



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – CED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE**

THAIS CIARA JASPER MOREIRA

**A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DOCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA (UFSC) E SUA RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE TRABALHO**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

THAIS CIARA JASPER MOREIRA

**A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DOCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA (UFSC) E SUA RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE TRABALHO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação, Centro de Ciências da Educação da Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientador: Professor Dr. Paulo Sérgio Tumolo
Co-orientador: Professor Dr. Adir Valdemar Garcia

**FLORIANÓPOLIS
2013**

THAIS CIARA JASPER MOREIRA

A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DOCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC) E SUA RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Educação.

Prof^a Dr^a Rosalba Maria Cardoso Garcia

Banca Examinadora

Prof. Dr. Paulo Sergio Tumolo – CED/UFSC – Orientador

Prof. Dr. Adir Valdemar Garcia – CED/UFSC – Co-Orientador

Prof^a PhD Nise Jinkings – CED/UFSC – Examinadora

Prof. Dr. Edgard Matiello Junior – CDS/UFSC – Examinador

Florianópolis, junho de 2013.

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores, entidades e técnicos da saúde e da educação que buscam diariamente se aproximar do projeto de uma saúde e educação públicas, gratuitas e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Corro o risco de cometer alguns esquecimentos e ser injusta com todos aqueles que direta ou indiretamente me trouxeram até este momento. Antes que isso ocorra, deixo aqui o meu sincero agradecimento a todas as pessoas que me emprestaram seu tempo, sua energia e suas palavras para me mostrar qual era seu caminho e assim me ajudar a conhecer o meu – seja negando ou reafirmando meu interlocutor.

Especificamente, agradeço meus pais, Edmari e Raul, porque foram as primeiras pessoas que apostaram em mim e insistiram na importância de estudar. Eu não sabia ainda, mas a educação seria ainda mais central em minha vida do que eles jamais pensaram. Investiram financeira e emocionalmente como só um pai e uma mãe podem fazê-lo.

Agradeço todos os meus colegas do programa, especialmente nossa turma da linha Trabalho e Educação: Carla, Diego, Evellyn e Rafael. Vivemos juntos um turbilhão de sensações e dividimos a sala e as nossas jornadas durante um longo período.

Agradeço aos servidores da UFSC que tiveram disposição de serem entrevistados por mim e assim contribuir com a realização dessa pesquisa e dessa dissertação. Sei que nos dias de hoje o tempo é um bem raro, e me sinto honrada por terem achado pertinente gastar uma parte contribuindo com esta pesquisa.

Agradeço a todos os meus companheiros de jornada pela construção de um projeto de sociedade mais justo e igualitário. Hoje essa trincheira para mim se encontra na Central Sindical e Popular – Conlutas e no Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado.

Ao meu orientador, Paulo, por ter sido paciente com minhas reviravoltas em busca do que queria. E ao meu co-orientador, Adir, por ter se comprometido tanto com minha pesquisa e ter sido sempre tão disponível e tão atuante no apoio ao texto que finalizo hoje.

Amigos, colegas, companheiros de tantos e tantos espaços: obrigada pelas mais diversas formas, diretas ou indiretas de me apoiar no decorrer deste processo.

*Uma revolução começa quando os “de baixo” não querem mais viver
à maneira antiga e quando os “de cima” não podem mais governar
da antiga maneira.*

Lênin.

RESUMO

Nesta dissertação realiza-se um estudo de caso sobre o Subsistema Integrado de Atenção ao Servidor (SIASS) com unidade instalada atualmente na UFSC. Tem-se como objetivo verificar como a temática das condições de trabalho é tratada na política de saúde do trabalhador da UFSC, em especial, às relacionadas ao trabalho docente. Considerando-se que as condições de trabalho determinam, em grande medida, o processo saúde-doença da classe trabalhadora de conjunto, e neste recorte específico, da categoria docente da UFSC, a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como a saúde do trabalhador como uma política social são as categorias centrais utilizadas. Em relação à metodologia, foram associadas a pesquisa documental acerca da política ora vigente com entrevistas semi-estruturadas feitas junto aos gestores responsáveis pelas áreas que implementam o SIASS dentro da UFSC. Estes gestores são os sujeitos da pesquisa, nomeadamente, os chefes das divisões de Serviço de Saúde Ocupacional, Serviço de Segurança do Trabalho, Saúde e Segurança do Trabalho, Junta Médica Oficial e Serviço Social e Atenção ao Servidor, em exercício até o ano de 2012, quando ocorre troca de mandato na reitoria, reestruturação do organograma do então DDAS – Departamento de Atenção à Saúde do Servidor e algumas trocas de chefias, totalizando cinco entrevistados. Questionados sobre as principais mudanças percebidas a partir do decreto 6833/2009 e o período anterior, a relação entre o processo saúde-doença e as condições de trabalho do servidor docente e suas atribuições a partir da estruturação da unidade SIASS na UFSC, se verificou uma heterogeneidade de entendimento das diversas áreas sobre o que representa o SIASS, em que momento se encontra, bem como do que se oferece hoje e do que se poderia oferecer em termos de programas ao servidor docente da UFSC. Encontrou-se ainda uma compreensão de um limite de atuação da política (o que cabe ou não aos técnicos do SIASS, suas iniciativas e programas, dadas as reais condições de trabalho oferecidas aos professores universitários). Identificou-se um avanço do ponto de vista legal ao se instituir uma política de Estado voltada, especificamente, para os servidores públicos federais, no sentido de responsabilizar o empregador pela saúde dos servidores, de se poder reivindicar melhorias ambientais e de condições materiais para o exercício das mais diversas funções de forma segura, porém com diversos limites. Ao mesmo tempo em que se avançou na rede de proteção e se pode atuar de forma preventiva nos riscos ambientais e em agravos pontuais à saúde do servidor, também aumentou o controle individual sobre cada servidor e seu histórico de saúde, além do controle coletivo da frequência e de indicadores de absenteísmo do conjunto dos servidores, elementos que podem servir para controlar e dificultar as licenças médicas. Observou-se ainda um distanciamento entre os usuários da política e seus técnicos e gestores, não havendo até o presente momento, iniciativas de participação no planejamento e gestão por parte dos primeiros, sendo a ausência de participação mais um elemento de preocupação quanto ao verdadeiro intuito dessa política. Além das limitações concretas relativas à execução dos programas vinculados ao SIASS e seus eixos, observou-se a limitação fundamental relacionada às relações de trabalho atualmente estabelecidas entre docentes e Ministério da Educação, com todas as suas instituições a serviço de uma política educacional que pressiona por produtividade em todos os seus aspectos (ensino, pesquisa e extensão).

Palavras-chave: saúde, saúde do trabalhador.

ABSTRACT

In this dissertation is carried out a case study about Subsistema Integrado de Atenção ao Servidor (SIASS), with unit currently installed at UFSC. The goal is ascertain how the theme of working conditions is treated in health policy worker from UFSC, specially, related with teaching work. Considering that working conditions determine, largely, the disease-health process of all the workers, and in this specific focus, of teachers from UFSC, the health as a right and state duty, as well the policy of workers health are the concepts used centrally. About the methodology, it has been used the documentary research about the present policy with semi-structured interviews done with the managers responsible for the áreas that implement the SIASS into UFSC. These managers are the subject of research, namely, the responsables from divisions of Occupational Health Service, Service of Work Safety, Health and Safety, Medical Board Official, Social Work and Attention to Server, in office until 2012, when occurs exchange office in the rectorry, restructuring the organization from the old DDAS – Department of Health Care Server, exchanging some bosses, totaling five respondents. When asked about the most important exchanges perceived from the decree 6833/2009 and the last period, the correlation between the health-disease process and working conditions from teachers and their assignments after structuring unit SIASS at UFSC, has been verified heterogeinety of different áreas about what the SIASS represents, in what moment it is, as well what is featured nowadays and what could be offered related about programs to teaching servers from UFSC. It's identified a progress from the legislation, since has been established a State policy specifically for federal civil servants, being able to claim enviromental improvements and material conditions for the exercise of all the functions in a safe way, but with various limits. At the same time that they moved in network protection, and is posible act preventively at enviromental risks and hazard specifics, to the health at the server, increased individual control over each server and your health history, beyond the control of the collective frequency of absenteeism and the set of servers, elements that can be used to control and hamper medical licenses. There is still a gap between users and their technical policy and managers, no existing until this moment, actions for participation in the planning and management from the technics, being the lack of participation one more worrying elemento about the real objective from this policy. Beyond the concrete limitations about the execution of the programs vinculated to SIASS and its axes, has been observed the fundamental limitation related to the relations of work currently established between the teachers and Ministry Of Educations, whith all the institutions serving to a educational policy wich pressures for productivity in all of its aspects (teaching, researching and extension).

