressão, glicemia das pessoas, a gente passa, faz um barulho e chama as pessoas para vir para o grupo e nunca vieram... (risos) aí ficou a Intervenção [...] Na época eu fiquei até chateada sabe, porque o foco seria a coisa psico-educativa, a gente precisa trazer essa pessoa para o psico-educativo e não dessa coisa paternalista que gente fica oferecendo coisas, aí vem, se você der brinde, consulta, eles não gostam muito de furar o dedo não, mas medir pressão e medir as gordurinhas todo mundo adora sabe (risos). Com a entrada do educador físico ficou muito bom o projeto aí, eu até acostumei. Eu acho que vale, sabe? Aí estamos fazendo uma segunda rodada e as pessoas nos aguardam e nos esperam e é rápido mesmo, a gente vai no setor e fica lá duas horas, faz ali um barulho e tem dado resultados inesperados até, pois tem dado pessoas com pressão 25 aí tem que pôr na ambulância levar embora, tem glicemia de 400 que tem que mandar pro médico urgente né e as pessoas já fazem o contato pra fazer a coisa da academia. Tem tido outros desdobramentos, mas o objetivo é só lembrar que tem que cuidar da saúde e esse objetivo acho que está sendo alcançado. (Ana)



Figura 1 - Projetos e Programas ofertados pela Unidade SIASS de acordo com os temas classificados no Portal SIAPE-Saúde.



Legenda:

DCNT – Doenças Crônicas não transmissíveis.
 CISSP – Comissão Interna de Saúde do Servidor Público

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.



Ana retomou a historicidade dessa ação que, visando enfrentar a baixa adesão aos grupos operativos ligados às doenças crônicas, incrementou a busca ativa nos diversos setores. Embora vise sensibilizar os servidores para o cuidado com a saúde e inserção nos projetos desenvolvidos pela Unidade SIASS, o foco é no trabalhador e em seu estilo de vida, numa clara responsabilização do trabalhador pela sua condição de saúde (PEREIRA, 2015; FERREIRA NETO; KIND, 2011).

O 'Grupo de Acompanhamento de doenças crônicas' é um grupo operativo com servidores com hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus e dislipidemias, e visa oferecer orientações gerais sobre estas doenças, além de apoio. Apesar deste grupo estar descrito no Portal SIASS, suas ações são descontínuas em decorrência da baixa adesão dos servidores.

O acompanhamento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é uma das prioridades do SUS e tem esbarrado em inúmeros desafios. No contexto das Unidades SIASS é importante ponderar que não há continuidade das ações, inclusive no atendimento ambulatorial, o que dificulta a adesão às ações. Assim como os demais brasileiros, os servidores públicos devem ser atendidos no SUS e falta à Unidade SIASS articulação com a rede. No contexto do SIASS, a promoção da saúde exige ações que superem a abordagem dos fatores de risco e contribuam para o desenvolvimento de habilidades pessoais para o autocuidado e para o 'empoderamento' dos servidores (BUSS, 2009).

O tema Melhoria da Qualidade de Vida é efetivado com o projeto 'Preparação para a Qualidade de Vida no Trabalho', um curso a distância oferecido aos novos servidores que ingressam na instituição e tem como proposta informar aos ingressantes as especificidades do serviço público afim de os mesmos terem melhor desempenho, produtividade e bem-estar no trabalho. As horas deste curso se reverterem em progressão aos participantes.



O curso foi [pensado] a partir desse curso que nós fizemos [...] eu assisti uma palestra com uma psiquiatra, ela era de uma unidade SIASS de um outro estado...[...].e ela disse que atendeu um rapaz que estava em estágio probatório que tinha surtado e ela começou a tratar, cuidou bem desse rapaz e ele fez o estágio probatório e é um excelente profissional. E aí ela ficou pensando assim, que a gente precisa cuidar dessas pessoas que estão chegando no serviço público, as pessoas estão chegando com problemas psiquiátricos graves, o questionamento dela era este e aí nós temos aqui o programa que é de preparação pra aposentadoria e que funciona há muito tempo e que é coordenado pela assistente social que é um trabalho muito bonito, aí eu fiquei pensando porque não fazer um curso para iniciantes para quem está chegando? E com esse raciocínio eu falei a gente fecha. A gente pega a ponta: quem está chegando e quem está saindo. Aí planejamos esse curso [...] fizemos e já estamos na terceira turma agora, inclusive pela plataforma [digital], porque eu também pensei assim, a gente tem que facilitar a participação porque o que eu vejo aqui o maior problema que nós temos aqui é a adesão aos programas, aos projetos que são lançados [...] mesmo fazendo toda propaganda possível [...] a adesão é muito baixa e uma das coisas que dificulta é o trânsito, então vamos fazer on line? Beleza vamos fazer on line. Está dando certo. (Ana)

[Esse programa é] para as pessoas que estão no estágio probatório, que acabaram de entrar, as pessoas precisam saber quais são seus direitos e deveres e as diferenças em trabalhar no serviço público, muitas vezes as pessoas saem de um setor privado e não tem muita ideia do que é ser funcionário público, então o [curso] veio para isso, para atender essa demanda que ainda não existia. (Vitória)

O tema Promoção do bem-estar no trabalho envolve cinco projetos. O projeto 'Educação para Gestão de Finanças Pessoal e Familiar' é direcionado aos servidores da instituição e o objetivo é possibilitar ao servidor e seus familiares, por meio de processo educativo, novos conhecimentos e ferramentas práticas para a autogestão responsável de sua vida financeira.

[...]ele começa desde a te ensinar, a ensinar o servidor a lidar com seu próprio salário, o seu próprio dinheiro e aprender que às vezes muitas pessoas concursam no serviço público por saber que este serviço não vai, ele não vai ser mandado embora, assim, ele imagina que pode gastar o dinheiro todinho naquele mês e do mês que vem e aí o nosso setor está ajudando. E ajudou sempre desde que foi aberto esse programa [...] que cuida da promoção e saúde do servidor cuida também dessa parte econômica, desta parte financeira, tem palestra, inclusive ensinando a pessoa, o servidor pode também contatar aqui no nosso setor e pedir que tem a pessoa certa que vai fazer isso e vai ao encontro da pessoa ou a pessoa pode vir aqui. Então, começa desde aí a ensinar a pessoa a lidar do seu próprio dinheiro. (Letícia)

Eu acho o programa de orientação financeira importante. (Laura)



‘Qualidade de vida em ação’ é um programa que visa atender as necessidades emergentes e pontuais dos setores. Por meio de visitas, se realiza um diagnóstico que subsidia a elaboração de uma programação com palestras e outras atividades com a equipe do setor.

Uma equipe que vai, percorre toda a universidade e faz diagnóstico da área. Eles pegam os dados de quantos periódicos foram realizados naquela área, pegam o diagnóstico da área, pegam o diagnóstico de quantos afastamentos e por quais doenças que tiveram naquela área. Eles fazem acidente de trabalho, eles fazem não (risos), eles pesquisam se teve acidente de trabalho naquela área, eles juntam todos esses dados, faz entrevistas com todos servidores da área que se colocam disponíveis, com a chefia. Depois, com o diagnóstico feito, eles fazem uma programação e ações de palestras de acordo com o que foi visto naquela área. E quem participa é o engenheiro do trabalho, o médico do trabalho, o psicólogo do trabalho, o enfermeiro do trabalho, a assistente social, todos eles se reunirem e vê as coisas e as coisa que precisam. Se for o educador físico, se for preciso nós temos o educador físico que vai lá dar palestra. Se for preciso de orientações, faz todos os treinamentos e isso vai varrendo toda a universidade. (Victor)

É um programa da [unidade], não é um programa específico do meu setor [...]é um projeto interessante que a gente tem uma comissão que se reúne dependendo da necessidade e a gente vai ao setor, faz o diagnóstico, depois do diagnóstico é conversado com toda a equipe do setor aí se faz uma programação, para colocar as palestras, para trabalhar com a equipe de modo geral. (Sofia)

A gente tem outro trabalho com a vigilância no setor e faz um diagnóstico e conforme o diagnóstico [o ambulatório] vai lá também fazer esse diagnóstico e essa abordagem também. (Bárbara)

A equipe multiprofissional visita, faz um diagnóstico no setor e encaminha para esses programas que existem. (Francisco)

A Unidade SIASS oferece práticas integrativas e complementares (PICs): a Unibiótica e o Reiki. A ‘Unibiótica’ consiste em atividades que buscam orientar as pessoas em termos de saúde e qualidade de vida por meio de exercícios físicos, orientação sobre alimentação, cuidados com a pele e exercícios de meditação.



Segundo os participantes do estudo, a Unibiótica é embasada na filosofia do bem-estar fruto do equilíbrio emocional e saúde física, indicada no tratamento e na prevenção de doenças.

Sobre o Reiki e a Unibiótica? Olha, tanto o Reiki como a Unibiótica trabalham para o bem-estar do ser humano, para o bem-estar e a pessoa estando bem ela vai ter uma qualidade de vida melhor... então tanto um como o outro ajuda imensamente a promover saúde, a prevenir doenças, a equilibrar mentalmente e fisicamente. (Letícia)

[...] a Unibiótica ensina que cada um deve cuidar de si própria então, a minha saúde é minha obrigação, é o meu dever, não é do governo, não é do meu chefe, não é do político, não é da minha família. Então, eu tenho que cuidar de mim, se eu não fizer atividade física ninguém vai fazer pra mim, se eu não cuidar da minha alimentação ninguém vai cuidar pra mim, se eu não mastigar o que vou comer ninguém vai fazer isso, se eu não beber água ninguém vai beber por mim. Cada um vai cuidar de si e da melhor forma possível para não dar trabalho aos outros, eu penso assim. (Letícia)

Outra Prática Complementar ofertada é o 'Reiki', uma terapia de origem oriental que trabalha com a energia cósmica universal a qual é aplicada por meio de imposição de mãos. É considerada uma medida terapêutica sem efeitos colaterais e sem contraindicação. O objetivo dessa prática é equilibrar os sete centros de força vital de energia correspondente às sete glândulas endócrinas, as quais produzem e regulam todos os hormônios e as diversas funções corporais.

O Reiki é muito tranquilo, a pessoa deita lá na maca e recebe as energias, mas depende também da receptividade, se a pessoa está bem ela recebe então melhor, é como você beber um remédio e falar que ele não presta, que ela não vai valer, aí ele não vai valer mesmo, mas que ele foi feito para isto, mas seu organismo esta rejeitando, então nós devemos ser agradecidos e receptivos com as coisas boas da vida. (Letícia)



O Reiki...nós temos ...vou começar uma lista de espera porque no início a demanda sempre foi muito grande e eram uma quantidade de sessões e eram dez sessões no início[...] a antiga terapeuta reikiana fazia, ela atendia com dez sessões. Continuei seguindo o mesmo esquema, mas isso fazia a fila ficar muito grande e a demora. Então, o que aconteceu? Eu e minha colega que trabalhávamos juntas, reunimos e decidimos diminuir. Então, são quatro sessões. Se a pessoa achar que precisa mais, a pessoa conversa e aumenta dependendo da necessidade. Então, nós ligamos quando dá alta para algum paciente, liga seguindo aquela lista, nós mesmo agendamos o atendimento. (Milene)

O projeto 'Academia para os Servidores' visa oportunizar aos servidores práticas de atividade físicas orientadas. Nas academias são prestadas consultoria esportiva e atendimento individualizado com o profissional de Educação Física, afim de iniciar um programa de atividade físicas e diminuir o sedentarismo. No tema Controle do sobrepeso corporal e da obesidade havia o 'Grupo de tratamento e prevenção da obesidade', grupo operativo multiprofissional que trabalhava o tema obesidade, mas no momento de coleta de dados estava inativo.

A Educação e Preparação para a Aposentadoria é um dos temas articuladores das ações de promoção. Na Unidade SIASS, há o 'Programa de preparação para aposentadoria' que objetiva instrumentalizar os servidores em processo de aposentadoria para a construção de um projeto de vida, possibilitando o desenvolvimento de suas potencialidades para além do mundo do trabalho. Este programa é composto por vários projetos: 1) curso oferecido na modalidade de capacitação, com carga horária de 68 horas cujo objetivo é preparar o servidor para a aposentadoria e elaborar um projeto de vida pós-aposentadoria; 2) oficinas de sensibilização para participação em projetos; 3) palestras; 4) encontro dos egressos; 5) recadastramento de aposentados e pensionistas, especialmente aqueles servidores e pensionistas com dificuldade de locomoção, realizado através de visitas domiciliares e ou institucionais pelas assistentes sociais.