Key words: health, worker's health.

LISTA DE SIGLAS

CGASS – Comitê de Atenção à Saúde do Servidor
CIPA – Comissão Interna de Prevenção aos Acidentes
CISSP – Comissão Interna de Saúde do Servidor Público Federal
DDAS - Departamento de atenção à Saúde do Servidor
DNIT – Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes
IBAMA - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMBio – Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade
MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
NOSS – Norma Operacional de Saúde do Servidor
PASS – Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
PNSST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
SIASS – Substistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

Introdução	10
1 Saúde e saúde do trabalhador: concepções	15
1.1 O conceito de saúde	15
1.2 A política de saúde no Brasil	19
1.3 O conceito de saúde do trabalhador	26
1.4 A política de saúde do trabalhador no Brasil.	33
2 A política de saúde do trabalhador vigente na UFSC: dos documentos à efetivação	41
2.1 O Subsistema Integrado de Atenção ao Servidor (SIASS)	41
2.2. A unidade SIASS/UFSC	49
3 Considerações finais	63
Referências	66
APÊNDICES	70
ANEXOS	75

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa analisa a correlação entre as condições de trabalho do professor da UFSC e a política de saúde do trabalhador vigente, qual seja, a Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS), instituída pelo Decreto 6833/2009.

O interesse pelo tema saúde do trabalhador é significativo. Muitos estudos se referem às chamadas “doenças ocupacionais”, desencadeadas em virtude das condições de trabalho. Diversos segmentos (da saúde, de gestão de recursos humanos, educação física, etc.) discutem, hoje, a saúde dos trabalhadores, seus principais problemas e possíveis soluções. Problemas físicos e psicológicos estimulam pesquisas e projetos sobre a importância da manutenção da saúde, da “ginástica laboral”, de programas preventivos à doenças. Esses problemas também têm desencadeado campanhas de motivação, de combate ao absenteísmo, ao consumo de drogas (lícitas e ilícitas), principalmente dirigidas ao resgate da saúde mental, visto que esta reflete no rendimento e produtividade dos trabalhadores.

Para discutir a temática é imprescindível que se contextualize a política de saúde do trabalhador a partir da concepção de saúde que a norteia. A saúde “tem história”, isto é, percorreu uma trajetória histórica para ter o significado dos dias atuais. Conhecer essa história é importante para compreendê-la hoje.

A saúde do trabalhador como conceito e como política pública é, na realidade, uma conquista. A Assembleia Constituinte na década de 1980, que culminou na nova Constituição de 1988, contou com a participação ativa de segmentos da população e dos movimentos sociais, o que se refletiu diretamente nos textos aprovados na época, bem como, no Sistema Único de Saúde.

O processo saúde/doença passou a ser assumido como resultado de múltiplas determinações. Isso significa dizer, em primeiro lugar, que a doença é “aceita” como uma das faces do processo e que coexiste junto à saúde. GARCIA (1997, p.15-16), baseado em ROSEN (1979), assim situa a questão da doença:

O mundo em que vivemos e nossa relação com ele são refletidos por nossas doenças e acidentes. As doenças servem como veículo de informação sobre as condições de vida de uma sociedade. Seu aparecimento em uma determinada sociedade, em uma determinada época, se caracteriza como um fenômeno ligado à estrutura, cultura e psicologia dessa sociedade.

Também significa dizer que o estado de saúde do homem não se mensura simplesmente pelo grau de adoecimento que o alcança naquele momento específico em que é avaliado, mas que pressupõe um conjunto mais amplo de fatores. Isto fica evidente no artigo 3º da Lei 8.080/1990 onde é afirmado que

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990)

A seguridade social é tida hoje como direito de todos e dever do Estado, incluindo além da saúde, a assistência e previdência social, universalizando os direitos sociais.

O movimento encabeçado pelos profissionais da saúde, nos finais da década de 1980, lutou por uma política de saúde pública que trouxesse em seu centro uma concepção de universalidade no que se refere ao acesso, um reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, novos mecanismos de gestão e controle social (os Conselhos de Saúde), descentralização das decisões e financiamento efetivo (BRAVO, 2001, p.9). Tendo esta discussão como norte, foi possível elaborar os artigos da Constituição de 1988 que tratam sobre a saúde e que já trazem em seu texto as linhas gerais do que veio a ser o Sistema Único de Saúde¹, consolidado em 1990.

Na legislação existe uma preocupação em situar a saúde do trabalhador como campo de atuação do Sistema Único de Saúde. Isto fica evidente na Lei 8.080/90 no artigo 6º - parágrafo 3º, onde saúde do trabalhador é entendida como

¹ No artigo 198 são delineados aspectos gerais do nosso sistema de saúde no Brasil: “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um *sistema único* (grifo meu), organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.” (BRASIL, 1988).

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...]. (BRASIL, 1990)

A saúde do trabalhador, portanto, tem a ver com a capacidade física e psíquica do homem² de realizar o seu trabalho, mas também com sua existência para além do tempo de trabalho. O homem precisa ter sua saúde protegida e promovida enquanto trabalha, e recuperada quando a perde, seja momentaneamente ou de forma permanente. As relações de trabalho estabelecidas, nesse sentido, são parte dos aspectos a serem observados, bem como a centralidade que o trabalho tem na reprodução da vida humana e em que condições se dá.

O processo de trabalho no capitalismo, em função de exigir do trabalhador a produção de valor maior do que o necessário para a sua sobrevivência, dentro de padrões socialmente estabelecidos, leva necessariamente a um desgaste físico e psíquico maior. Ou seja, neste caso, a própria capacidade laborativa, primordial para a garantia da sobrevivência do trabalhador, vai, paulatinamente sendo destruída.

A saúde do trabalhador, enquanto política leva, necessariamente, a um repensar das condições de trabalho. No entanto, isto não significa mudança na relação de produção. Pode-se avançar para medidas de prevenção a acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, conquistar maior segurança ambiental, equipamentos adequados conforme a tarefa desempenhada pelo trabalhador caracterizar-se melhor o nexo entre o processo saúde-doença e o trabalho, porém, ainda, dentro do limite imposto pelo capital.

Existem profissões que estão expostas a riscos de adoecimento completamente distintos, que são inerentes à função desempenhada, ao ambiente em que é realizado o trabalho, à jornada de trabalho, dentre vários outros determinantes. Analisar estas especificidades torna-se uma necessidade, na medida em que se observam padrões de riscos (quicá, agravos) à saúde do trabalhador em decorrência da profissão (e em que condições) que exerce.

No âmbito da UFSC, a política de saúde do trabalhador é balizada por legislação federal, mais especificamente pelo Decreto 6.833/2009 – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal e pelo Manual da Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal de 2010, bem como pelos documentos que subsidiaram a elaboração destes textos. A adequação para a realidade local aparece no Plano de Trabalho do SIASS/UFSC, de 2010. Para compreender a política de saúde do trabalhador da UFSC, portanto, é necessário que se conheça as orientações supracitadas, que estabelecem os critérios para sua elaboração.

Funciona atualmente na UFSC uma unidade do Subsistema Integrado de Atenção ao Servidor (SIASS), que atende aos servidores públicos federais da UFSC, IBAMA, IBGE, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Procuradoria Geral, DNIT e ICMBio. Esta unidade é gerida e funciona essencialmente com o quadro técnico do Departamento de Atenção à Saúde, vinculado à Secretaria de Gestão de Pessoas.

Para o levantamento dos dados qualitativos desta pesquisa, optou-se pela busca dos gestores responsáveis pelas divisões e serviços que compuseram o SIASS/UFSC quando de sua implementação. Foi realizada ainda uma pesquisa documental a partir das legislações e textos de apoio publicados desde então, que trazem a visão institucional deste processo.

O objetivo desta pesquisa é, essencialmente, verificar como a temática das condições de trabalho é tratada (pelos gestores responsáveis) na política de saúde do trabalhador da UFSC (ou seja, a Política de Atenção à Saúde do Servidor – PASS), em especial, relacionada aos docentes.

Tendo como referência uma concepção de saúde em que a mera ausência de doença não atesta o estado de saúde de ninguém, e a compreensão de que o trabalho, que toma parte altamente significativa do tempo da vida dos professores da UFSC, assim como para todos os outros trabalhadores, é uma questão que interfere no seu estado de saúde, a pergunta-problema que norteou esta pesquisa foi: ***como tem sido tratado o aspecto das condições de trabalho, especificamente as relacionadas com o trabalho docente, na elaboração e implementação da PASS na UFSC?***

É importante salientar ainda a concepção de pesquisa que utilizo. Entendendo que a academia é um espaço privilegiado de produção do conhecimento e de divulgação deste, parto do pressuposto de que as instituições de ensino devem estar a serviço de produzir conhecimento que possa se reverter em benefício à sociedade.

² Homem aqui é entendido como a expressão “universal de humano”, independente de tratar-se de homem ou mulher, especificamente.

Clarifico aqui que, tendo como horizonte maior a necessidade de uma transformação societária que permita o acesso ao conhecimento, à liberdade, à realização de todos os homens, concebo também esta pesquisa como conhecimento que possa contribuir com um projeto de sociedade diferente da qual vivemos hoje.

É fundamental, nesse sentido, entender a saúde do trabalhador não como um “fenômeno”, que se possa explicar de maneira estanque, sem relação com os diversos tensionamentos que interferem na sua conformação. Este seria um erro que poderia se expressar em diversas consequências; uma delas, a mais comum, a de entender que os problemas de saúde que atingem os trabalhadores são problemas individuais, com soluções também individuais. E é de grande prejuízo para a classe trabalhadora, sua organização e fortalecimento, que se difunda e se convença que as soluções para os problemas trazidos pela relação entre capital e trabalho se encontrem na esfera individual.

Nesse sentido, é importante salientar mais uma vez que, mesmo ao estudar um objeto específico, só é possível, de fato, conhecê-lo e analisá-lo ao fazer isto em movimento, entendendo que o objeto também está em movimento e não pronto, acabado. Especificamente, compreender a política de saúde do trabalhador na UFSC é buscar compreendê-la em relação à totalidade em que está inserida, interagindo com as tensões e demais contradições próprias da realidade, que é dinâmica.

Partindo deste pressuposto, apresento e defendo como opção teórica, que expressa em última análise uma opção ideológica e política, o referencial marxista como método de análise e intervenção na realidade. O materialismo dialético ultrapassa a fronteira de “metodologia de estudo”, uma vez que serve como ferramenta que instrumentaliza seus defensores com uma compreensão mais aprofundada da realidade e, quiçá, possibilidade de ação mais acertada nas mais diversas expressões da luta de classes. MORAES (2009, p. 603), ao se referir à opção teórica, diz que:

A opção está posta: escolhermos uma teoria que contribua para perenizar o presente e administrar o existente, como as várias versões da epistemologia da prática, particularmente na educação, ou uma teoria que proceda à análise crítica do existente, que informe a prática científica consciente de si mesma, pois é o processo histórico-crítico do conhecimento científico que nos ensina (como seres sociais) a capacidade emancipatória da teoria, que nos torna conscientes de nosso papel de educadores que não ignoram que a transmissão do conhecimento e da verdade dos acontecimentos é um instrumento de luta e tem a função de ser mediação na apreensão e generalização de conhecimentos sobre a realidade objetiva, sob a perspectiva do domínio sobre a realidade segundo as exigências humanas.

Para NOVACK (2005, p. 13), a lógica marxista “afirma que o que sucede na mente humana, tanto em conteúdo como em estruturas, é inseparável do que acontece nas relações sociais e no mundo físico, e que a evolução do pensamento é parte do processo total de evolução orgânica”.

Assim, um trabalho teórico contém em sua expressão aparentemente sem movimento (“morta”), um conteúdo profundamente vivo de defesa de projetos de diferentes matizes. NETTO (1999, p.2), ao desenvolver o tema dos projetos coletivos (societários e profissionais) define projeto da seguinte maneira:

[...] A ação humana, seja individual, seja coletiva, tendo em sua base necessidades e interesses, implica sempre um *projeto* que, em poucas palavras, é uma antecipação ideal da *finalidade* que se pretende alcançar, com a invocação dos valores que a legitimam e a escolha dos *meios* para lográ-la. (grifos do autor)

A partir desta opção, portanto, é que parto para definir as categorias mais importantes que se constituem como referência neste processo investigativo, quais sejam: *saúde e saúde do trabalhador*.

Optou-se pela abordagem *qualitativa*, buscando a compreensão dialética do objeto de estudo. Segundo MINAYO (2008, p.25), “ante as abordagens que separam quantidade da qualidade, a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais é sua propriedade inerente e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes”.

Portanto, em primeiro lugar, há que se empreender um esforço em buscar a compreensão de fatos e fenômenos entendendo-se que estes estão em interação com outros fatos e fenômenos, tensionados por diversas forças, e que precisam ser analisados em movimento. Não é, certamente, tarefa fácil,

principalmente numa sociedade cuja postura hegemônica é a de “enquadrar” todos os seus elementos numa classificação formal que os estanca, e que em diversos momentos, restringe a nossa capacidade de analisar e mesmo de intervir sobre os acontecimentos.

Minayo defende a superioridade do método dialético na abordagem qualitativa

Precisamente pela capacidade de incorporar as “verdades parciais” das outras correntes, criticando e negando suas limitações. Isso ocorre quando uma boa análise considera que existe uma relação inseparável entre o mundo natural e o social; entre pensamento e base material; entre objeto e suas questões; entre a ação do ser humano enquanto sujeito histórico e as determinações que a condicionam. (2008, p.25-26).

A opção pela pesquisa qualitativa se deu pela necessidade de conhecer, de fato, o objeto de estudo. Isto implica necessariamente em adentrar na compreensão do discurso dos profissionais que implementaram a política de saúde do trabalhador da UFSC desde o seu início. Isso não significa a negação do método quantitativo de coleta de dados. Pode-se inclusive lançar mão de dados quantitativos, para promover “*uma mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas*” (MINAYO, 2008, p.76).

Neste sentido, solicitou-se à Junta Médica Oficial o acesso a dados estatísticos relacionados aos afastamentos dos servidores docentes da UFSC a partir de 2010 (ano da criação da unidade SIASS/UFSC), com o intuito de investigar eventuais correlações entre os dados qualitativos coletados em entrevistas e os registros oficiais. No entanto, foi informado pelo setor que não existe atualmente base de dados que diferencie as categorias profissionais nos casos de afastamento, impedindo a comparação entre os demais dados coletados pela pesquisa e eventuais dados quantitativos.

Foi efetuada uma pesquisa e análise documental das principais orientações e normatizações existentes sobre o tema. A Lei 8.080/1990, que regula as ações e serviços de saúde no Brasil (o Sistema Único de Saúde), principalmente o parágrafo terceiro contido no capítulo I (artigo 6º), que trata especificamente da saúde do trabalhador, tem importância como balizadora das demais normatizações existentes. Também é importante conhecer e analisar a Lei nº 8.112/1990, que estabelece o regime jurídico dos servidores públicos da União, autarquias e fundações públicas federais; além dos manuais e do SIASS (Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor), criado pelo Decreto 6.833/2009, que regulamentam especificamente a política de saúde para os servidores públicos federais³.

Com relação aos gestores entrevistados, buscou-se a contribuição daqueles que participaram do primeiro momento da unidade SIASS/UFSC. Houve algumas trocas de gestores, além de uma reestruturação da própria UFSC, decorrente da mudança de mandato da reitoria ocorrida em 10 de maio de 2012. O antigo DDAS (Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde) era subordinado à Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social, atualmente extinta. Tem-se hoje o DAS (Departamento de Atenção à Saúde) vinculado à Secretaria de Gestão de Pessoas.

Buscou-se, então, o contato com os gestores que respondiam, no período, pelo Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde, Serviço de Saúde Ocupacional, Serviço de Segurança do Trabalho, Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho, Junta Médica Oficial e Divisão de Serviço Social e de Atenção ao Servidor. A opção por esta amostra foi feita pelo pouco tempo disponível para entrevistar o conjunto dos técnicos envolvidos com cada divisão. O contato com os gestores se deu, assim, pela possibilidade de ter uma visão mais geral de cada divisão.

Para este momento específico da pesquisa, foi feita uma opção pela entrevista semiestruturada que, segundo Minayo (1998, p. 261), “[...] combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. Assim, foi elaborado um roteiro (apêndice 1) para garantir que os principais aspectos relacionados à temática da pesquisa compusessem as falas dos entrevistados, o qual consta anexado a este trabalho.

Os profissionais entrevistados foram procurados primeiro por telefone, sendo, neste primeiro contato, apresentada de forma parcial a pesquisa e seus objetivos. No momento seguinte, foi repassado por formato eletrônico o projeto de pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o roteiro semiestruturado de entrevista para o conhecimento prévio dos sujeitos da pesquisa. A partir da aceitação destes, as entrevistas foram agendadas, e nesta oportunidade, o TCLE foi apresentado em duas vias assinadas pela

³ <http://siass.paginas.ufsc.br/> Página oficial na qual está contida a legislação vigente, o manual específico, a equipe atualmente à frente do programa, plano de trabalho e outras informações específicas. Acessado em 23/06/2013.

pesquisadora antes do início da entrevista, para sanar eventuais dúvidas ainda restantes. Conforme consta no Termo (apêndice 2), as entrevistas foram gravadas em arquivo de áudio, posteriormente transcritas, porém, a identidade de cada entrevistado será mantida sob sigilo.