[...] as pessoas se aposentam e às vezes não estão preparados. Tem até uma brincadeira que falam... "aposentou e morreu". Esse curso [de preparação para aposentadoria] é fundamental, eu acho, para os servidores. Ele iniciou numa época em que a gente tinha uma contingência, uma demanda muito grande de pessoas que estavam que estavam se aposentando [...]. (Laura)

[Este programa] que é a preparação para aposentadoria [...] a gente verifica toda questão didática assim, fizemos aplicação de avaliação dos participantes, a gente verifica se aquele conteúdo que foi dado se está sendo acessível e de fácil assimilação para o participante ou não. Então, a gente faz o contato com os palestrantes, ministramos alguns módulos, é um curso muito amplo, por exemplo a gente aborda a questão biológica, física, saúde do servidor, a questão do envelhecimento, a questão psicológica, o sentido de vida, a questão financeira é abordada nesse curso, os aspectos legais da aposentadoria, as implicações que isso causa na vida das pessoas né, desde a elaboração da ementa do conteúdo que será dado até a administração do conteúdo de alguns módulos [...] dessas 68 horas destacamos que são 64 horas presenciais em grupo e quatro horas de atendimento individual, essas quatro horas foi avaliado e definido no final de uma avaliação que a gente fez de uma das turmas. Nós percebemos que tem o momento presencial, mas faltava ainda o momento dela conversar com alguém sobre como ela vai executar e colocar em prática, o que ela quer fazer depois que ela aposentar, porque o objetivo do curso é que a pessoa seja capaz de executar um projeto de vida após aposentadoria. Então, até esse encontro de 04 horas a gente percebe que facilita, propicia para ele o participante colocar algumas questões internas que está travando a elaboração e até a execução desse projeto de vida, que a pessoa só pensa em trabalho e esse é o mundo que ela conhece até então. Eu falo que a gente é preparada a vida inteira para estudar, a vida inteira para trabalhar, mas você não é preparado para essa etapa da vida e aí coincide muito de você sair de seu núcleo de trabalho, por que as amizades estão ali, você chega em casa os filhos estão saindo de casa quando não saíram ainda, aquele cônjuge que não te via as 24 horas agora passa a ter de ver e isso pode gerar conflito, então é um momento de vida muito especial do servidor. (Marianne)

O tema Educação em Saúde contempla ações intituladas 'Mês Colorido' e 'Campanhas', ambos voltados à mobilização e conscientização de temas relevantes e já estipulados pela sociedade.



Como exemplos de mês colorido podemos citar: Maio amarelo, voltado ao debate de questões de segurança no trânsito; Outubro rosa, cor que chama atenção sobre o câncer de mama; Novembro azul para a prevenção do câncer de próstata; Dezembro vermelho como referência à luta internacional contra a AIDS. Dentre as Campanhas desenvolvidas podem ser lembradas: Dia mundial da Saúde; Festa junina como integração. Nestas atividades há o uso de folders, banner, faixas, palestras, teatro, entrevistas (rádio, Jornal, TV), mesas redondas, além de distribuição de brindes.

Estamos na programação do outubro rosa, fizemos uma palestra em parceria com o sindicato, né, dos técnico-administrativos e foi uma mastologista falar sobre isso, fizemos anúncios, tudo, mas foram 29 pessoas. (Laura)

Por sua vez, o tema Prevenção dos Riscos Ambientais envolve diversas ações. Na Unidade SIASS estudada fica a cargo da 'Engenharia de Segurança do Trabalho', setor composto por Engenheiros de Segurança no Trabalho, Técnicos de Segurança do Trabalho e Assistentes Administrativos. As atividades principais do setor são: registro e investigação de acidentes de trabalho; dimensionamento, planejamento, aquisição e fornecimento de equipamento de proteção individual (EPI) com orientação sobre quais EPI'S são mais adequados para cada caso.

Este setor também realiza o cuidado com os extintores de incêndio, manutenção preventiva das unidades nos diversos blocos e campis. Nos últimos anos, o setor ampliou suas ações com oferta de treinamentos em segurança do trabalho via requisição dos setores interessados e via Programa Qualidade de Vida em Ação, tratando assuntos como riscos ambientais, acidentes de trabalho, medidas de controle, prevenção e combate a incêndios (teórico e prático). Além disso, criou padronização de registro e investigação de acidentes, se há vínculo com o trabalho e com elaboração de proposta para que tal dano não volte a ocorrer.



A expansão das ações desenvolvidas pelo Setor evidencia o estreitamento com o eixo de promoção e vigilância em saúde da PASS:

São projetos que não surtem muita... enquanto a visão do trabalhador, o servidor, porque infelizmente não se faz uma fiscalização efetiva até por questão operacional, porque não temos a força de trabalho suficiente para esta acompanhando esses trabalhadores. Então, a gente percebe que todo aquele treinamento nem sempre surte o efeito desejado que é o Imposto. Imposto não, sugerido pelo relatório de segurança. (Isabela)

O nosso trabalho aqui poderia ter esse foco muito mais aproveitado pela própria [instituição], porque o nosso setor aqui, ele faz visitas e reconhecimento de todas as áreas praticamente [...]. Então, quem é capaz realmente de verificar todas essas condições de trabalho parte do nosso setor aqui, só que agora grande parte do nosso tempo fica voltado para questões burocráticas, isso impede um avanço no nosso desenvolvimento. (Felipe)

As contribuições das ações para a Vigilância e abordagem dos ambientes de trabalho são significativas. Ocorre que, na percepção dos entrevistados, a instituição ainda não compreendeu a importância destas ações para a saúde do trabalhador.

A Saúde Mental é um dos temas abordados pela PASS em decorrência da crescente demanda por atenção psicossocial. Os dados da OMS são alarmantes e revelam que 30% dos trabalhadores ocupados sofrem dos chamados transtornos mentais menores e que de 5% a 10% padecem de transtorno mentais graves. No Brasil, entre 2006 a 2007, ocorreu o aumento de 1157% de afastamento pela previdência por motivo de transtorno mentais e comportamentais (SELIGMANN-SILVA et al., 2010, p. 188).

No serviço público, alvo de dessa pesquisa, “os transtornos mentais respondem por uma parcela considerável de absenteísmo e outras dificuldades no mundo do trabalho” (BRASIL, 2010a, p. 14).



Assim, na construção da PASS, o tema saúde mental foi contemplado, visando a intervenção no processo de adoecimento no trabalho e que segundo o texto legal, devido “[...] sua complexidade e sua abrangência, é imperioso e um dos grandes desafios[...]” desta política (BRASIL, 2010a, p. 14).

Assim, por meio da Portaria SRH nº 1.261 de 04 de maio de 2010, foram instituídos princípios, diretrizes e ações em Saúde Mental para os servidores públicos federais. A portaria visa nortear a elaboração de projetos e execução de ações de atenção à saúde mental. O documento chama a atenção para a sinergia das propostas com as políticas de saúde mental e de saúde do trabalhador bem como com recomendações de organismos internacionais como a OMS, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Outros princípios listados na política são:

II - Basear-se em princípios humanitários e éticos de igualdade, equidade e não discriminação, do direito à privacidade e à autonomia individual, da abolição do tratamento desumano e degradante, garantindo o tratamento adequado;

III - Celebrar parcerias e redes [...] A rede deve promover a melhor articulação entre os serviços;

IV - Manter interlocução com a sociedade civil organizada atuante em saúde mental;

V- Compartilhar com os gestores, servidores e seus representantes a elaboração e consecução das ações integrantes da Política de Atenção à Saúde do Servidor;

VI- Priorizar estratégias coletivas para o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde mental dos servidores públicos, monitorando riscos ambientais e considerando indicadores de saúde dos servidores, bem como promovendo ações educativas;

VII - Estabelecer o atendimento por meio de equipe multiprofissional nas unidades do SIASS, garantindo um atendimento interdisciplinar e uma abordagem transdisciplinar;

VIII- Garantir a intersetorialidade dos órgãos e serviços [...];

IX - Desenvolver programas de formação, capacitação e supervisão contínuos para os profissionais dos serviços de saúde, gestores e servidores que atuam na área de saúde do trabalhador (BRASIL, 2010c, p. 1-2)



Esta base legal divide diretrizes e ações em três momentos: promoção, assistência e reabilitação. O texto caracteriza o que é promoção:

Entendem-se por promoção de saúde as ações que, voltadas para a melhoria das condições e relações de trabalho, favoreçam a ampliação do conhecimento, o desenvolvimento de atitudes e de comportamentos individuais e coletivos para a proteção da saúde no local de trabalho (BRASIL, 2010a, p.16).

Entende-se por assistência terapêutica, “o conjunto de práticas com foco no atendimento às necessidades e expectativas de saúde dos servidores, a partir de diferentes modalidades de atenção direta, realizadas por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2010a, p. 17). A reabilitação, por sua vez, é definida como

[...] um conjunto de ações e intervenções que visam melhorar a reestruturação da autonomia da pessoa nas suas dimensões física, mental, social e afetiva, integrando-a nos diferentes espaços da sociedade. Parágrafo único. A reabilitação tem como objetivo diminuir ou eliminar as limitações sofridas pelo servidor para o exercício de suas atividades laborais e valorizar as capacidades e competências (BRASIL, 2010a, p. 18).

O documento traz, ainda, uma seção destinada à organização de dados confiáveis sobre a saúde mental no serviço público; a formação e capacitação dos atores envolvidos nas ações e que amplie a concepção de saúde mental no trabalho; garantia da comunicação e ampla divulgação das ações em saúde mental do servidor e incentivo às pesquisas em Saúde Mental no trabalho, afim de avaliar periodicamente os impactos das ações de prevenção, promoção, assistência terapêutica e reabilitação (BRASIL, 2010a, p. 20).

Como desdobramento da existência da Saúde Suplementar no conjunto de ações voltadas à atenção à saúde do servidor, o último capítulo da política se reporta à necessidade de os gestores viabilizarem o atendimento das pessoas em sofrimento psíquico na saúde suplementar.



Além disso, a política reconhece que o “[...] Modelo de assistência ao servidor deve se valer ainda da rede estruturada sob a forma de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e outros serviços em Saúde Mental do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2010a, p. 20).

Na Unidade SIASS estudada, o tema Assistência Psicossocial envolve ações e Programas diversificados. O ‘Programa de Saúde Mental’ propicia atendimentos por equipe multiprofissional aos servidores com sofrimento psíquico, buscando promover a saúde mental e acompanhamento de casos graves. Sofia assim detalha as ações:

[no] Programa de saúde mental [...] a gente faz psicoterapia de curta duração, grupos terapêuticos junto com o psiquiatra [...] e de um modo geral as palestras de todos os programas [...] palestra sobre saúde mental, palestra sobre saúde mental no trabalho, dicas de saúde mental, prevenção de suicídio, tudo isso era dado dentro do programa. (Sofia)

No Programa são articulados diferentes projetos e ações. O projeto ‘Acolhimento psicossocial’ garante atendimento para o servidor ativo ou aposentado da instituição, que se encontra em crise emocional, não sendo necessário agendamento prévio, pois acolhe o servidor no momento da sua necessidade, ajudando a lidar melhor com seus recursos e limites pessoais. Neste momento são efetuadas, escuta, orientação e encaminhamentos necessários:

O acolhimento psicossocial, que já existia, que é uma coisa muito interessante, a gente fica de plantão esperando o paciente chegar e aí a gente faz de tudo, faz atendimento, assistência, a promoção, a prevenção e dá um direcionamento para o caso. (Ana)

Trata-se de um pronto atendimento para o servidor em crise. Buscamos acolher a pessoa no momento de sua necessidade, ajudando-a a lidar melhor com seus recursos e limites pessoais. (David)

Atendimento psicossocial, que é o atendimento psicológico e emergencial que a gente faz. (Vitória)



A equipe dispõe de um médico psiquiatra exclusivo para os servidores da instituição. A 'Consulta em Psiquiatria' é articulada ao trabalho dos psicólogos do Acolhimento Psicossocial que realizam o acolhimento dos casos e agendamentos de consultas, caso haja necessidade.

E o programa de saúde mental [...] seria em contrapartida né, um programa em que o pessoal [...] tenta de alguma forma proporcionar atendimento, acolhimento, a pessoas que tem algum tipo de sofrimento mental e quando há dúvida se existe algum componente psiquiátrico/médico, aí [o médico é] acionado. (Enzo)

Segundo os participantes do estudo, o acolhimento dos servidores permite vislumbrar demandas que podem ser trabalhadas em outros projetos e como outros enfoques como é o caso dos Grupos Terapêuticos em funcionamento. Os grupos foram criados para dar suporte emocional aos servidores e articulam-se em torno de demandas específicas: o Grupo de Autoestima e Autoconhecimento e o Grupo do Luto.

[GT Autoestima e Autoconhecimento] O projeto visa propiciar aos participantes (servidores) informações, reflexões, troca de experiências e atividades vivenciais que estimulem o autoconhecimento e o fortalecimento da autoestima. Buscamos criar um espaço de vivências grupais que alavanquem, promovam a saúde psicológica do servidor. O projeto não se propõe a ser terapia de grupo, mas é, sem dúvida, um movimento terapêutico. (David)

[...] os atendimentos psicossociais mostraram que as pessoas estavam trazendo essa demanda da questão da autoestima, é sabe, de não tarem confiando em si mesmo, ai a gente pensou porque não um curso que ensine a pessoa a gostar de si mesmo, se valorizar, ter autoestima, foi assim que nós criamos e foi pensado o grupo de autoestima [...] o Grupo de Luto também, foi criado porque foi percebido uma demanda no plantão [psicológico] de pessoas, um grande número de pessoas perdendo pessoas queridas e que precisavam falar sobre isso. (Vitória)



Há, também, o “Atendimento pelo Serviço Social” que consiste em entrevistas individuais, visitas domiciliares e institucionais para atender demandas específicas de servidores, como direitos trabalhistas, encaminhamentos jurídicos, médicos, licenças e outras.