A partir da delimitação do objeto da pesquisa, realizada exclusivamente no âmbito da UFSC, pode-se dizer que se trata de um *estudo de caso*. Para Minayo (2008, p.164-165),

Segundo Yin (1989) a preferência por estudos de caso deve ser dada quando é possível fazer observação direta sobre os fenômenos. Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. (...)

Hoje os estudos de caso são utilizados principalmente na área de administração e de avaliação social, tendo aplicações bastante funcionais como (1) **compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta**; (2) descrever um contexto no qual será aplicada determinada intervenção; (3) avaliar processos e resultados de propostas pedagógicas ou administrativas e (4) explorar situações em que intervenções determinadas não trouxeram os resultados previstos. (grifo meu)

Assim, o estudo de caso tem a possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre a realidade concreta da política de segurança e saúde do trabalhador em curso na UFSC (PASS), no que tange a como a temática das condições de trabalho é tratada na política de saúde do trabalhador da UFSC, em especial, relacionada aos docentes. Deve-se fazê-lo levando em consideração todas as orientações legais e teóricas sobre a política de saúde do trabalhador no Brasil e no setor do funcionalismo público federal, bem como o conhecimento teórico-político acumulado acerca da saúde como direito de todos e dever do Estado. A análise qualitativa desta realidade possibilita conhecê-la de forma mais aprofundada, principalmente no que se refere às condições de trabalho e o quão são consideradas ao se gerir e implementar esta política.

Foi efetuada pesquisa no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)⁴, em seu Banco de Teses, utilizando a palavra-chave ‘SIASS’ no campo assunto. A partir desta consulta, foram encontrados seis trabalhos acadêmicos sobre o SIASS, sendo cinco dissertações de mestrado e uma tese de doutorado. As dissertações se relacionam às seguintes áreas de conhecimento: Engenharia de Produção, Administração, Saúde Pública e uma apresentada como pertencente a área multidisciplinar de conhecimento. A tese de doutorado foi produzida em programa de pós-graduação do curso de Serviço Social. Todos os trabalhos, evidentemente por conta do curto período de existência do SIASS, são recentes, sendo o mais antigo de 2009.

Analisando os resumos disponibilizados pelo portal, tratam-se majoritariamente de estudos de caso, com recortes específicos de área de conhecimento (dos pesquisadores) que buscam jogar luz sobre determinados aspectos da implementação do SIASS, sempre numa perspectiva local, de determinados órgãos públicos federais agora cobertos pelo SIASS.

O trabalho ora apresentado é composto por dois capítulos, os quais dão conta de momentos diferenciados da pesquisa, quais sejam, a revisão bibliográfica e definição das categorias no primeiro, e a análise documental e análise dos dados qualitativos no segundo.

No primeiro capítulo são apresentadas as categorias saúde e saúde do trabalhador: saúde em sua concepção mais geral, descrevendo, a partir dos referenciais teóricos, a conceituação de saúde desde uma perspectiva ampliada, mas também sua trajetória como alvo de política social na realidade brasileira; da mesma forma, a concepção e história da saúde do trabalhador, sendo uma das especificações temáticas dentro da política de saúde. Procedeu-se a uma revisão da literatura e são trazidos os textos legais vigentes a respeito de saúde do trabalhador no Brasil.

No segundo capítulo, são expostos e analisados os resultados obtidos na pesquisa documental e de campo. O capítulo se divide em dois itens, sendo o primeiro a exposição das legislações, manuais e orientações referentes ao SIASS. Num segundo momento, apresentam-se os dados qualitativos nas entrevistas, com a sua respectiva análise. Relacionado a isso, discute-se a condição do profissional docente, os limites e possibilidades a partir da instalação da unidade SIASS/UFSC.

⁴<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/Pesquisa.do?autor=&tipoPesqAutor=T&assunto=siass&tipoPesqAssunto=T&ies=&tipoPesqIes=T&nivel=&anoBase=> Último acesso em 29/05/2013.

1. SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR: CONCEPÇÕES

1.1 O CONCEITO DE SAÚDE

Saúde é uma palavra que expressa diferentes significados, e altamente complexa de se definir. Pode-se definir como um direito, uma política social, uma característica de pessoas (individual e coletivamente), um ideal que se almeja. Entender o conceito de saúde perpassa pelo entendimento de seu significado na sociedade, a sua relação com aquela que tantas vezes é considerada o seu contrário: a doença. Também é importante entender de que forma estes conceitos são forjados, são apropriados por técnicos, por intelectuais, e pela população em geral.

Existem concepções diferentes de saúde, de o que a determina, o que a promove e como protegê-la. Não se tratam simplesmente de diferentes métodos, mas de análises que levam a políticas e projetos diferentes para a saúde. Segundo Breilh (1991, p.35),

O conhecimento científico das condições particulares de saúde e doença, que existem em uma formação social, pode desenvolver-se em dois campos principais: a investigação clínica, cujo âmbito de explicação, exame e prática se concentra nos indivíduos, e a investigação epidemiológica, que interpreta, observa e transforma a saúde-doença como processo coletivo.

O chamado modelo biomédico trata a saúde como a ausência de doença, uma concepção bastante difundida dentro e fora dos espaços técnico-científicos. Embora produza conhecimentos valiosos acerca de fatores de riscos de adoecimento, por se concentrar nos aspectos biológicos e individuais da doença, trata-se de um conhecimento restrito e fragmentado, que desconsidera os determinantes sociais, econômicos e culturais do processo saúde-doença.

O conceito de saúde difundido pela Organização Mundial de Saúde em seu documento de constituição avança em relação a esta concepção, ao definir saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1948). Avança porque amplia o entendimento do que é saúde para além da negação da doença, porém apresenta outros problemas, ao propor um ‘estado’ humanamente inalcançável de completo bem-estar.

É necessário entender a saúde e a doença não necessariamente como opostas, mas como partes de um mesmo processo (saúde-doença), em movimento, com historicidade, e não como história individual do sujeito que adocece, mas sim, história social da saúde e da doença.

Neste sentido, demarco aqui a opção pela chamada **epidemiologia crítica**, que acolhe os processos biológicos e individuais como aspectos importantes a serem investigados e conhecidos, porém não é absolutizado como única matéria de interesse dos profissionais e cientistas em saúde.

Para BREILH (2006, p. 43),

A saúde é multidimensional em vários sentidos. Como dissemos, é possível dimensioná-la como objeto (dimensões ontológicas), como conceito (dimensões propriamente epistemológicas) e como campo de ação (dimensões praxiológicas). Como

processo, ela se realiza na dimensão geral da sociedade, na dimensão particular dos grupos sociais e na dimensão singular dos indivíduos e seu cotidiano. No terreno da intervenção, também é possível trabalhar nas dimensões curativa, preventiva e de promoção. E, no que concerne ao epistemológico, a saúde pode ser vista pela perspectiva de diversas culturas.

A condição de saúde da população é assim, perpassada pelo movimento histórico da transformação da natureza pelo homem. A partir dos avanços tecnológicos, de produção e de consumo humano, se erigem estruturas sociais em torno das quais as pessoas vivem. As condições de vida, de interação e transformação da natureza naquele determinado ambiente, suas condições de trabalhar e reproduzir sua existência vão forjando, ao mesmo tempo, também o perfil epidemiológico desta sociedade.

Laurell (1982) localiza a necessidade de se superar a dicotomia entre o caráter biológico ou social da doença; segundo a autora, ambos os aspectos coexistem.

Para a mesma autora, o que se problematiza é a restrição do objeto de estudo ao aspecto biológico individual, o qual por si só, a priori, não revela o caráter histórico e social do processo saúde-doença. Para Laurell, “se a finalidade é estudar o caráter social da doença, isto não nos permite um aprofundamento, pois o processo biológico estudado no indivíduo não revela, de imediato, o social.”(LAURELL, 1982, p.10). Atenta, neste sentido, para a construção do conhecimento numa dimensão coletiva:

Isto mostra que nosso objeto de estudo não se situa a nível do indivíduo e sim do grupo. Sem dúvida, não poderia ser qualquer grupo, mas um construído em função de suas características sociais, colocado somente em segundo lugar as características biológicas. Assim é porque o grupo não adquire relevância por ser constituído por muitos indivíduos em vez de apenas um, senão enquanto nos permite apreender a dimensão social propriamente dita deste conjunto de indivíduos, que, assim, deixam de ser entes biológicos justapostos. (LAURELL, 1982, p.11)

Assim, é necessário entender a interação entre as condições naturais e sociais para o desenvolvimento humano, se se quiser entender o processo saúde-doença e intervir de maneira a garantir a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Embora no espaço individual seja possível fazer algumas opções que vão alterar o estado de saúde do indivíduo, existe uma determinação geral (social) que se sobrepõe a este espaço:

O organismo adapta o ambiente às suas necessidades em curto prazo, mas, a longo prazo, o organismo se adapta a um ambiente que está sempre mudando, em parte pelas ações do próprio organismo, particulares às espécies. (Breilh, 1991, p. 202).

Em obra posterior, o mesmo autor aprofunda e ressitua a relação entre ambientes e sujeitos, e problematiza a questão da exposição a riscos à saúde:

A superação da epidemiologia positivista implica também a necessidade de repensar categorias básicas da disciplina, como a de ‘exposição’, pois a versão desta que tem sido convencionalmente usada é uma versão reducionista, que se adapta na perfeição ao paradigma dos fatores de risco. Teremos de analisar de que maneira, amparado pela ideia de risco como relação externa e contingente, isso serve para introduzir a noção empírica de exposição e para fazer esquecer que, no âmbito de uma sociedade e da lógica global de seu sistema, desenvolvem-se modos típicos de vida grupal que determinam o predomínio de certos processos críticos de exposição, bem como tipos de exposição que podem ser eventuais, crônicos ou permanentes; no caso destes últimos, mais que de uma ‘ex’posição, estamos falando de uma ‘im’posição de processos, que desencadeiam outros processos nos genótipos e fenótipos dos membros desses grupos, os quais, de acordo com seus estilos de vida cotidianos e com sua história de vida, têm vulnerabilidades e proteções próprias. (BREILH, 2006, p. 76)

Aos profissionais e cientistas da saúde, o conhecimento clínico do processo saúde-doença não pode ser o bastante, uma vez que se intenta compreender e atuar sobre uma realidade coletiva, para a qual as respostas necessitam ser imbuídas da mesma dialética que esta realidade expressa. Ainda, segundo Breilh (1991, p.40),

A epidemiologia deve ser um conjunto de conceitos, métodos e formas de atuação prática que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença em sua dimensão coletiva ou social. Seu objeto de trabalho acha-se delineado pelos processos que, no domínio social geral ou das classes e frações sociais especiais, determinam a produção de condições específicas de saúde e doença.

É interessante observar na síntese acima das “tarefas” da epidemiologia social, a menção à atuação prática a partir do entendimento da dimensão coletiva do processo saúde-doença, pois admitir que há uma determinação também social neste processo é relativamente mais fácil que buscar intervir sobre ele. A própria Organização Mundial de Saúde o fez já em sua Constituição, e nem por isso se avançou na garantia do estado considerado saudável por esta organização. Laurell (1979, p. 9), localiza essa contradição:

De uma forma ou de outra tem surgido a proposição de que a doença não pode ser entendida à margem da sociedade na qual ocorre. A evidência incontestável de que o panorama patológico se transformou ao longo da história, de que as doenças predominantes são distintas de uma sociedade para a outra em um dado momento, de que a problemática da saúde difere de uma a outra classe social, dentro de uma mesma sociedade, comprova o caráter social e histórico da doença. Hoje, há um reconhecimento quase universal da importância do social no

processo de geração da doença. No entanto, esse reconhecimento não teve maiores repercussões práticas. A medicina continua sendo exercida nos hospitais com um enfoque puramente clínico-biologicista.

Ainda que o texto não seja exatamente recente (1979), sua contribuição continua válida, uma vez que no decorrer das décadas que se seguiram, embora tenha havido avanços do ponto de vista legal (no caso específico brasileiro, a conformação do Sistema Único de Saúde e seus princípios e disposições gerais⁵), a ênfase na saída individual para os problemas de saúde segue presente. O que, segundo a autora, trata-se também de uma opção ideológica com corte de classe, em que interessa à burguesia manter essa contradição existindo:

Essa situação contraditória – o reconhecimento do caráter social da doença e sua negação na prática – indubitavelmente se deve a uma série de fatores. A explicação mais simples é que a sociedade capitalista não pode assumir as propostas da causalidade social da doença. É assim porque esta concepção desqualifica implicitamente a burguesia como organizadora da sociedade em benefício de todos. Aliás, a classe dominante incorreria em contradições ainda piores tratando de implementar uma prática consequente com a proposição da causalidade social, já que teria de partir do princípio de que a patologia se gera na organização da sociedade. (LAURELL, 1979, p. 10)

Esta análise coloca em evidência questões estruturais da realidade social em que a saúde é localizada. Para estas questões, mais do que nunca, as respostas do modelo biomédico são absolutamente insuficientes. San Martin (1982, p. 25) assim descreve as posições dos “epidemiólogos, gente da Saúde Pública, cientistas sociais, historiadores, etc.”:

Todos eles são unânimes em explicar a saúde-doença como um fenômeno eminentemente social

⁵ Nos primeiros artigos da Lei nº8080/1990 fica expresso o entendimento de que a saúde é resultante de uma série de fatores, incluindo-se aí os sociais:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social.

no qual os serviços médicos e sanitários tradicionais não têm senão um papel muito secundário na modificação do problema; são unânimes também na ideia de que enquanto estes sistemas continuam a desempenhar um papel de meros distribuidores de medicamentos para aliviar ou curar doenças não haverá nenhuma mudança positiva na saúde da população; são unânimes também em que as profissões de saúde devem tomar o papel social que lhes correspondem e as escolas que formam estes profissionais devem modificar totalmente seus programas de formação, porque a saúde e a doença são fenômenos sociais coletivos em suas origens e em sua evolução.

Pode-se considerar que a saúde na sociedade de classes é parte também de disputas de projetos de sociedade, e é a partir destas disputas que se vão forjando os conceitos e os rumos das políticas de saúde, obedecendo às pressões que se antagonizam. Não se trata, simplesmente, de intelectuais que defendem linhas diferentes de pensamento no abstrato, mas de ideólogos com compromisso de classe.

Defender a saúde em primeiro lugar como um processo em que a doença convive dialeticamente no mesmo tempo e espaço, e sendo determinada social e historicamente, é parte de uma concepção de sociedade, a partir da qual se propõem novas formas de organizá-la em todos os seus aspectos. Ante esta perspectiva, conquistar avanços sociais significa impor (ainda que pequenas) derrotas à classe dominante, além de possibilitar alterações (novamente, ainda que pequenas), nas condições de vida da classe trabalhadora. Como afirma Laurell (1979, p. 15), “a sorte da nova epidemiologia está ligada à sorte das classes trabalhadoras. Se elas podem avançar em seu projeto histórico, isto abre um espaço para que possa prosperar uma nova maneira de interpretar o processo de saúde-doença coletivo”.

A atual política de saúde brasileira, em seus principais documentos legais e técnicos, expressa um alinhamento com esta concepção. Para compreender os movimentos que tornaram a política de saúde o que é hoje, segue um resgate dos principais momentos da saúde no Brasil.

1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Até o século XVIII, a saúde no Brasil se resumia à assistência médica, e esta era essencialmente circunstancial, pautada na filantropia. A partir do século XIX, algumas campanhas limitadas aconteceram, e a questão de saúde aparece como reivindicação no movimento operário. A partir do século XX, especificamente na década de 1930 é que se pode enxergar uma intervenção estatal mais efetiva (BRAVO, 2001, p.1). Evidentemente, é necessário que se acompanhe a trajetória da saúde junto à trajetória histórica do país, que tem neste momento de início da industrialização e urbanização uma série de transformações até então inéditas, como aponta Iyda (1994, p. 18)⁶:

⁶A autora realizou um trabalho de pesquisa sobre a “trajetória político-institucional da Saúde Pública no Estado de São Paulo, no período de 1889 e 1978” (p.13). A despeito do recorte específico do estado, no decorrer de seu texto a autora contribui com análises mais abrangentes sobre o período, motivo pelo qual também foi escolhida como referência bibliográfica para a reconstrução da história da política de saúde no Brasil.

Analisa-se, portanto, a Saúde Pública como parte integrante na institucionalização e consolidação de um Estado burguês, que se forma a partir da crise e desintegração de um regime colonial português. Esse fato imprime algumas características específicas à Saúde Pública brasileira, que surge sob o impacto do desenvolvimento capitalista em sua etapa liberal ou concorrencial e sob o impacto da constituição de um regime republicano. Esta dinâmica interna e externa refletir-se-á na institucionalização da saúde pública, seja na seleção de áreas específicas de atuação, seja na construção de uma estrutura burocrática que lhe permitirá direcionar as formas de acesso, os tipos de serviços e os bens de consumo a serem distribuídos. Ao mesmo tempo, considera-se que, como aparelho estatal, a Saúde Pública serve a interesses competitivos de classes e frações de classes na posse de áreas institucionais.