A gente faz visitas domiciliares. Vira e mexe a gente precisa fazer e acompanhar o serviço social né, às vezes é interessante e a gente vai né. (Ana)

O tema Dependência Química comporta um programa e ambulatórios. O ‘Programa de Atenção ao Dependente Químico’ compreende o trabalho de atendimento ambulatorial e setorial aos servidores da instituição, aos seus dependentes e aos estudantes da instituição e familiares que apresentam problemas relacionados ao uso e abuso de álcool, nicotina, maconha, cocaína, anfetaminas, calmantes e outros. É um setor formado por uma equipe multiprofissional cujo objetivo é promover uma reflexão sobre os hábitos de consumo de álcool e outras drogas. Um dos entrevistados retomou o processo de criação do Programa e dos ambulatórios:

A criação [do ambulatório para a atenção ao dependente químico] nasceu da necessidade de cuidar de pessoas que estavam em sofrimento no interior do campus. Tinham notícias de pessoas que estavam graves e que estavam morando no interior do campus, morando e dormindo debaixo de marquise. Eram 4 ou 5 servidores em condições precárias. A [...] então a pró-reitora, muito sensibilizada com a situação, visitou algumas universidades e uns serviços de atenção ao dependente químico e ficou muito impressionada com a possibilidade de recuperação que o ser humano tem. Então, ela visitou e trouxe algumas pessoas desses centros de tratamento para fazer palestras e foi nestas palestras que ela recolheu nomes de pessoas afins, que tinham afinidade com o tema para poder compor a equipe [do ambulatório] e depois que ela fez este ciclo de palestras é que veio o treinamento [...] onde ela conseguiu extrair pessoas que pudessem compor a equipe. Dessas pessoas ainda estão na equipe umas três pessoas, as demais aposentaram, saíram do setor. Mas foi assim que foi criado o serviço, foi depois que houve o treinamento, ela montou o serviço e nós continuamos o trabalho sendo supervisionadas pela equipe de apoio para a criação do serviço. (Carolina)



A atenção especializada ambulatorial aos usuários de tabaco, álcool e outras drogas ocorre por meio da realização de intervenções motivacionais, grupos operativos, treinamento de habilidades sociais, prevenção de recaída e rede social, oficinas terapêuticas, acompanhamento médico e de enfermagem e atendimento individual biopsicossocial. As diversas ações são descritas pelos participantes como integrantes de três ambulatórios: Geral, Familiar e de Tabagismo.

Tem dois grandes ambulatórios que a gente classifica assim: tem o ambulatório geral e o ambulatório familiar, esses ambulatórios tem os objetivos de cuidar. O ambulatório geral de cuidar do problema de álcool e drogas e o ambulatório familiar de servir de apoio e orientação para os familiares que queiram vir e receber orientação, informação e apoio, dentro desses dois programas, nós fazemos orientações diversas. Há, também, o ambulatório de tabagismo, que é o ambulatório específico para cuidar de pessoas com dependência tabágica. Esse ambulatório funciona também ao mesmo tempo que o ambulatório familiar e o ambulatório geral. (Carolina)

Por exemplo: o ambulatório geral ele é o mais antigo [...] há 12 anos ele já existe, a pessoa chega cedo e vai embora no fim do dia, a pessoa fica numa intervenção-dia que a gente chama. Esse aí desde sempre existe para acolher as pessoas. Alguns anos depois [...] a gente criou o ambulatório de tabagismo que não tinha na cidade. Então, o ambulatório de tabagismo ele é uma ideia [...] que começou e depois nós inclusive capacitamos na cidade alguns profissionais para o ambulatório de tabagismo poder existir em outros espaços também. O ambulatório família também existe desde o princípio [...]. (Bárbara)

Bárbara retomou, também, outras ações desenvolvidas pelas equipes em relação à dependência química: a intervenção relâmpago; orientações para as chefias; e o trabalho com a vigilância:

Eu gosto muito desse trabalho, a gente tem trabalho também junto com as chefias, a intervenção relâmpago, que a gente vai nos setores e fala rapidamente do setor com cada servidor do setor, tem a orientação com a chefia, a gente já tentou fazer curso com a chefia. A gente agora trabalha mais com a demanda quando a gente solicita material também, que orienta a chefia a abordar também o servidor que está com problema com álcool.

A gente tem outro trabalho com a vigilância no setor e faz um diagnóstico e conforme o diagnóstico [vamos] lá também fazer esse diagnóstico e essa abordagem também. (Bárbara)



A abordagem da dependência química se desdobra em outro tema: Prevenção da dependência do álcool e outras drogas. A Unidade SIASS oferta o 'Curso de capacitação de agentes multiplicadores' no qual são oferecidos palestras e outros eventos educativos com duração de 90 horas e capacitação setorial breve. As horas deste curso se revertem em progressão aos participantes. A equipe também desenvolve ações junto ao projeto de Intervenção Setorial com grupo informativo e intervenção motivacional.

Nós temos um projeto que deu muito certo que é o de Agentes Multiplicadores que é um curso de noventa horas que agora se não me engano está na 8ª ou 9ª turma. Então, ele existe há um tempo bom, é um projeto interessante porque ele está junto com os servidores, a gente está tentando levar informação, quebrar preconceitos, paradigmas. (Bárbara)

Temos também um grupo de agentes multiplicadores, que é a tentativa de trazer pessoas para a oficina [...] para se tornarem multiplicadores da nossa proposta. Anualmente nos fazemos esse curso, ele é um curso oferecido pela [pró-reitora de gestão de pessoas], pelo setor de carreira. Então, ele tem 90 horas e aquele servidor que precisa de curso [...] para a progressão, ele é reconhecido, eles recebem os certificados. [...] Esse curso é um sucesso sempre. Deixamos 10 vagas para a comunidade como o objetivo de também cuidar da extensão, pois sabemos que a universidade é ensino, pesquisa e extensão. Então, esse curso contempla algumas pessoas da comunidade. (Carolina)

O último tema do Portal SIAPE-Saúde é a Comissão Interna de Saúde do Servidor Público (CISSP). É uma ação muito importante para efetivação da Saúde do Trabalhador, pois as CISSP constituem espaços organizados no qual o "[...] servidor pode reconhecer os riscos à saúde e à segurança, assim como negociar com Administração mudanças no ambiente e na organização de trabalho" (BRASIL, 2010a, p. 6).

Para os diversos autores envolvidos ética e politicamente com o Campo Saúde do Trabalhador (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; LACAZ, 2007) há uma unanimidade no entendimento de que a Saúde do Trabalhador depende da participação dos trabalhadores.



Apesar de ser preconizada na PASS e ser fundamental na construção da Saúde do trabalhador, por constituir espaço de estímulo legal à participação dos servidores, compreendidos como agentes de transformação social, na Unidade de Referência estudada não foi ainda constituída a CISSP. Esta é a única ação focada na dimensão participativa e emancipatória, que compartilha responsabilidades entre o trabalhador, a intuição, o Estado e a sociedade (PINHEIRO, 2015).

Um olhar atento para as características dos programas e projetos desenvolvidos nos diversos temas da PASS acena para a polarização em torno de um dos conceitos de promoção da saúde, conforme já mencionado anteriormente. Há duas concepções em disputa (FERREIRA NETO; KIND, 2011; PEREIRA, 2015; PINHEIRO 2015). Uma dessas concepções parte da compreensão da responsabilização do indivíduo pela manutenção de seu bem-estar, ligada ao estilo de vida. Traz em seu bojo as dimensões regulatórias e disciplinadoras cujas estratégias são autovigilância e práticas autodisciplinares. Nesta perspectiva, são reduzidas as responsabilidades do Estado, o que despolitiza a saúde. Como resultado desta estratégia temos um discriminatório modelo ideal de comportamento saudável, que leva à exclusão social dos sujeitos que não se enquadram neste modelo (FERREIRA NETO; KIND, 2011; PEREIRA, 2015; PINHEIRO 2015).

Carvalho e Gastaldo (2008) asseveram que a concepção de promoção da saúde ligada ao estilo de vida é resultante de um entendimento conceitual e de um direcionamento intencional com as relações de poder alinhadas ao discurso hegemônico neoliberal.

A outra concepção de promoção da saúde traz como princípios a participação dos sujeitos individuais e coletivos nos processos de tomada de decisão, na busca pela integralidade, equidade, corresponsabilidade, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação e sustentabilidade.



Tal constructo teórico considera as influências das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de vida e saúde; propõe o compartilhamento de responsabilidades entre o Estado e a sociedade considerando a complexidade do processo saúde-doença e valoriza a dimensão participativa e emancipatória da promoção da saúde (PINHEIRO, 2015; CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007; BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

A concepção de promoção de saúde que se preocupa com os sujeitos e as determinações sociais dos processos saúde-doença, tem seus princípios e valores disseminados pelas Cartas Internacionais de Promoção da Saúde e que estão também presentes nos princípios do SUS e na própria PASS. Embora haja essa sinergia entre a promoção da saúde em sua vertente emancipatória e participativa com a PASS, o que observamos na análise dos programas e projetos da Unidade SIASS é o foco no indivíduo e na mudança do estilo de vida dos sujeitos, muita similitude com os estudos de Pinheiro (2015) e Ferreira Neto e Kind (2011). Estes autores demonstraram que, apesar dos princípios dos documentos materiais irem ao encontro à concepção em promoção da saúde, que se preocupa com a dimensão participativa e emancipatória, a operacionalização dessas políticas retrocederam fortemente na direção da responsabilização/culpabilização dos trabalhadores pela manutenção de sua saúde e na mudança de hábitos e estilo de vida.

O que se percebe é que a institucionalização das políticas públicas fica à mercê de um ordenamento estatal que as fazem vulneráveis aos interesses dos diversos governos. No caso em questão, a materialização da PASS é atravessada pelas influências da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional que, somadas à ênfase na responsabilização do sujeito, dificultam as abordagens coletivas e a sedimentação da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Tal quadro é agravado pela ausência da CISSP e da participação ativa dos servidores na construção, implantação e avaliação do alcance das ações desenvolvidas.



Nos próximos passos deste item serão explorados os avanços e potencialidades da Unidade de Referência SIASS na perspectiva dos participantes do estudo e contribuirão para aprofundarmos a análise da efetivação da PASS.

6.3 Desafios

Lacaz (2010) pondera que a consolidação da Saúde do Trabalhador no Brasil enfrenta obstáculos decorrentes do atraso na implantação das políticas e, dentre outros, problemas estruturais dos serviços. Tais obstáculos advêm da institucionalização política de ações no campo Saúde do Trabalhador situados diretamente no enfrentamento das contradições capital-trabalho cuja política real está alinhada aos interesses do Estado e do Capital. O Estado neoliberal deixa de promover e manter os direitos sociais, inclusive nas políticas públicas (COSTA, 2013; LACAZ, 2010).

Confirmando e especificando essas dificuldades, Costa et al. (2013) listaram alguns desses importantes entraves na efetivação da Saúde do Trabalhador:

Impedimentos burocráticos no uso e na gestão de recursos que implicam, muitas vezes, em sua liberação sem que possa ser utilizado de forma adequada; desafios na formação de profissionais em ST, visto serem esparsos os esforços de formação deste tipo de profissional, apesar do seu crescimento nos últimos anos; falta de parâmetros epidemiológicos, populacionais e de perfis produtivos na distribuição de recursos; queda da participação do trabalhadores no controle social devido a constrangimento diversos, como a perda de representação dos trabalhadores de base, precária democracia nos locais de trabalho, o que dificulta a participação até mesmo em inspeções rotineiras dos órgãos públicos. [...] lacuna na produção de informações sobre o impacto na saúde, visto que, considerando a grande quantidade de agravos à saúde, há uma dissociação de ações e programas de investimentos visando a melhoria de condições de trabalho e saúde dos trabalhadores (COSTA et al., 2013, p. 13).



Lacaz (2010) esperançosamente reafirma que a Saúde do Trabalhador, apesar do modelo neoliberal impostos às nações, se constitui como espaço interdisciplinar e pluri-institucional de entendimento de que um dos principais determinantes sociais da saúde é o trabalho e que os atores do campo Saúde do Trabalhador, tanto estudiosos quanto responsáveis pela implantação e manutenção dessa política específica, devem buscar mudanças nos processos de trabalho com a finalidade de melhorar as condições e os ambientes laborais.

Para isso é defendida uma abordagem inter (trans) disciplinar e intersetorial e, principalmente, a participação dos trabalhadores enquanto “sujeitos e parceiros capazes de contribuir com o seu saber para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença e de intervir [na] realidade” (COSTA et al.,2013, p.12).