É possível perceber nesse período, junto à industrialização do país, as reivindicações dos trabalhadores e as políticas sociais formuladas como resposta. Em virtude da industrialização do país, sua consequente urbanização se dá de maneira acelerada, exigindo melhores condições sanitárias, combate às endemias, neste momento ainda numa menor medida, o então chamado subsetor de medicina previdenciária (BRAVO, 2001). As políticas sociais deste período eram de organização e alcance nacional, o que reflete um avanço significativo em relação ao período anterior.

A grande questão, a partir da década de 1920, era organizar o mercado de trabalho, valorizando-o para a continuidade da ordem e do progresso e, conseqüentemente, combatendo os distúrbios, como a pobreza e a doença. É dentro deste quadro geral que à Saúde Pública caberá um novo papel. (TYDA, 1994, p. 50)

Os acontecimentos da década seguinte no país e no mundo (um deles a crise econômica de 1929, que afeta a burguesia local), a instalação do Estado novo e a constituição de 1934 seguem alterando o curso da política de saúde no Brasil. Neste momento se amplia ainda mais a estrutura e a atenção à saúde por parte do governo federal, o que segundo Tyda (1994, p. 60) reflete um interesse político de se ampliar a atuação e burocracia estatal:

Mas se a partir de 1930 a Saúde Pública assume maior peso institucional com proliferação de unidades, como se verá, outras áreas também o fazem, correspondendo a uma proliferação da esfera governamental, e à incorporação de novos interesses, além daqueles da burocracia sanitária, resultante de uma maior divisão social do trabalho.

Este avanço se consolida nos anos subsequentes (até 1950), com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

A situação da saúde no Brasil oscila entre os anos 1945-1964; o investimento é pouco, os planos não conseguem sair do papel⁷ e o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, bem como a mortalidade (geral e infantil) não se altera favoravelmente. Neste período se intensifica o deslocamento da população do campo para as cidades (não necessariamente em cidades industriais, como salienta Iyda), alterando a proporção da população urbana e demandando políticas mais efetivas. Segundo Iyda (1994, p. 86),

No Brasil, os acontecimentos pós-42 resultam na luta pela democratização do país e na nova constituição de 1946. Contudo, assiste-se a uma profunda transformação no desenvolvimento das forças produtivas, acelera-se o processo de urbanização e constata-se uma maior presença política dos trabalhadores.

Nesse período, segundo a mesma autora, acontece uma ampliação dos direitos políticos, sem que ocorra o mesmo com relação aos direitos sociais (p. 86). Ainda se encontram iniciativas pautadas principalmente na filantropia e configuradas como assistência social, assumida tanto pelo Estado como pelas entidades filantrópicas. Concomitantemente, a relação com os organismos internacionais (OEA, BID, CEPAL) se intensifica e passa a ter um papel mais determinante nas formulações da política de saúde. Iyda (1994, p.107) transcreve parte do Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana, de 1957 (p.176-7):

As relações recíprocas e permanentes entre saúde e desenvolvimento econômico e utilidade e conveniência da assistência técnica dos organismos internacionais, e reconhecendo que as necessidades em saúde pública dos países americanos só poderiam ser progressivamente resolvidas com a ajuda de capitais de que os governos não dispõem (...) ao programar e negociar o financiamento do desenvolvimento econômico, incluem programas de saúde pública, que são essenciais e complementares aos econômicos, e assessoria técnica da OPS para reformulação dos programas.

A partir de 1964, é possível observar um alinhamento do setor saúde com as características capitalistas, incorporando as modificações tecnológicas ocorridas no exterior. É neste período que avança a expansão da estrutura hospitalar privada, a ênfase na prática médica curativa e individual, que culminou no incentivo estatal às indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar. Segundo Bravo (2001, p.6),

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a

⁷ Exemplo é o chamado Plano Salte (1948), que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, que nunca foi implementado. (Bravo,2001.)

finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

É importante destacar que, neste momento, vive-se um período de mínima democracia, com a ditadura militar instalada a partir de 1964. Assim como outras expressões da questão social, a saúde também passa por alterações significativas, tornando-se encoberta a relação entre a política e a administração no período que se segue (IYDA, 1994, p.111). A mesma autora, ao buscar caracterizar o regime político daquele período, observa uma alteração na condução da política no país:

[...] Do mesmo modo, o novo regime buscará novas formas de legitimação. A especificidade do novo regime em relação ao Estado Novo relaciona-se com a concepção de que a história, e sobretudo a economia, deveriam ser dirigidas utilizando formas de intervenção racional, técnica. Neste sentido, a ideologia e a prática do planejamento, como uma “administração racional”, passaram a desempenhar um importante papel na construção de um Estado planificador, situado acima dos conflitos e das contradições sociais e que retoma algumas idéias prevalentes no governo Vargas, quando o planejamento passa a ser incorporado ao poder público. (IYDA, 1994, p.111-112)

A partir de 1974, no entanto, com a crescente organização dos movimentos sociais, a realização de pré-Conferências de Saúde, aumenta a necessidade de respostas por meio de políticas sociais. Assim, foi retomada a ampliação dos serviços e medidas de saúde pública (BRAVO, 2001).

A década de 1980 foi decisiva para a construção da política de saúde tal como a conhecemos, fruto da consolidação do movimento sanitário e do envolvimento de setores da sociedade (sindicatos, centrais, partidos políticos, movimentos sociais, etc.), que propunham uma Reforma Sanitária. Para BRAVO (2001, p.8)

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

A partir da Constituição de 1988, a saúde passa a compor o tripé da seguridade social (composto pela saúde, previdência social e assistência social), o conceito de saúde é tomado como resultado e resultante, também, das políticas de saúde que são formuladas a partir de determinadas demandas políticas e sociais que se apresentam. A trajetória da política da saúde ora apresentada também expressa esse amadurecimento teórico e político do conceito de saúde. O conceito de saúde oficializado no texto constitucional de 1988 é fruto da luta de intelectuais, movimentos sociais e organizações políticas; este

movimento se reflete na reorganização das políticas de saúde a partir de então. Conforme sintetiza Cohn (1996, p.28-29),

A nova Carta constitucional, de 1988, apresenta significativos avanços no tocante ao sistema de proteção social: nela estão presentes a *universalidade* do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema, a *equidade* ao acesso e na forma de participação no custeio, a *uniformidade e equivalência* dos benefícios e serviços, a *irredutibilidade* do valor dos benefícios, a *diversidade* de sua base de financiamento, e a gestão administrativa *descentralizada*, com participação da comunidade.

Um momento expressivo deste processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que no seu relatório final, desenhou as linhas gerais do que veio a ser, posteriormente, o Sistema Único de Saúde. Esta conferência teve grande representatividade, não só dos profissionais do setor, mas também dos movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos, dentre outras representações:

1 – Em seu sentido mais abrangente, 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 a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
(RELATÓRIO FINAL DA VIII CNS – TEMA 1: SAÚDE COMO DIREITO)

As discussões acumuladas nos fóruns e debates, nas conferências estaduais e nacional, fortalece o movimento sanitário para defender o projeto de saúde como resultado das múltiplas determinações e como direito universal na Assembleia Constituinte, que não era um espaço de consenso. Pelo contrário, havia uma disputa de peso, que exigiu grande preparação:

A Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação das Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária

Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-lo no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades. (BRAVO, 2001, p. 10)

A Constituição Federal de 1988 dedicou à saúde uma seção específica, expressando, em grande medida, o projeto defendido pelo movimento sanitário e pela sociedade civil organizada em sua defesa. Traz, em seu artigo 196, que:

Art. 196. A saúde é 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)

Os artigos subsequentes trataram das definições mais gerais, que seriam complementadas em 1990 pela Lei 8.080, que regula as ações e serviços de saúde e estabelece o Sistema Único de Saúde. Nesta, é reforçado o caráter universal da saúde como direito e como resultado de uma série de fatores:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990)

A legislação segue vigente; na sua implementação, seguem as disputas que já delineavam a luta por uma política de saúde garantida pelo Estado a toda a população. Assim, do ponto de vista oficial, a política nacional de saúde que está colocada na atualidade é a

apresentada na Constituição de 1988 e na Lei 8080 de 1990. Saber se na prática a sua implementação se dá de forma mais ou menos completa, corresponde a outras análises. Para Ramos, Stotz, Minayo e Costa (1989, p. 8-9),

A conquista da saúde como direito de todos, se depende das políticas sociais do Estado, não pode ser compreendida apenas como fruto de uma iniciativa e da vontade dos técnicos no interior do aparelho de Estado. Não se trata de negar esses esforços, mas sim de compreender que a implementação das políticas sociais em geral, e da saúde em particular, encontra sérias resistências e obstáculos. Os interesses empresariais privados e as articulações que lograram estabelecer fortes interesses no interior da burocracia governamental respaldados por fortes 'máquinas políticas', já seriam fatores suficientes para não se acreditar que o poder possa se auto-reformar na direção de outros interesses – no caso, o das classes trabalhadoras.