Embora a PASS e o SIASS representem a implantação da Saúde do Trabalhador no serviço público federal, é possível identificar obstáculos para sua efetivação política e perceber, a partir das sinceras verbalizações dos participantes desta pesquisa, que há muitos desafios a serem enfrentados.

Na análise temática emergiram os seguintes desafios: Limites Profissionais; Invisibilidade Institucional; Falta de Interesse do Servidor; Precarização do Trabalho; Falta de Intersetorialidade. Embora cada um dos desafios seja apresentado em separado, são percebidas articulações entre eles.

A PASS é bastante explícita ao apresentar a principal estratégia para promoção da saúde dos servidores:

Aliar um sistema de vigilância epidemiológico, que interprete dados da saúde do servidor, a ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e com a negociação das prioridades estabelecidas nos locais de trabalho [...] (BRASIL, 2010a, p. 5).



Depreende-se que as ações tanto de vigilância como de promoção devem ter fundamentos “[...] no conhecimento multidisciplinar e na participação dos servidores em todas as fases do processo e intervenção nos ambientes” (BRASIL, 2010a, p. 5). Como amplamente explorado no item 5, nem todos os servidores da Unidade SIASS se apropriaram da PASS. Em relação as ações de promoção da saúde no contexto da PASS, as narrativas de Sofia e de Ana são esclarecedoras:

A partir do SIASS, com a questão da valorização da promoção, acho que está todo mundo perdido, sabe, de termo de que oferecer, como oferecer e operacionalizar isso né, já sempre teve uma dificuldade de participação né, e agora aumentou essa dificuldade de como oferecer e como fazer as pessoas participarem, outra coisa que eu acho é a dificuldade em trabalhar em uma equipe multiprofissional né, porque a gente pensa um projeto, mas na hora de operacionalizar não sou eu que operacionalizo. (Ana)

Sofia verbaliza com outras palavras o sentimento de Ana: “*Acho que o servidor não tem muito conhecimento dessa política não.*” (Sofia). É possível perceber nas falas das participantes um reconhecimento dos limites que estes profissionais enfrentam começando com a própria formação em Saúde do Trabalhador, Políticas Públicas em Saúde, PASS e Promoção da Saúde.

Para Lacaz (1997, p. 14), a “[...] formação de recursos humanos com uma visão clara de sua função social é tarefa central nesta luta [...]” pela Saúde do Trabalhador. O autor considera que a Universidade precisa assumir seu compromisso social e sair do ‘alheamento do cotidiano’ e tratar da formação nesta seara, o que timidamente está sendo feito em algumas experiências exitosas pelo Brasil, inclusive a proposta deste mestrado que trata temas tão pertinentes como este estudo.



Costa et al. (2013) salientam que as experiências exitosas somente foram possíveis graças ao engajamento de servidores que tiveram 'protagonismo histórico', do movimento sindical e das pessoas envolvidas com o campo ST. Portanto, mais uma vez este estudo percebe a necessidade de uma formação permanente em ST para os participantes desta pesquisa visando a sedimentação de competências teóricas e metodológicas e, sobretudo, engajamento ético e político no campo. A coragem desses servidores de desnudar suas limitações na seara da ST e da promoção da saúde demonstra um pedido de ajuda para o verdadeiro entendimento da PASS e que com certeza perpassa pela educação.

A Invisibilidade Institucional foi outra unidade de sentido presente na fala dos participantes. Quase a unanimidade dos servidores entrevistados respondeu que os usuários não conhecem ou pouco conhecem as ações, projetos e programas de promoção da saúde da Unidade de Referência estudada. Tal desconhecimento permanece, apesar do esforço da Unidade para organizar as ações e divulgá-las, por meio da Rádio Universitária, TV Universitária, Site Oficial, Cartazes, faixas, panfletos, jornais, etc. As falas dos servidores são eloquentes:

Esse é um grande problema nosso. Porque a gente faz... faz... leva para a rádio, leva para o site, leva para a intranet, faz de tudo que é jeito, cartaz, já fizemos tudo que foi possível e ainda quando você chega eles falam que não sabiam, que vocês fazem este tipo de trabalho. É comum isso. (Laura)

É... eu acredito que não conhecem... parte conhece e parte não conhece. Aí tem se feito... tem na página da universidade, tem cartilha, tem os programas de integração dos servidores que entram... semestral tem encontro, sempre temos a oportunidade de estar falando e repassando as coisas. Na própria página se você clicar, tem os programas. Se você entrar na página dos SIASS Saúde, do SIGEPE, do SIAPE. Aí você entra lá na saúde tem nossos programas de saúde, está na página. O Brasil entra e acessa o que está na página, o Brasil inteiro aciona e vê o programa que nós temos, sabe? (Victor)



Existe a divulgação dos projetos, principalmente por meio da internet (site) e cartazes colocados em lugares estratégicos. Apesar disso, sabemos que muitos servidores se privam dos serviços ofertados por falta de conhecimento desses programas. Muitos chegam e testemunham "Nossa, não sabia que tinha esse serviço.". (David)

Olha tem sido feito um trabalho nosso e da diretoria como um todo no sentido de levar essas informações de maneira mais acentuada, acho que nos últimos dois anos principalmente. Ainda assim eu acho que tem muita gente que não conhece, ainda assim difícil acessar o servidor viu. (Barbara)

Acredito que não, alguns até estranham quando a gente informa sobre alguns programas que tem aqui, alguns serviços que são oferecidos. Muitos até dizem "eu não sabia que isso tinha aqui". (Felipe)

Olha essa é uma situação que a gente quando acha que está muito bem divulgado e sempre encontra alguém dizendo que não conhece (Sofia)

A grande maioria não. A grande maioria, apesar da gente divulgar, apesar da gente pôr na rádio, na TV, no site, de panfletar, as pessoas ainda desconhecem uma grande parte das atividades (Henriqueta)

E a gente divulga. Toda vez que vamos fazer qualquer coisa a gente divulga na intranet, no jornal, no jornal [do sindicato], a gente faz entrevista. (Ana)

David problematiza os reais motivos da invisibilidade institucional das ações desenvolvidas pela Unidade SIASS e pondera que o próprio servidor pode ser negligente e passivo:

Ainda não defini se a divulgação fica aquém do necessário ou se existe muita negligência ou passividade por parte do servidor de buscar informações nos lugares apropriados ou se ambas as coisas acontecem. (David)

Pedro Henrique associa a falta de adesão às ações de promoção da saúde à cultura de medicalização do brasileiro:

Infelizmente, a prevenção não é uma coisa do servidor público, é um problema típico do brasileiro, você não previne, a gente trata quando está adoecido. (Pedro Henrique)

A compreensão de Pedro Henrique tem ressonância na verbalização de Vitória, "eu acho que só se preocupam [com os programas de promoção de saúde] quando elas precisam e por isso não dão importância" (Vitória).



Ana afirma querer usar um megafone na divulgação como forma de ser ouvida:

Eu brinquei aqui, mas é sério, tinha que pegar um megafone e andar nos campis e falar: hoje tem tais coisas assim, assim-assado para os servidores. Tinha que ser assim para poder divulgar, porque não sabem nem da existência do [setor de promoção], não sabem. (Ana)

Carolina pontua a baixa utilização de alguns programas e a necessidade de ampliar a divulgação dos serviços de promoção da saúde:

A gente percebe que ainda há muito o que fazer nessa área de divulgação do serviço, porque a procura, ela é pequena. A gente tem alguns programas ainda subutilizados, se a gente for considerar o número de pessoas que nos procura. (Carolina)

Isabela reconhece o desinteresse dos servidores pelas ações de promoção e principia uma avaliação quanto à necessidade de rever a roupagem dos programas:

Há certo desinteresse. Então, não tem como estimular o trabalhador a participar, a esclarecer. Talvez mudasse essa forma né, essa roupagem desse programa, talvez achar uma fórmula mais alternativa, não sei, pois acredito que não está sendo muito eficiente não. (Isabela)

Vitória se assusta em trabalhar com promoção e ver as ações oferecidas parecer invisíveis para os usuários:

As pessoas nem sabem que meu setor existe. Aí eu fico um pouco assustada porque a gente tenta divulgar (Vitória)

Marianne deseja fazer uma pesquisa para entender o desconhecimento:

Eu fico até curiosa e tenho vontade de fazer uma pesquisa para ver esta questão desse conhecimento e qual seria o caminho assim para se fazer conhecer mais porque as ferramentas disponíveis são utilizadas. (Marianne)



Na compreensão dos entrevistados, o conhecimento sobre as ações desenvolvidas, a divulgação e adesão estão interligadas. Além disso, há indícios de que a baixa adesão esteja relacionada à cultura medicalizadora e à 'roupagem' das ações. Embora avaliem a baixa utilização e adesão às ações, os servidores sentem dificuldades para desenvolver ações diferenciadas visando novos resultados. Seguindo as pistas de Pinheiro (2015, p. 87), é possível afirmar que talvez haja uma 'subestimação' dos aspectos laborais ou mesmo uma "[...] inabilidade e despreparo para uma leitura ampliada da realidade e uma intervenção sobre a dimensão organizacional".

A invisibilidade institucional e baixa adesão impactam no cotidiano de trabalho dos servidores da Unidade de Referência e são motivos de frustração e desânimo da equipe:

A equipe fica desmotivada com relação a isso. Nós agora estamos na programação do outubro rosa, fizemos uma palestra em parceria com os sindicatos dos técnicos administrativos e foi uma mastologista falar sobre isso, fizemos anúncios, tudo, mas foram 29 pessoas e isso deixa a equipe desmotivada. (Laura)

Nós falamos sobre as frustrações, falamos sobre as informações, eu acho que talvez a [Unidade] ainda não tenha encontrado uma forma de divulgação que realmente chegue no nível do servidor, mas também não sei o que a gente poderia fazer, a partir desse ano a gente começou com aquelas propagandas de cores, outubro rosa, maio amarelo aquelas coisas todas que são preventivas também e são promocionais, não sei se vai atingir, mas acho que devemos continuar tentando. (Sofia)

Ao estudar a experiência de outras Unidades de Referência, Pinheiro (2015, p. 92 - 93) constatou que "[...] mesmo ressaltando a ineficácia das ações no formato de palestra informativas [...]" ou mesmo ações educativas, as equipes não teciam nenhuma "[...] avaliação crítica deste tipo de atividade [...] que tenha conduzido a uma ressignificação e adaptação da prática" (PINHEIRO, 2015, p. 93).



Há, portanto, que se avaliar o tipo de metodologia empregada nas ações para avaliar a questão da participação dos servidores. A baixa adesão às ações educativas conduzidas em forma de palestra parece sinalizar o desafio de desenvolver metodologias que valorizem a participação dos servidores e que tratem dos contextos laborais. Palestras educativas e as atividades com predomínio das dimensões regulatórias e disciplinantes tem em seu cerne a concepção de promoção da saúde que responsabiliza/culpabiliza o indivíduo pela sua condição de saúde e não vislumbram a construção de “estratégias que efetivamente autem sobre os determinantes do adoecimento que compõem a dimensão institucional” e laboral (FERREIRA NETO; KIND, 2014; PINHEIRO, 2015).

Ferreira Neto e Kind (2014) alertam sobre a necessidade de se construir estratégias analíticas capazes de superar os saberes e práticas de um dualismo de interpretações da promoção da saúde antagônicas e conflitantes, em que há predomínio de dimensões regulatórias e disciplinadoras para a uma compreensão participativa e emancipatória a qual compartilha as responsabilidades entre o sujeito, o Estado e sociedade e considera a complexidade do processo saúde-doença.

Assim, a invisibilidade institucional pode ser, também, uma forma de escamotear outros desafios vivenciados pelos programas e programas de promoção da saúde.

Letícia, ao contrário da maioria dos participantes, revela que os servidores usuários conhecem a Unidade de Referência e acentua que os mesmos privilegiam muito as ações ligadas aos eixos da perícia, da assistência oferecida pela saúde suplementar e até mesmo a obrigatoriedade dos exames médicos ocupacionais, porém não utilizam o eixo da promoção da saúde, que chamam de benefício.



A maioria dos servidores da instituição não conhece os benefícios que a [Unidade de Referência] está aqui para oferecer, porque aqui é a casa do servidor, mas o servidor acha que deve vir aqui para pegar uma segunda via do boleto de Unimed, do plano de saúde, acha que deve vir aqui para entregar o exame, o resultado do exame médico uma vez ao ano do exame periódico que é obrigado, acha que deve vir aqui para transcrever um atestado na perícia médica. (Letícia)

Esse sentimento é compartilhado por Otávio e Vitor que reforçam que a Unidade é conhecida pelos servidores e que são efetivamente reconhecidas as ações da perícia médica, dos exames médicos periódicos, segurança no trabalho ou saúde suplementar.

O que elas sabem mesmo são os exames periódicos e as periciais, o resto é o que vai acontecendo. (Victor)

De uma forma ou outra essa informação chega aos servidores, tanto pela necessidade legal de buscar os trabalhos aqui [...], como Perícia, os exames ocupacionais, a legislação sobre segurança do trabalho, acaba obrigando a ter acesso e nos procurar. Quanto ao plano de saúde é uma coisa tão importante hoje na vida das pessoas que é natural elas nos procurarem para terem acesso a esses serviços. (Otávio)

A Unidade de Referência se tornou o local conhecido pelos servidores como local de controle médico por conta das perícias, exames periódicos e soluções de problemas com a saúde suplementar. Porém, na esteira dos desafios de operacionalização das ações de promoção da saúde, foram encontrados nas narrativas alguns motivos ou fatores que são utilizados pelos participantes, repetidas vezes, e que de certa forma tentam justificar a invisibilidade das ações e a consequente subutilização: falta de interesse dos servidores, precarização do trabalho e falta de intersetorialidade.

Com relação a não adesão dos servidores na participação dos programas de promoção da saúde, alguns participantes utilizam simplesmente o termo 'falta de interesse dos servidores', numa clara responsabilização/culpabilização dos sujeitos pelo cuidado de sua saúde, visto que a instituição oferece sem custos financeiros várias ações de promoção da saúde.



Eu acho que é a falta de interesse do servidor de participar dos programas. Alguns alegam desconhecimento, mas eu acho que a grande maioria é realmente a falta de interesse do servidor em si cuidar, em ter a preocupação de assumir a responsabilidade dele, pois a responsabilidade na saúde do trabalhador uma parte é da instituição, mas tem uma parte que é responsabilidade do próprio servidor. E acho que hoje pelos dados estatísticos que a gente tem, a gente nota a falta de interesse do servidor em participar. (Henriqueta)

É a adesão do servidor, desinteresse em participar das atividades, a gente promove, faz eventos, faz uma divulgação, cartazes e simplesmente é um evento vazio. (Milene)

Eu acredito que é sim de falta de interesse das coordenações, das gerências e até mesmo do próprio servidor. Há certo desinteresse. Então, não tem como estimular o trabalhador a participar, a esclarecer. (Isabela)

Se a pessoa não tirar um tempo para poder cuidar de si porque aqui é para o servidor cuidar da própria saúde, [...] que cada um é responsável por si próprio e nem todos os servidores da nossa instituição pensam desse jeito. (Letícia)

A adesão desses servidores que não é boa igual a gente queria que fosse [...] acho que os programas eles existem, o que precisa é uma maior adesão desses servidores. (Francisco)

Para Ana e Pedro Henrique a falta de adesão é ocasionada por uma cultura impregnada pelos modelos anteriores de tratamento da saúde nos ambientes de trabalho, muito focada na assistência, no tratamento de doenças e no controle, ou seja, se não está doente porque procurar cuidar da saúde?

É... eu acho que a cultura é muito de assistência, né, eu acho que é uma coisa fundamental que atrapalha tanto as pessoas procurar ou saber o que procurar (Ana)

A resistência das pessoas em participar de atividades preventivas sem estar doente (Pedro Henrique)

A precarização das relações de trabalho no serviço público e na própria política vigente foram denunciadas por um número expressivo dos participantes, como 'desafios de operacionalização das ações de promoção da saúde' e foram muitos os exemplos dessa realidade.



Para Seligmann-Silva (2012, p. 460), o significado etimológico da precarização que vem do latim quer dizer “instável, frágil, insuficiente”. Assim, “[...] a precarização social é a fragilização do tecido social - das estruturas (instituições) que regem a coesão e a proteção coletiva dos laços que vinculam entre si os seres humanos.” Essa mesma autora afirma que a precarização marca profundamente o mundo contemporâneo, principalmente as instituições e o mundo do trabalho que são observados na “[...] escalada de incidências de uma série de agravos à saúde dos trabalhadores [...] ao longo da reestruturação produtivista.” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 461).

Neste estudo, foram desvelados processos que geram instabilidade no contexto social e do trabalho, que com certeza está no cerne do adoecimento do trabalhador. Os desafios relatados pelos participantes nos mostram inúmeras dificuldades relacionadas à precarização do trabalho. Francisco lembra que os servidores acabam não tendo tempo para as atividades de promoção da saúde pela sobrecarga de trabalho ou mesmo pela organização do trabalho, que não permite sair de seus espaços laborais para participar dos programas de promoção.

O servidor tem um perfil, de ser um servidor muito sobrecarregado, às vezes tem dupla jornada de trabalho, a gente tem visto que ele acaba não tendo muito tempo dele aderir a esse programa e aí talvez a sobrecarga de trabalho em algum setor. Então, a gente vê isto, o servidor quer participar mais não consegue pelo cansaço físico e mental que ele tem do trabalho. (Francisco)

Laura e Yarin referiram, também, a interferência da dinâmica do trabalho no cotidiano dos servidores e o assédio moral, pois algumas chefias não permitem a saída dos servidores para participar das ações de promoção da saúde e até mesmo dos exames periódicos.

Mas tem vários entraves, [os programas] são feitos em horário de trabalho. As nossas ações são todas em horário de trabalho. As pessoas não podem se ausentar do seu local de trabalho, a chefia não permite ou o próprio trabalho ou a dinâmica do trabalho não permite que você se ausente, então tem vários fatores que influenciam isto (Laura)



Tem muito problema com chefias, porque muitos falam quando vem aqui para finalizar, eles veem angustiados... "eu preciso ir embora, porque senão meu chefe me dá problemas", "eu preciso sair, eu não posso ficar aqui muito tempo". O chefe aqui tem uma atitude de como ele fosse dono, ele fosse patrão das pessoas. Nem o periódico, o chefe não sabe e não quer conhecer e quando a pessoa se interessa em fazer, ele pode passar por um processo e punição. Retrai muito o servidor dele estar fazendo esse processo. [...]o chefe [...] ele não quer saber se ele é obrigatório ou não e coíbe as pessoas e muitas vezes as pessoas por temer problemas no trabalho, no setor que ele está...ele está habituado a trabalhar. Ele prefere ceder às regras do chefe do que cumprir um programa de saúde [...]. (Yarin)

Isabela e Ana contam outra situação de precarização das condições de trabalho, em que suas ações desempenhadas de promoção da saúde seriam benéficas ao servidor se não fossem inviabilizadas pela organização do trabalho.

E talvez uma questão de não surtir os efeitos né que aqueles relatórios de inspeção de segurança quando a gente faz. A gente sabe que muitas vezes eles são engavetados. Então, assim, como eles falam: "a equipe esteve aqui, mas não resolveu nada". Então, a gente não pode forçar. Então, a gente faz o relatório de inspeção de segurança, encaminha para a coordenação, a chefia imediata, para elas tomarem as adequações. (Isabela)

É difícil, e não é difícil por causa dos profissionais não, é difícil por causa da organização da instituição. Porque a organização da instituição funciona de tal maneira que aquele profissional não pode deixar de fazer o que ele está fazendo para ele poder participar junto com outro profissional em outro setor. (Ana)

Outro problema enfrentado pelos participantes na efetivação das ações são questões burocráticas das instituições federais que dificultam ou inviabilizam as ações ou mesmo programas de promoção da saúde, o que foi lembrado por Vitória como um ponto muito negativo.

Burocracia. Eu acredito que a burocratização do sistema público em geral... Tem que tomar muito cuidado com tudo, em geral. Então, às vezes, a gente quer realizar eventos, palestras, mas esbarra na burocracia, tem problema, não tem verba, mas fulano não pode, às vezes a pessoa se dispõe a vir sem ganho, mas não pode porque tem que ter uma licitação, um monte de burocracia, e isso é o que mais me chama atenção como ponto negativo, é a burocracia. (Vitória)



O desfalque no quadro dos servidores foi apresentado por Carolina que manifesta a dificuldade de reposição das vagas dos servidores que se aposentaram e a sobrecarga de trabalho que esta situação provoca.

Nós estamos com um pouco de dificuldades de repor as vagas dos funcionários que aposentaram. Nós tivemos duas aposentadorias que a gente não conseguiu repor as vagas. Então, essa é uma dificuldade para o serviço. Na ocasião foram duas secretárias que também estavam em disfunção, talvez por isso a gente não conseguiu repor essas vagas. Então, a equipe terapêutica, a equipe técnica tem feito o trabalho da secretaria, isso é uma das dificuldades. (Carolina)

Marianne conta como a falta de insumos, aqui representada pela falta de verba para gasolina dos veículos, atrapalha a rotina laboral, inclusive os servidores mais carentes.

No momento estou sem fazer visita, estamos sem carro, estamos sem gasolina. Temos motorista, mas não temos gasolina, são dificuldades que são pontuais? Sim, mas que atravança nosso trabalho e atravança uma série de coisas e é um efeito dominó, a gente sabe que este servidor pode ter dificuldade com o salário dele, ficar suspenso algum tempo, como fazer? (Marianne)

Com relação à precarização, Otávio lembra, ainda, que as ações de assistência esbarram nos interesses dos planos de saúde e nas condições dos servidores em manter esses planos por conta de crise.

O maior problema hoje é conciliar os interesses dos planos de saúde com o interesse dos servidores, porque hoje a gente trabalha com saúde e dinheiro, são duas coisas complicadas na vida de todos. Então, é assim, conciliar os interesses dos planos de saúde e dos servidores é muito difícil e o principal problema é esse principalmente em tempo de crise. (Otávio)

O financiamento dos programas e ações de promoção foi mencionado por alguns dos participantes. Marianne e Pedro Henrique revelam que não têm recursos financeiros para operacionalizar as ações e projetos.



Eu não tenho dúvida nenhuma que o maior [problema operacional] é a falta do dinheiro, o maior, com certeza. Se você for perguntar para a pessoa responsável ela vai responder que é a falta de dinheiro. Agora tem contingências financeiras que são muito graves aqui [...] Assim, para imprimir uma coisa tem dificuldade financeira e tal, executar os projetos por mais bonitos que sejam muitas vezes encontram barreiras que não são das pessoas. Então, diria que tem um rico potencial funcional e que é parcialmente aproveitado pelas restrições financeiras. (Pedro Henrique)

Eu penso que é questão de verba, porque nós, por exemplo, não temos, desde que eu entrei aqui [...] é uma caixinha preta. Não sei se alguém já comentou, mas por exemplo fazer algum programa contando com algum recurso, nós não temos, nem que seja 10 reais né. (Marianne)

Laura e Sofia contam que parcerias intersetoriais são realizadas visando suprir a falta de recursos financeiros:

Olha eu acho que o maior problema ainda é às vezes a falta de verba sabe (risos) por exemplo, agora está muito nítido que é final de gestão, final de ano e, então, por exemplo a verba da nossa área já acabou. Então, muita coisa não pode fazer. Então, por isso essa parceria com o sindicato para levar a frente coisas que tem custo porque o que não tem custo a gente vai fazendo. Eu acho que o maior problema é a operacionalização dos nossos pares. (Laura)

Talvez o que falte hoje seria uma verba direcionada para a gente, por exemplo se precisar de lanche, tem que ligar para tentar conseguir essa verba [em outro setor] hoje, então o que falta muito hoje é justamente essa questão mais direcionada, seria uma verba (Sofia)

Bárbara confidencia que quando se quer fazer alguma coisa 'diferente ou especial' o servidor mesmo arca com os gastos e conta da necessidade/dificuldade de vender os produtos das oficinas realizadas para poder arrecadar dinheiro para novas oficinas.

Por exemplo...a gente também além dos grupos terapêuticos a gente trabalha com oficinas, falta recursos para estes materiais. Eu diria que recurso é o nosso maior problema. Então, se a gente quiser fazer um lanche, coisa especial é a gente mesmo que faz. Às vezes tem que fazer oficinas, tem que vender as coisas para poder comprar material para as oficinas. Então, eu diria que recursos é uma coisa bem complicada. (Bárbara)



Marianne conta como faz para driblar a realidade da falta de recursos:

Nós não temos lanche e nenhum recursos assim, olha o que a gente faz. É um público mais idoso, então, a probabilidade de ter uma pessoa com diabetes, pressão alta, ele vai durar a tarde inteira e a pessoa vai ficar ali e vai precisar se alimentar, né? Então, a gente combina, faz combinações, das pessoas trazerem lanche, das pessoas fazerem vaquinha e aí usa a imaginação. (Marianne)

Nas falas, constatamos que a questão da precarização permeia vários obstáculos de operacionalização das ações de promoção da saúde da Unidade de Referência. Para Seligmann-Silva (2011), só é possível sobreviver a ela sem o adoecimento se os trabalhadores utilizarem mecanismos de defesa individual e solidariedade coletiva como forma de resistência e defesa.

Este estudo permitiu, também, observar uma outra faceta dos desafios à efetivação das ações e programa de promoção da saúde: se os demais projetos e programas da Unidade SIASS referenciam servidores para as ações de promoção da saúde. As respostas demonstraram uma acirrada divisão de opiniões entre os 16 entrevistados que responderam à questão: alguns disseram que não encaminham, outros participantes acreditam que encaminham em partes e ainda um terceiro grupo que afirma que não sabe opinar.

Ana acredita que "*é complicado, de modo geral não encaminham...eu falo encaminha ou não encaminha...não encaminha (Ana)*". Milene resume bem o que ocorre na Unidade SIASS: "*falta uma integração maior*" dos serviços oferecidos aos servidores públicos.