Elias (1996) relaciona a chamada onda econômica neoliberal (com origem na década de 1980 na Inglaterra e Estados Unidos, citados como países centrais) com os impactos nas políticas de saúde de todos os países. “Deste modo, a temática da saúde é reuniversalizada, agora, porém por meio de uma vertente predominantemente economicista e inserida nas mudanças por uma nova ordem econômica mundial” (p.59).

Evidentemente, a política de saúde ou mesmo o Sistema Único de Saúde, se relacionam com as condições socioeconômicas brasileiras, como já está colocado acima, uma vez admitido o caráter social da saúde e da doença. Neste sentido, a possibilidade de se assegurar a saúde de toda uma população está diretamente vinculada e também limitada pelas possibilidades de se alterar estas condições.

Estando a saúde do trabalhador definida e relacionada diretamente às legislações mais gerais sobre saúde no Brasil, a seguir apresenta-se os seus principais aspectos.

1.3 O CONCEITO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde do trabalhador e suas especificidades expressam contradições e tensionamentos inerentes à sua condição historicamente determinada. A saúde do homem é determinada socialmente por uma série de fatores que se combinam, e em grande medida pelo mundo do trabalho, ou seja, pelas condições de trabalho e, por conseguinte, as condições de saúde que são oferecidas a partir do trabalho.

Note-se que ao longo da história da humanidade a concepção de saúde e as políticas de saúde propostas são modificadas conforme a necessidade produtiva de cada época. García (1972, p.56), ao estudar o papel da medicina nos diferentes modos de produção refere que no capitalismo “a medicina desloca-se do espaço religioso e político para articular-se com o processo de produção econômica e é definida como uma atividade destinada à conservação e adaptação da força de trabalho”. Ao tornar a força de trabalho possível de ser vendida espontaneamente pelo trabalhador, a saúde torna-se parte fundamental da manutenção desta. O mesmo autor especifica as alterações na medicina a partir deste novo papel:

A linguagem médica também se transforma e surge uma nova ideia: a do preço da vida e do custo que envolve sua proteção. O cálculo econômico entra então como base para uma decisão ‘racional’ na distribuição dos serviços de saúde, reforçando a desigualdade social ao considerar que a vida humana tem preço distinto segundo a contribuição do indivíduo à sociedade. (GARCÍA, 1972, p.58)

Para o capital, a saúde do trabalhador resume-se à possibilidade de produzir a média esperada para determinada função em determinado intervalo de tempo. O cálculo que se realiza para o pagamento pela força de trabalho considera que sobre a reprodução da força de trabalho incidem fatores como a habitação, a alimentação, condições sanitárias adequadas para a sua existência, o descanso (dentre outros) – fatores estes que também são comumente utilizados na conceituação de saúde. A saúde, para o capital, trata-se da ausência de enfermidades que abatem sua força de trabalho; assim, a reprodução da força de trabalho considera também a manutenção da saúde do trabalhador e sua família, dentro e fora do trabalho.

A exploração capitalista – o trabalhador que leva sua pele para o curtume – pressupõe, portanto, a produção da vida integral do trabalhador na sociedade do capital, quer dizer, a formação do cidadão. Dilui-se, assim, a linha divisória entre “espaço de tempo de trabalho” e “espaço de tempo fora do trabalho”, já que eles se determinam mutuamente e só podem ser espaço e tempo constituídos historicamente na lógica do capital. Estes dois “espaços” se encerram, ou melhor, são expressão fenomênica de um único “espaço”, o locus do capital. (TUMOLO, 2003, p.163)

O pagamento efetuado pelo capital ao trabalhador é, portanto, calculado considerando-se o montante necessário à manutenção da vida

do trabalhador ao longo dos meses e anos, para que esteja em condições de trabalhar durante este período. Também se inclui nesta conta a quantia necessária para que o trabalhador sustente a sua família – o que é fundamental para a substituição da força de trabalho conforme a necessidade do capital.

Dada a correlação de forças, em que o trabalhador não possui meios de produção e tampouco tem condições de concorrer de fato com o capitalista, só lhe resta a opção ‘livre’ de vender a sua força de trabalho. A venda da força de trabalho, celebrada por contrato entre as partes, pressupõe a oferta espontânea do trabalhador no mercado. O preço da força de trabalho praticado no mercado é altamente vantajoso ao capital, uma vez que consegue, ante a grande reserva de força de trabalho disponível, pagar um salário menor que o valor da força de trabalho. Para Marx (1984, p.154),

Na verdade, o vendedor da força de trabalho, como o vendedor de qualquer outra mercadoria, realiza seu valor de troca e aliena seu valor de uso. Ele não pode obter um, sem desfazer-se do outro. O valor de uso da força de trabalho, o próprio trabalho, pertence tão pouco ao seu vendedor, quanto o valor de uso do óleo vendido, ao comerciante que o vendeu. O possuidor de dinheiro pagou o valor de um dia da força de trabalho; pertence-lhe, portanto, a utilização dela durante o dia, o trabalho de uma jornada. A circunstância de **que a manutenção diária da força de trabalho só custa meia jornada de trabalho**, apesar de a força de trabalho poder operar, trabalhar um dia inteiro, e por isso, o valor que sua utilização cria durante um dia é o dobro de seu próprio valor de um dia, é grande sorte para o comprador, mas, de modo algum, uma injustiça contra o vendedor. (grifo meu)

Assim, opera-se uma redução da compreensão do papel do trabalho na vida do homem, uma vez que na relação de troca, a sua força de trabalho torna-se um valor de uso para o capital, não mais para si. Segundo Marx (Ibid., p.154),

O capitalista, mediante a compra da força de trabalho, incorporou o próprio trabalho, como fermento vivo, aos elementos constitutivos do produto, que lhe pertencem igualmente. Do seu ponto de vista, o processo de trabalho é apenas o consumo da mercadoria, força de trabalho por ele comprada, que só pode, no entanto, consumir ao acrescentar-lhe meios de produção. O processo de trabalho é um processo entre coisas que o capitalista comprou, entre coisas que lhe pertencem. O produto desse processo lhe pertence de modo inteiramente igual ao produto do processo de fermentação em sua adega.

Assim, a partir deste momento, as eventuais habilidades específicas de cada trabalhador tornam-se secundárias; importa mais que ele seja capaz de produzir o valor de uso encomendado pelo patrão, pelo tempo pré-estabelecido em contrato, tempo este sempre maior que o custo da manutenção de sua vida e de sua família. Existe, assim, uma expectativa de que a partir do pagamento do preço estabelecido pela

força de trabalho, o rendimento do trabalhador corresponda a uma média também estabelecida:

A força de trabalho tem de funcionar em condições normais. (...) No ramo que se aplica deve possuir o grau médio de habilidade, destreza e rapidez. Mas nosso capitalista comprou no mercado força de trabalho de qualidade normal. Essa força tem de ser despendida no grau médio habitual de esforço, com o grau de intensidade socialmente usual. Sobre isso o capitalista exerce vigilância com o mesmo temor que manifesta de que nenhum tempo seja desperdiçado, sem trabalho. Comprou a força de trabalho por prazo determinado. Insiste em ter o que é seu. Não quer ser roubado. (Ibid., p. 161)

Neste sentido, pressupõe-se uma disponibilidade física e mental do trabalhador para que o comprador de sua força de trabalho esteja satisfeito em suas expectativas. E é a partir destas expectativas que se delineiam as primeiras iniciativas com relação à saúde do trabalhador e da população de modo geral. O capital busca aproveitar ao máximo o rendimento das mercadorias que adquiriu (incluindo a força de trabalho), e para isso, num primeiro momento de seu desenvolvimento, o faz à custa do aumento da morbimortalidade dos trabalhadores. Ao não investir em condições materiais de trabalho seguras e salubres, transferem o desperdício da vida e saúde do trabalhador para o cômputo da economia em capital constante (MARX apud GARCÍA, 1989, p.119).

A revolução industrial inaugura novas formas de organização social que trazem consigo novas necessidades e novos problemas – inclusive de saúde. Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p.4) constata a limitação da medicina de fábrica da Inglaterra de 1833, basicamente centrada na figura do médico e na teoria da uniausalidade, ou seja, isolando riscos específicos e atuando sobre suas consequências, medicalizando em função de sintomas e sinais. E, embora reconheçam um avanço no conhecimento da área, constata a atualidade ainda das antigas abordagens:

Em síntese, apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, consubstanciados sob a denominação de Saúde do Trabalhador, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional⁸.