Com relação ao encaminhamento parcial dos servidores, Carolina sente avanços nesta questão e argumenta que está "*conseguindo entrar nos setores para conversar*", "*mas penso que a gente ainda precisa melhorar nesse aspecto de referenciar os serviços de apoio ao servidor*". Para David, somente os serviços mais conhecidos são referenciados, como as ações ligadas ao adoecimento mental.



O serviço mais conhecido é o atendimento psicológico e psiquiátrico para o qual [o ambulatório] ou outros setores de assistência e prevenção à saúde indicam aos servidores. Contudo, para os outros projetos desenvolvidos [pela Unidade de Referência] parece não haver muita divulgação por esses serviços. (David)

Vitória entende que o hospital vinculado à instituição de ensino faz encaminhamentos, pois há uma elevada demanda oriunda do mesmo, mas não percebe se outros setores encaminham.

O hospital eu acredito que sim, porque nós temos uma grande participação dos funcionários do hospital, mas dos outros setores, eu tenho as minhas dúvidas, eu não saberia te afirmar isso. (Vitória)

Marianne tenta justificar a ausência de encaminhamentos relacionando-os ao atendimento incompleto e de má qualidade ocasionado pela organização de trabalho dos setores que sobrecarregam os profissionais, dificultando a ação.

Alguns profissionais a gente entende que sim, mas outros profissionais, também não sei se pela correria do dia a dia seria uma demanda alta de atendimento, teria que atender rápido... é difícil para fazer o encaminhamento para o outro colega. (Marianne)

Os inúmeros desafios elencados pelos participantes do estudo acenam para a importância de envolver os trabalhadores na elaboração, implementação e avaliação dos programas, posto que esse processo pode contribuir sobremaneira para o enfrentamento dos problemas para a efetivação da PASS. Novamente, este estudo aponta para a importância de espaços de educação permanente para fomentar uma reflexão sobre a prática cotidiana e ampliar os horizontes de atuação.



6.4 Potencialidades

Segundo Carneiro (2006, p. 33), a realização de promoção da saúde de maneira “[...]contínua e sistemática, constitui grande desafio para o serviço público, que ao incorporar a questão da perícia médica como obrigação e da assistência médica como necessidade[...]”, não entendeu, ou não soube fazer ou mesmo não priorizou a prevenção das doenças, fazendo das práticas de promoção da saúde mais um mecanismo de controle ao absenteísmo.

Tais constatações confirmadas neste estudo clarificam a realidade da Unidade de Referência tomada como cenário neste estudo e elucidam as contradições, os meandros e os equívocos presentes na implantação da PASS e, especificamente, nas ações de promoção da saúde.

Cabe-nos nessa seção compreender e valorizar os gestores e responsáveis pela criação e manutenção dos programas de promoção da saúde da Unidade de Referência SIASS, que aceitaram participar desta pesquisa, dispondo de seus saberes e práticas, enquanto atores sociais da PASS.

Os participantes demonstraram grande potencial para incorporar a perspectiva da Saúde do Trabalhador em suas práticas. Para isso, é preciso (re) pensar sua formação em Saúde do Trabalhador e buscar, junto aos órgãos representativos dos trabalhadores e dos próprios trabalhadores, forças e ideias na busca por um ambiente de trabalho que realmente promova a saúde, mesmo com os desafios que os servidores vem enfrentado.

Os participantes da pesquisa apresentaram dinamismo e esforço para prestar um bom trabalho para o servidor, e isto foi percebido, inclusive, por meio de uma questão instigante e reflexiva de como avaliavam o atendimento aos servidores dentro da perspectiva de promoção de saúde.



O processo de pesquisa revelou as potencialidades da Unidade de Referência em produzir ações em prol do servidor. De forma quase unânime, os participantes avaliaram positivamente o atendimento da Unidade de Referência, uma pequena minoria dos participantes afirmou que ainda são incipientes e precisam melhorar.

A fala de Enzo é de muita admiração, de alguém que chegou mais recentemente na instituição e ainda não tinha visto um serviço tão direcionado para o cuidado com a saúde do servidor em outras realidades.

O atendimento, acho que é excelente [...] Imagino que podem existir em outras federais, mas não acredito que seja na maioria. Até quando eu fui, quando eu passei no concurso e me colocaram, me nomearam aqui eu fiquei, vamos assim dizer, fiquei admirado de saber que existe uma diretoria para isto. Como eu fiz minha formação toda [em outra universidade] lá eu desconheço. Lá tem o setor de medicina do trabalho, e não com esse nome [...]... isso eu acho mais impactante do que só medicina do trabalho, o SESMET que tem lá. (Enzo)

Laura revela orgulhosa que, em decorrência da diversidade de serviços oferecidos, a Unidade de Referência virou referência nacional para outras instituições que acabam reproduzindo as ações.

Olha, a gente procura abrir um atendimento em várias frentes né, não só naquilo que é legal, na perícia, no exame periódico, na segurança do trabalho. A gente abriu várias frentes. Dentro das unidades do SIASS, aquele subsistema a gente se reúne normalmente anualmente e várias unidades de outras universidades não oferece o que a gente oferece. Nós somos referência dentro do SIASS, pois toda vez a gente vai lá e a gente apresenta as coisas e a gente tem notado que os outros copiam, né. Então, eu acho normal, eu acho ótimo, o atendimento psicossocial tem várias universidades fazendo, o curso preparatório para aposentadoria muda às vezes o formato, muda o enfoque, mas é... eu sinto...que a gente ajudou a abrir essa questão para outras unidades. Então, eu acho que a gente procura tentar, tem tentado abrir várias frentes conforme a demanda se apresenta e a gente tem um leque muito grande e diversificado que a gente atende. (Leticia)

Francisco confirma a fala de Laura: "a [Unidade de Referência] tem feito muitos programas, vários programas objetivando essa saúde dos trabalhadores". Ana e Bárbara descrevem o esforço da equipe para oferecer um bom atendimento aos servidores.



Olha nós nos desdramamos, viu. Nos viramos do avesso aqui para poder criar (risos) e ver se chega até o servidor, se chegamos até o servidor. A gente tem os programas e os projetos, vai mudando, muda o programa, muda o projeto, vamos fazer assim, vamos fazer assado. (Ana)

A gente está sempre buscando se adequar ao máximo à necessidade individual de quem chega aqui. Os nossos projetos, os nossos programas têm uma característica muito maleável, então todo mundo que entrar vai fazer a mesma proposta terapêutica? Não, vai depender do caso, da pessoa, dos horários disponíveis. A gente vai tentar se organizar internamente, sempre para atender as necessidades para a pessoa ser atendida. Então, nesse sentido as pessoas estão sempre procurando atender as particularidades, até eu diria de cada pessoa que aparece aqui. Eu penso que quem vem e busca o atendimento aqui vai ter, nós não temos fila de espera, quando a pessoa liga, a pessoa marca a triagem. Ela começa no mesmo dia, tem tratamento se ela quiser. (Bárbara)

Nos relatos de Gabriela, Vitória, Sofia e Pedro Henrique é observado o reconhecimento do esforço da equipe para impactar positivamente na saúde dos servidores:

Olha a minha avaliação é de toda a equipe multidisciplinar envolvida. Cada um desses profissionais procura dar o seu melhor, é o que eu vejo isso, eu vivencio isto. Cada um desses profissionais envolvidos dá o seu melhor. (Gabriela)

Olha eu acho que eu sou um pouco suspeita, mas eu avalio muito bem. Nós estamos aqui, nós temos uma equipe multiprofissional muito competente, temos um psiquiatra excelente. Hoje trabalhando com a gente tem assistente social, psicólogos, terapeutas alternativas que são as meninas do Reiki e da Unibiótica, médicos, enfermeiros e eu acredito que nossa equipe é muito boa. Eu avalio muito bem. (Vitória)

Eu acho que [Unidade de Referência] tem um aparato muito grande com profissionais muito competentes, mas que está sendo subutilizado (Sofia)

As pessoas que trabalham aqui são muito competentes. São frequentemente convidadas a sair daqui dos muros da [Universidade] e ir prestar serviços fora. (Pedro Henrique)

Ainda temos nas narrativas de Letícia, David a certeza que os servidores que usufruem das ações ficam satisfeitos e atingem os objetivos propostos:

Olha, é como eu já disse quem vem aqui sai bem atendido sim, quem vem buscar ajuda, sai diferente, sai bem servido. (Letícia)

Tenho uma avaliação positiva. [...]. O serviço é necessário, atinge o objetivo proposto. (David)



Carolina faz um elogio à direção, que se coloca sempre disponível para acolher e apoiar as ações pensadas.

A [Unidade de Referência] oferece programas nas mais diferentes abordagens, é uma diretoria muito disponível. [...] Aqui neste trabalho eu sempre tive muita autonomia e muito incentivo para criar e isso para mim fez toda a diferença, eu pude crescer dentro daquilo que eu me propunha, adequando as necessidades do serviço e sempre fui muito respeitada pelo meu trabalho. (Carolina)

Isabela e Felipe aprofundam as avaliações das ações e afirmam que ainda falta encontrar perspectivas mais potentes para atingir maior adesão dos servidores:

Eu acredito que é ainda incipiente. Assim, ele está muito tímido, está assim sabe? Talvez precisando de um ataque, mais eficácia. (Isabela)

Olha, eu acho que ainda está caminhando para que a gente consiga alcançar o ponto ideal. As campanhas que têm sido feitas na ideia de promoção da saúde têm tido pouco adesão. (Felipe)

De modo geral, os participantes avaliaram positivamente sua atuação na perspectiva da promoção da saúde. Percebe-se, também, a falta de diferenciação entre prevenção e promoção da saúde e, ainda, a ênfase na cura, na reabilitação e na prevenção. A diversidade de formações e de trajetórias profissionais pode interferir no modo como compreendem a atenção à saúde. Embora não tenham evidenciado apropriação crítica da perspectiva de promoção da saúde, os participantes se mostraram interessados em garantir um bom atendimento às demandas dos servidores.

Conforme discutido ao longo desta obra, a PASS valoriza as dimensões participativas e emancipatórias e objetiva alterações nos ambientes e processos de trabalho para que estes produzam impactos positivos sobre a vida e a saúde desses servidores. Para tanto, é necessário um conhecimento multidisciplinar e a participação dos servidores em todas as fases do processo de intervenção nos ambientes, visando entender a relação trabalho-saúde-doença e suas reais demandas (BRASIL, 2010a).



A partir das verbalizações dos participantes, foi possível identificar que os desafios de se fazer promoção de saúde esbarram de forma crucial numa formação profissional e cultural de saúde preventivista/producionista permeada pelos modelos superados de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional.

Além disso, percebe-se que a baixa adesão dos servidores às ações de promoção da saúde tem como contraponto uma demanda reprimida por atenção médica ambulatorial. Há uma dificuldade de compreensão do processo trabalho-saúde-doença por parte dos profissionais da área de saúde, que limita a promoção da saúde às dimensões regulatórias e disciplinantes (FERREIRA NETO; KIND, 2011).

Neste sentido, Zanin et al. (2015, p. 94) entendem que a PASS, “[...]centraliza as ações no dano, no adoecimento, e não na promoção da saúde. Dito de outra forma, o que se está fazendo não se refere à Saúde do Trabalhador”, inclusive por dissociar as questões de Saúde do processo de trabalho e de não ter no trabalhador um agente essencial no processo de mudanças no ambiente e na organização do trabalho.

Em decorrência, nos parece que os processos de educação permanente (EP) podem desempenhar papel estratégico na PASS. A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), de 2004, assim define a EP:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2014b, p. 8).

Brasileiro (2014, p. 60) compreende a EP como uma “[...] ferramenta potente e potencializadora dos importantes processos de transformação das práticas profissionais, educacionais, gestoras e participação social” nas políticas públicas de saúde, tanto SUS como na PASS.



O autor acredita que por meio da Educação Permanente inicia-se um novo ciclo de políticas públicas em defesa do trabalho na saúde, cuja trânsito político perpassa as instâncias burocráticas gestoras do estado brasileiro e encontra a “[...] potência da insurreição [...]” que habita essa proposta (EPS) através dos “[...] atores dispostos a construir, em ato, a política pública em saúde brasileira” (BRASILEIRO, 2014, p. 129).

Assim, os espaços laborais são fortalecidos pela reflexão crítica e a problematização das situações enfrentadas no cotidiano, “[...] favorecendo o trabalho em equipe, a gestão participativa e a co-responsabilização nos processos de ensino-aprendizagem, para o alcance dos objetivos estratégicos [...]” (BRASIL, 2014, p. 5).



7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

Paulo Freire

Essa pesquisa é fruto de inquietações e vontade genuína de enfrentamento aos vários desafios constituintes do campo Saúde do Trabalhador e do compromisso ético e político das pesquisadoras com o interesse dos trabalhadores.

Do ponto de vista metodológico, buscou-se respeitar e valorizar os participantes num processo de pesquisa caracterizado pela escuta. Trata-se de demarcar nossa filiação teórica e metodológica, crucial no momento de retrocesso político. Assim, almejamos compreender a PASS em seu contexto de emergência e frente aos inúmeros desafios para efetivar a atenção integral ao servidor público federal. Deste modo, esta pesquisa é um convite para que a academia, os trabalhadores e os gestores da PASS reflitam sobre suas potencialidades e desafios.

Ancorado na perspectiva crítica e emancipatória da promoção da saúde e da Saúde do Trabalhador, este estudo pretendeu desnudar por meio dos saberes e das práticas dos participantes, que são, em primeira instância, trabalhadores do estado e, segundo, responsáveis pela implantação e manutenção da PASS, a realidade e os problemas enfrentados pelos mesmos na difícil tarefa de operacionalização de uma política pública, concebida como um sistema integrado, referenciado pelos princípios da saúde do trabalhador e intencionalmente influenciada e precarizada por forças governamentais neoliberais que assumiram o país, principalmente após 2013.



As ações e os projetos de promoção da saúde são embrionários e equivocadamente esbarram na resistência ou despreparo de profissionais que os realizam numa dimensão regulatória e disciplinadora, elementos muito comuns no Brasil e ligado às correntes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, ou seja, numa cultura que deixou fortes marcas nos serviços de saúde e que prima pela busca de serviços para fins de perícia médica e assistência médica como controle do trabalho e corpos.

Vejamos, agora, a síntese das principais reflexões oportunizadas pelo estudo.

No item “Participantes do Estudo, Protagonistas da PASS” descrevemos o perfil sócio demográfico dos servidores lotados na Unidade de Referência SIASS. Um primeiro destaque é a diversidade de gerações ocupando o mesmo espaço, com prevalência de pessoas que estão nas maiores faixas etárias, com mais de 50 anos e que somam 52,9% dos profissionais pesquisados; predominância do sexo feminino com 64,4%; e 74,9% que se autodeclaram brancos. Destaca-se o elevado nível de formação, sendo que 91% dos participantes tem nível superior ou mais. O estudo também observou a diversidade de formações desses servidores e a busca por qualificação de forma individualizada e não como uma parte de uma política de qualificação para os servidores.

A Unidade de Referência estudada foi implantada em um antigo serviço médico ocupacional da instituição que a sedia. O SIASS tem menos de uma década de criação e 64,28% dos servidores tem menos de dez anos de atuação neste setor, porém, conforme dado referente à faixa etária demonstrada, a composição profissional não é de profissionais jovens e sim, em sua maioria, daqueles na faixa etária acima de 50 anos, provavelmente desdobramento da PASS para implantação dos serviços que exigiu otimização de recursos humanos das intuições federais. Assim, servidores lotados em outros setores foram remanejados para compor as equipes de trabalho.



Com relação à experiência na área da Promoção da Saúde, a maioria dos participantes (67,14%) referiu não ter experiência anterior ao ingresso na Unidade de Referência, o que demonstra que para montagem das equipes não foi observado esse quesito para atuação na Unidade de Referência.

Uma dimensão positiva do grupo é que 82,85% dos participantes declararam ter apenas um vínculo empregatício, em sua maioria (92,9%) de 40 horas semanais. Dado interessante na contemporaneidade, que pela complexidade do trabalho em saúde demonstra elevada carga de trabalho e vários vínculos empregatícios.

Embora a PASS contribua para um redirecionamento ao cuidado integral do servidor público federal na perspectiva do campo Saúde do Trabalhador, a análise demonstrou que as verbalizações dos participantes advêm em sua maioria das correntes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. As respostas dos participantes revelam incipiente sedimentação conceitual da PASS e do SIASS e evidenciam pouca aproximação com as áreas temáticas. Todavia, os diferentes sentidos encontrados nas respostas não são oriundos de interpretações meramente individuais, posto que reportam à diversidade de interpretações das correntes no campo da Saúde do Trabalhador. Soma-se a isso, a breve trajetória da PASS e do SIASS, a exigir esforços no sentido de fortalecimento teórico e metodológico dos trabalhadores envolvidos na efetivação da atenção à saúde do servidor público federal.

Os servidores atuantes na Unidade SIASS explicitaram dificuldades estruturais de operacionalização da PASS, muitas estão ligadas ao MPOG, que ao implantar a SIASS, permitiu que cada Unidade de Referência criada executasse a política de acordo com seu entendimento/realidade/conveniência. Não houve preparo dos profissionais de saúde para atuarem na efetivação da política; faltou orientação, apoio financeiro e avaliação da atuação das Unidades instituídas.



Visamos, também, captar os olhares dos servidores sobre o perfil dos usuários das ações de promoção da saúde. Segundo eles, a maioria dos usuários são servidores já adoecidos, o que demonstra que as ações criadas têm um forte viés de assistência e são equivocadamente chamadas de promoção da saúde.

Desta forma, a sedimentação de conhecimentos sobre promoção da saúde, PASS e Saúde do Trabalhador pode contribuir sobremaneira para a superação da priorização de ações focadas no adoecimento do servidor em detrimento de ações de promoção da saúde. Tal amadurecimento contribuirá para o fortalecimento de ações que, articuladas no contexto de Vigilância à Saúde do Trabalhador, produzam integralidade da atenção e atinjam os diferentes ambientes, contextos e modos de organização do trabalho.

Ao descrever as características dos programas e projetos desenvolvidos nos diversos temas da PASS, percebemos a polarização em torno do conceito de promoção da saúde em que a concepção parte da compreensão e responsabilização do indivíduo pela manutenção de seu bem-estar, ligada ao estilo de vida, cujas as dimensões regulatórias e disciplinadoras primam estratégias de autovigilância e práticas autodisciplinares. Nesta perspectiva, são reduzidas as responsabilidades do Estado, o que despolitiza a saúde.

Assim, a materialização da PASS é atravessada pelas fortes influências da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional que, somadas à ênfase na responsabilização do sujeito, dificultam as abordagens coletivas e a proposta da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Tal quadro é agravado pela ausência da CISSP e da participação ativa dos servidores na construção, implantação e avaliação do alcance das ações desenvolvidas.

Outro assunto discutido exaustivamente pelos participantes foi a invisibilidade institucional e baixa adesão às ações de promoção de saúde. A análise evidenciou que ambas situações acenam para o tipo de serviço reconhecido – perícia e saúde suplementar – em detrimento das demais áreas temáticas.



Não seria exagero afirmar que as contradições da construção da PASS em relação à forma como a relação entre o Estado e a saúde suplementar se mostram com clareza nestes casos. Aponta-se a importância de aprofundar estudos nesta seara.

Nas Unidades de Referência, as ações de promoção de saúde são quase exclusivamente de cunho educativo e conduzidas em forma de palestra, cujo trabalhador é o único sujeito a mudanças e que sabidamente não surtem efeitos práticos no adoecimento causado pelas condições/relações/organização do trabalho. A baixa adesão parece sinalizar, também, para o desafio de desenvolver metodologias que realmente valorizem a participação dos servidores e que tratem dos contextos laborais. Palestras educativas e as atividades com predomínio das dimensões regulatórias e disciplinantes têm em seu cerne a concepção de promoção da saúde que responsabiliza/culpabiliza o indivíduo pela sua condição de saúde, e não vislumbram a atuação sobre os determinantes do adoecimento, que compõem a dimensão institucional e laboral.

Relembrando que a promoção de saúde envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva de lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, neste sentido, as ações de promoção vão além de uma técnica ou mesmo normas ditadas em palestras.

Algumas das ações de saúde desenvolvidas nesta Unidade de Referência avançam, discretamente, no sentido de execuções de ações de vigilância e de promoção da saúde, cujo enfoque é participativo e emancipatório. São ações que alteram ambientes e processos de trabalho com potencial para impactar na saúde e trabalho dos servidores públicos e que não tomam apenas o trabalhador como único fator passível de mudanças e adaptação ao imposto.



O fortalecimento destas ações relaciona-se diretamente ao reconhecimento do servidor como sujeito protagonista na construção de conhecimento e das ações de intervenção. Para tanto, devem ser feitas ações de vigilância aos ambientes e mudanças nos processos de trabalho. Essas ações são nominadas no portal SIASS de Intervenção Setorial e Segurança no Trabalho.

Com relação às potencialidades da Unidade de Referência SIASS, reafirmamos a necessidade de recuperar a historicidade dos conceitos que fundamentam a atenção à saúde do servidor público federal e de instigar os profissionais à auto avaliação dos seus saberes e práticas, elemento fundamental para avançar na consolidação da PASS e do SIASS.

A disposição e abertura dos servidores públicos federais para esta pesquisa sinaliza para as possibilidades da educação permanente em Saúde do Trabalhador, o que foi sentido nos relatos que permeiam este estudo e ecoam como pedido de apoio e valorização das ações por parte dos gestores e demais servidores. Entendemos, esperançosamente, que os mesmos se encontram num processo de busca pela efetivação da promoção da saúde no serviço público e que poderão encontrar na educação permanente uma ferramenta potente para transformação de suas práticas. Soma-se a isso a urgente criação da CISSP, espaço de construção e gestão compartilhada, calcanhar de Aquiles da Unidade de Referência estudada.

Diante da complexidade da atenção à saúde do servidor público federal, entendemos que a pesquisa possibilitou um valioso e respeitoso diálogo entre os participantes e a academia, que permitirá aos sujeitos envolvidos a ampliação de seus olhares sobre a instituição estudada e sobre a estratégia da promoção da saúde, enquanto política fundamental à atenção integral à saúde dos servidores públicos. A pesquisa também subsidiará a Unidade de Referência SIASS no processo de tomada de decisões, tendo em vista que permitiu compreender um pouco mais os avanços e desafios postos cotidianamente rumo à consolidação da PASS.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 3, n.1-3, p. 4-20, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 6 jun. 2017.

ALVES, G; SANTOS, J. B. F. **Método e técnica de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. Bauru: Projeto Editorial Práxis, Canal 6, 2014.

ANDRADE, E. T. **O Processo de Implementação da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador em Instituições Públicas Federais**: o desafio da integralidade. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2522>. Acesso em: 6 jun. 2017.

ANTUNES, R. O trabalho, sua nova morfologia e a era da precarização estrutural. **Revista Theomai Journal**, Buenos Aires, n. 19, p. 47 - 57, jun., 2009. Disponível em: <<http://revista-theomai.unq.edu.ar/numero19/artantunes.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

ARAUJO, A. **Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal: um estudo sobre a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor-SIASS (2009-2013)**. 2014, 122f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/PSP_5530e9f5d154ea3cc002344a81431a77>. Acesso em: 22 fev. 2018.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 197 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 115-128.. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2017.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 25-50. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf#page=51>. Acesso em: 6 jun. 2017.



BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

BARDIN, L. **L'analyse de contenu**. Lisboa: Edições 70, 1977.

_____. **Análise de conteúdo**: edição revisada e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.

BIZARRIA, F. P. A.; TASSIGNY, M. M.; FROTA, A. J. A. **Política de Assistência à Saúde do Servidor (PASS) e Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)**: perspectivas de evolução no campo da saúde do trabalhador. 2013. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/80/2013_80_7501.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Decreto nº 5.961 de 13 de novembro de 2006. Institui o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal - SISOSP. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5961.htm>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 abr. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6096.htm>. Acesso em: 17 fev. 2018.

_____. **Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009**. Dispõe da implementação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm>. Acesso em: 6 jun. 2017.



_____. **Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009.** Regulamenta o art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990-Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <<http://www.soleis.com.br/D6856.htm>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. **Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009.** Regulamenta a licença para tratamento de saúde, de que tratam os arts. 202 a 205 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7003.htm>. Acesso em: 22 fev. 2018.

_____. Lei 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria Normativa Nº 6.856, de 25 de maio de 2009, que dispõe sobre os exames médicos periódicos dos servidores dos órgãos e entidades do sistema de Pessoal Civil da Administração Federal- SIPEC.** Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6856.htm>. Acesso em: 2 nov. 2017.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. SIASS - **Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador.** Brasília: MPOG, 2010a. Disponível em: <<https://siasstocantins.files.wordpress.com/2014/11/polc3adtica-de-atenc3a7c3a3o-c3a0-sac3bade-e-seguranc3a7a-do-trabalho-do-servidor-pc3bablico-federal-uma-construc3a7c3a3o-coletiva.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Portaria nº 797, de 22 de Março de 2010b. Institui O Manual De Perícia Oficial Em Saúde Do Servidor Público Federal. **Diário Oficial Da União**, Brasília, DF, 23 mar. 2010b. Disponível em: <<http://www.tst.jus.br/documents/10157/5997299/MPOG+-+PORTARIA+SRH+N%C2%BA+797%2C+DE+22+DE+MAR%C3%87O+DE+2010./45ac7cb0-fe54-46ad-b2b8-2ed6f4aecc97?version=1.1>>. Acesso em: 2 fev. 2017.