Stotz e Neto (1989, p.39) descrevem a metodologia da chamada Medicina do Trabalho:

⁸ A saúde ocupacional é brevemente descrita pelos autores neste artigo; segundo os mesmos, seria um avanço na concepção de multicausalidade, numa proposta interdisciplinar. No entanto, “mesmo assim, se os agentes/riscos são assumidos como peculiaridades ‘naturalizadas’ de objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se situam em sua origem, repetem-se, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho.” (GOMEZ E THEDIM-COSTA, 1997, p.4)

A Medicina do Trabalho atua, como sabemos, sobre a unidade indivíduo, analisado em suas características típicas (“variáveis”), como sejam, a idade, o sexo, os hábitos, o estado nutricional, os caracteres éticos e genéticos, o estado de saúde encontrado, para enfim passar à história profissional, instrumento fundamental na abordagem clínica do trabalhador.

Este modelo de atuação colocava o médico como uma garantia do contratante de que tomara as providências necessárias à prevenção aos acidentes e doenças do trabalho, ficando assim desresponsabilizado caso ocorresse algum problema de saúde com o seu funcionário. Ao médico, também, era colocado um compromisso claro com o patrão, uma vez que estavam se dispondo a defendê-lo (MENDES e DIAS, 1991, p.341-342).

Sua função era a de “adaptar o trabalhador ao trabalho”, além da “manutenção da saúde” dos trabalhadores com mais eficiência, uma vez que na maioria dos países ainda não existia atenção à saúde assumida pelo Estado conforme conhecemos hoje. A medicina do trabalho atuava tanto na seleção de pessoal (e escolhendo evidentemente aqueles candidatos que tinham menos probabilidade de adoecer), quanto no tratamento e prevenção aos problemas de saúde dos trabalhadores. A possibilidade de tratar o trabalhador imediatamente agilizava o seu retorno ao trabalho qualitativamente em relação ao tratamento oferecido pela Previdência Social ou outra forma de acesso à saúde, e também possibilitava um maior controle das faltas e licenças de saúde, que poderiam impactar na produtividade (Ibid., p.343).

Uma vez que este tipo de intervenção resulta obviamente insuficiente, por centrar as suas ações no trabalhador e na necessidade de adaptá-lo ao trabalho, tarefa até então exclusiva do médico, a saúde ocupacional começa a ser delineada a partir deste quadro insatisfatório, com a tarefa de atuar também sobre o ambiente de trabalho, e avançar na organização de equipes multiprofissionais, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões (Ibid., p.343).

O atrelamento da saúde à produtividade evidencia uma distorção do entendimento do processo de saúde-doença, definido fundamentalmente como a capacidade de trabalhar. Minayo e Souza (1989, p.90) observam que esta concepção se difunde de forma generalizada na sociedade:

A concepção e na prática dominante da medicina oficial que são também em parte assumidas pela população usuária: saúde como capacidade para trabalhar, e doença como incapacidade para trabalhar. Elas são construídas no interior da visão social do mundo capitalista, particularmente através de uma relação pedagógica de hegemonia entre a medicina oficial e a população. Trata-se de uma noção levada à prática, que veicula o lugar social do trabalhador como sendo apenas força de trabalho, motor e função da produção.

Esta concepção tem diversos desdobramentos práticos e inclusive, como demonstram as citações acima, de prioridade de investimentos. Porém, para além disso, reforça a ideia de que sendo a saúde do trabalhador somente a manutenção de sua força de trabalho, a atenção e política à saúde do trabalhador pode se restringir a este marco. Desta forma, não importa em que estado de saúde se encontra o

trabalhador fora de sua jornada de trabalho, desde que tenha cumprido suas funções laborativas adequadamente. Tampouco interessa seu estado geral de saúde, se o trabalhador desenvolveu alguma patologia, desde que não afete sua assiduidade/produktividade. Esta é uma localização importante, uma vez que para a garantia plena da saúde do trabalhador, é necessário que se observem as suas condições de trabalho e o processo saúde-doença para além da especificidade de determinadas patologias, o que não acontece. Nesse sentido,

O melhoramento das condições de trabalho, que pode vir a ser decorrência da luta do movimento operário organizado, embora diminua a patologia relacionada com estas condições, não faz desaparecer as que resultam do próprio processo de trabalho no capitalismo. (GARCÍA, 1984, p.101)

Além destes elementos, o mesmo autor menciona, em obra posterior, uma distorção do significado da saúde do trabalhador para o âmbito do consumo:

A medicina contemporânea considera as consequências do trabalho sobre a saúde como um fenômeno biológico individual que ocorre no âmbito do consumo. Efetivamente, são numerosos os estudos que relacionam o nível de renda com determinadas doenças e discute-se o problema como se o processo saúde-doença, em sua relação com o trabalho, só se efetivasse no cenário do mercado. (GARCÍA, 1984, p.100)

Neste mesmo trabalho, o autor traça uma trajetória da relação entre trabalho e o processo saúde-doença. Primeiro, discutindo o caráter duplo desta relação, em que o trabalho representa dispêndio de força de trabalho considerada como a energia gasta (quantitativo) ao mesmo tempo em que também é dispêndio de energia a um determinado fim, como trabalho concreto (qualitativo). Salienta ainda que este duplo caráter tem sido ignorado pela medicina, resumindo o processo saúde-doença do trabalhador a um desgaste fisiológico individual que decorre simplesmente do gasto de energia (p.102-103).

Ao estudar especificamente a relação do trabalho concreto com o processo saúde-doença, o autor, apoiado na obra de Marx (caracterizando o trabalho como a transformação da natureza mediada pelo homem)⁹, descreve este trabalho como potencializador do desenvolvimento humano, tanto físico como mental, e portanto, produtor de saúde (p.103). No entanto, com o capitalismo e o trabalho explorado e alienado, essas potencialidades deixam de ser desenvolvidas, tornando assim o trabalho um limitador do

⁹ “Antes de tudo, o trabalho – segundo Marx – é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, mede, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para a sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica ao mesmo tempo sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio.” (MARX apud GARCÍA, 1984, p.103)

desenvolvimento humano e de saúde – tornando-se, por sua vez, um “produtor de doenças” (idem).

No que se refere à relação do trabalho abstrato com o processo saúde-doença, se relaciona a questão da jornada de trabalho à saúde da classe trabalhadora, por entender que a partir deste dispêndio de energia existe uma variação no processo saúde-doença. Ao longo das diversas etapas do desenvolvimento capitalista, bem como suas variações de um país a outro, vão-se conformando as regulamentações sobre a jornada de trabalho, passando a existir um limite mínimo e máximo (GARCÍA, 1984).

Concomitante a essa discussão, a medicina intervém sobre o processo saúde-doença de forma a possibilitar um melhor aproveitamento da força de trabalho, seja combatendo as chamadas “doenças debilitantes” (são mencionadas as doenças mais comuns nos países dependentes)¹⁰, sejam aquelas já decorrentes da incorporação do trabalhador à atividade urbano-industrial. E o mesmo autor reconhece a dubiedade do papel da medicina no período:

Por uma parte, observam-se os resultados positivos na eliminação de certas doenças, revelando o caráter progressivo do capitalismo. O desenvolvimento de forças produtivas e o emprego de meios eficazes e em ampla escala possibilita a erradicação da febre amarela, e com isso a construção de grandes obras que facilitam o comércio internacional e melhoram as condições de vida das populações nessas zonas. Porém, ao mesmo tempo, é preciso reconhecer os aspectos negativos e as limitações do capitalismo em relação à luta contra as doenças debilitantes, pois, em muitos casos, a introdução do modo de produção capitalista cria as condições para o surgimento de surtos epidêmicos. (GARCÍA, *Ibid.*, p.111)

Este papel, a princípio progressivo, do capitalismo no desenvolvimento das forças produtivas, que a partir da coletivização do trabalho elimina as doenças específicas de cada profissão, ao fim desencadeia um novo processo de saúde-doença, inédito na humanidade até então. O trabalho alienado, ainda que possa ser reorganizado de forma a desafiar intelectual e criativamente o homem, é resumido ao dispêndio de energia, tornando a jornada de trabalho (ainda que limitada pelas regulamentações legais) fonte de estresse e adoecimento (p.118).

A partir desta compreensão, faz-se necessário elaborar uma política de saúde do trabalhador que, a despeito de suas limitações, possibilite avanços na qualidade de vida e de saúde da classe trabalhadora, imponha algumas (mesmo que pontuais) derrotas à classe dominante e, nesse sentido, fortaleça também um novo projeto de sociedade.

Oliveira e Vasconcellos (2000, p.1-2) elencam algumas condições para que esta política se efetive, quais sejam: a inserção do trabalhador no processo de produção e sociedade produtiva, tornando-o atuante em todas as etapas da política, apropriando-se desta política como de fato sendo sua, considerando-se seu conhecimento empírico sobre o ambiente de trabalho, exercendo controle social sobre todas as ações. Além destas, torna-se