_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria nº 1.261 de 05 de maio de 2010**. Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores. Brasília, DF, 2010c. Disponível em:
<http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/Min_Div/MPOG_Port1261_10.htm
> Acesso em: 2 nov.2017

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria Normativa nº 3 de 7 de maio 2010**. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor –NOSS. Brasília, DF, 2010d. Disponível em:
<[file:///C:/Users/Ilda%20Costantin/Downloads/PORTARIA%20NORMATIVA%203%20-%202010%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ilda%20Costantin/Downloads/PORTARIA%20NORMATIVA%203%20-%202010%20(1).pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2017.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria Normativa nº 3, de 25 de março de 2013. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal da Administração Federal - SIPEC. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 150, n. 59, p. 77, 27 mar. 2013. Disponível em:
<http://www.proad.ufop.br/siass/arqdown/PORTARIA_NORMATIVA_3_-_2013.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual tira-dúvidas: Legislação e Procedimentos em Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor Público Federal**. Brasília, DF, 2014a. Disponível em:
< <file:///C:/Users/Ilda%20Costantin/Desktop/ARTIGOS%20PARA%20DISSERTA%C3%87%C3%83O/Manual%20Tira-D%C3%BAvidas%206,2015.pdf> >. Acesso em: 15 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas de promoção da saúde**. Série B. Textos Básicos. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010f. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.



_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, 2012. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação permanente em saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. 1. ed., 1. reimpr. Brasília, DF, 2014b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

_____. Política de atenção à saúde do servidor público federal. Um projeto em construção coletiva. In: ENCONTRO NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR, 1., 2008, **Relatório final...** Brasília, DF 2008. Disponível em:
<http://www.uff.br/sites/default/files/servicos/legislacao/politica_de_aten_o_siass.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor dá outras providências. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, DF, 16 fev. 2004b. Seção 1. Disponível em:
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

BRASILEIRO, P. G. L. **O que pode a educação permanente em saúde?** 2014. 144 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em:
<<file:///C:/Users/Ilda%20Costantin/Desktop/ARTIGOS%20PARA%20DISSERTA%C3%87%C3%83O/Educa%C3%A7ao%20permanente.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 19-42.



_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2017.

BUSS, P.M.; FERREIRA, J. R.. **Atenção primária e promoção da saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Cartas da Promoção da Saúde. 2001, p. 7-14. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf >. Acesso em: 06 jun. 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 6 jun. 2017.

CARNEIRO, S. A. M.. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 57, n. 1, p. 23-49, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://antigo.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=251>. Acesso em: 12 dez. 2017.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13 (Sup 2), p. 2029-2040, 2008**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007 > Acesso em: 22 fev.2018.

CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M. F.; LIMA, V. L. P. Histórico da promoção da saúde no Brasil. **Promotion & Education**, Paris, v. 14, n. 1 supl 1, p. 7-12, 2007. Disponível em:

<file:///C:/Users/Ilda%20Costantin/Downloads/historico_promocao_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

CAVALCANTE, C. A. et al. Promoção da Saúde e Trabalho: um ensaio analítico.

Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 241-248, 2008.

Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a23.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2017.

CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo v. 38, n. 127, p. 1-30, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a05.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2017.



COSTA, D. et al. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1005/100528024010/>> Acesso em: 23 fev. 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CZERESNIA, D. O conceito e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009a. p. 43-58.

<https://doi.org/10.7476/9788575413531>

CZERESNIA, D.; DE FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009b.

CZERESNIA, D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação & saúde**: documentos técnicos de apoio ao Fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro, 2004. v.3, t. 2. p. 211-240. Disponível em:

<http://ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/P rodEditorialANS_Serie_regulacao_e_saude_Vol_3_Tomo_2.pdf#page=207>. Acesso em: 10 jun. 2017.

ESTANISLAU, B.; GOMOR, E.; NAIME, J. A inserção dos negros no serviço público federal e as perspectivas de transformação a partir da lei de cotas. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 8., 2015, Brasília. **Anais...** Brasília, DF: CONSAD, 2015. Disponível em:

<<http://banco.consad.org.br/bitstream/123456789/1192/1/A%20INSER%C3%87%C3%83O%20DOS%20NEGROS%20NO%20SERVI%C3%87O%20P%C3%9ABLICO.pdf>> Acesso em: 27 nov. 2015.

FERNANDES, G. F. M. **Qualidade de vida**: representações sociais de docentes de enfermagem. 2007. 220 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/89905/242243.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

FERNANDES, J. C. et al. Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1104.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2018.



FERREIRA, A. S. **Análise do processo de implementação das ações de promoção e prevenção em saúde preconizadas na Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS):** o caso da Unidade SIASS/UnB. 2014. 83 f. Monografia (Especialização) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2014.

Disponível em:

<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/1874/Angela_Ferreira_TCC_EGP_essoas4.pdf?sequence=1>. Acesso em: 7 jun. 2017.

FERREIRA, D. P.; EL BAYER, M. G. M. G. **Gestão democrática de pessoas:** uma abordagem estratégica. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Recursos Humanos, 2010. Disponível em:

<[http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2666/1/An%C3%A1lise%20do%20processo%20de%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20das%20a%C3%A7%C3%B5es%20de%20promo%C3%A7%C3%A3o%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20preconizadas%20na%20Pol%C3%ADtica%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20do%20Servidor%20\(PASS\)%20o%20caso%20da%20Unidade%20SIASSUnB.pdf](http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2666/1/An%C3%A1lise%20do%20processo%20de%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20das%20a%C3%A7%C3%B5es%20de%20promo%C3%A7%C3%A3o%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20preconizadas%20na%20Pol%C3%ADtica%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20do%20Servidor%20(PASS)%20o%20caso%20da%20Unidade%20SIASSUnB.pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2017.

FERNANDES, J. C. et al. Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1104.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2017.

FERREIRA NETO, J. L. et al. Processos da construção da política nacional de promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1997-2007, out, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a16v29n10.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

FERREIRA Neto, J.L.; KIND, Luciana. **Promoção da Saúde:** práticas grupais na estratégia de saúde da família. São Paulo: HUCITEC; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1:** a vontade de saber. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FURTADO, M. A.; SZAPIRO, Ana Maria. Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 277-289, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00277.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2017.



LACAZ, E. A. C. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e o Movimento Sindical. 1996. 435f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996. Disponível em:

<<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313672>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 757-766, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007000400003&script=sci_arttext&tIing=>. Acesso em: 22 fev. 2018.

LACAZ, F. A. C. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LORENÇO, E. et al. (Org.). **O avesso do trabalho II**: trabalho, precarização e saúde do trabalhador. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230. Disponível em:

<http://editora.expressaopopular.com.br/sites/editora.expressaopopular.com.br/file/s/o_avesso_3.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

LADEIRA, L. B.; COSTA, D. V. F.; COSTA, M. P. C. O conflito de gerações e o impacto no ambiente de trabalho. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 9., 2013, Rio de Janeiro. [Anais...]. Rio de Janeiro: Disponível em:

<<http://www.inovarse.org/filebrowser/download/15417>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

LEAVELL, S.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIMA, M. G. L. **Qualidade de vida no trabalho**: um estudo quantitativo e qualitativo na Universidade do Oeste de Santa Catarina - Campus Chapecó. 2001. 93 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

Disponível em: <<http://necat.ufsc.br/files/2011/10/M%C3%A1rcia-Gisela-da-Silva.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MACAGI, S. T. S. **Atenção à saúde do servidor**: planejamento em uma universidade pública. 2013. 150 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em:

<<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/34807/R%20-%20D%20-%20SILVANIA%20TEREZINHA%20SILVA%20MACAGI.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 nov. 2017.



MARTINS, M. I. C. et al. A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1429-1440, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1429.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2017.

MEDEIROS, G. T. C. et al. A diversidade nas organizações contemporâneas: um enfoque na transversalidade de gênero. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, SEGET, 11., 2014, Resende. [**Trabalhos apresentados...**]. Rio de Janeiro: CEFET/RJ, 2014. Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/40920488.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, Supl. 2m p. 21-31, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

MINAYO, M. C. S. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para a avaliação de programas. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 53-71.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 jun. 2017.



NASCIMENTO, R.M. População e família brasileira: ontem e hoje. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambú. Anais... Caxambú: ABEP, 2006. Disponível em: <http://www.nomads.usp.br/disciplinas/SAP5846/populacao_familia_nascimento_abep06.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2017.

PINHEIRO, S. L. **Práticas psicológicas promotoras de saúde do servidor do INSS**. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2015. Disponível em: <<http://bdtd.ibict.br/vufind/Search/Results?lookfor=pr%C3%A1ticas+promotoras+de+sa%C3%BAde&type=AllFields>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

PINTO, E. E. P. **Promoção da saúde**: uma nova política pode alterar um paradigma? 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/3085/1/tese_563_Disserta%C3%A7%C3%A3o-%20Elizamar%20E.%20Peixoto%20Pinto.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2017.

PEREIRA, M. S. **As concepções sobre saúde do trabalhador, as práticas profissionais e o contexto de atuação de psicólogos organizacionais**. 2015. 250 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://bdtd.ibict.br/vufind/Search/Results?lookfor=as+concep%C3%A7%C3%B5es+sobre+sa%C3%BAde+do+trabalhador&type=AllFields>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. Planejamento da saúde e planejamento estratégico situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.p. 183-206.

ROSE, N. **The politics of life itself**: biomedicine, power and subjectivity em the Twenty-First Century. Princeton: Princeton University Press, 2007.
<https://doi.org/10.1515/9781400827503>

SANTOS, Antônio Raimundo dos. **Metodologia Científica**: a construção do conhecimento. 6. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégia e desafios. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. cap. 3. p. 87-105.

SANTOS, R. A. **Exames médicos periódicos**: a assistência e promoção da saúde sob a ótica dos servidores de uma instituição federal de ensino. 2014. 157 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.



SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 187 - 191, dez. 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a02v35n122.pdf>> . Acesso em: 12 mar. 2015.

SILVA, R. R. Espiritualidade e religião no trabalho: possíveis implicações para o contexto organizacional. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 28, n. 4, p. 768-779, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 nov. 2017.

SILVEIRA, S. G., GRISOTTI, M. Trabalho e saúde: um estudo sobre o processo saúde-doença dos servidores de um hospital universitário. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v.2, n.1, p. 18-27, 2011. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/html/2653/265323523005/>>. Acesso em 22 fev. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor**. 2014. Disponível em: <<https://siass.ufg.br/p/4653-o-que-e-siass>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Política nacional de saúde do trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de estado. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G.; L. **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. cap. 1. p. 37-65.

ZANIN, F. C. et al. **Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público no Brasil**. Brasília, DF: ANDES-SN, 2015. Disponível em:
<<http://www.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-226911099.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2017.



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Norma Técnicas
AGU - Advocacia Geral da União
APS - Atenção Primária em Saúde
ASO - Atestado de Saúde Ocupacional
ASSER - Ambulatório do Servidor
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF- Constituição Federal
CGASS- Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor
CGOSS - Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor Público
CISSP- Comissão Interna de Saúde do Servidor Público
CLT- Consolidação das Leis do Trabalho
CNS- Conferência Nacional de Saúde
DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DENOB- Departamento de Normas e Benefícios do Servidor
DPF - Polícia Federal
DPRF - Polícia Rodoviária Federal
DESAP- Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor
DISAO- Divisão de Saúde Ocupacional
DIRAS- Diretoria de Administração e Desenvolvimento de Programas Sociais
DIRQS- Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor
DNSHT- Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho
DSS- Determinantes Sociais de Saúde
EMP- Exames médicos periódicos
EP - Educação Permanente
EPI- Equipamento de Proteção Individual
HU - Hospital Universitário
IBAMA - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFET - Instituto Federal de Educação e Tecnologia
LOS - Lei Orgânica da Saúde
INSS - Instituto Nacional de Seguro Social
MF- Ministério da Fazenda



MAPA- Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MPOG - Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
MPDG - Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
MRS - Movimento de Reforma Sanitária
MS -Ministério da Saúde
MT- Medicina do Trabalho
MTE- Ministério do Trabalho e Emprego
NOSS- Norma Operacional de Saúde do Servidor
NR- Normas Regulamentadoras
OIT- Organização Internacional do Trabalho
OMS- Organização Mundial de Saúde
ONU-Organização das Nações Unidas
PADEQ-Programa de Atenção à Dependência Química
PASS - Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
PCMSO- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PDI- Plano de Desenvolvimento Institucional
PICs – Práticas Integrativas e Complementares
PNST- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNSST-Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador
PPGAT- Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
PST-Projeto Saúde no Território
PTS- Projeto Terapêutico Singular
PROGEP- Pró-reitora de Gestão de Pessoas
QV- Qualidade de Vida
RENAST- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RJU- Regime Jurídico Único
SEGEP- Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público
SERPRO-Serviço Federal de Processamento de Dados
SESET- Setor de Engenharia de Segurança do Trabalho
SIAPE- Sistema Integrado de Administração de Pessoal
SIAPE-Saúde: Sistema Integrado de Administração de Pessoal – módulo saúde
SIAPS- Setor Integrado de Ações de Promoção à 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 Serviço Público Federal
SO- Saúde Ocupacional



SRH- Secretaria de Recursos Humanos

SC- Saúde Coletiva

ST- Saúde do Trabalhador

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFTM- Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UFU- Universidade Federal de Uberlândia

UR-SIASS- Unidade de Referência do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor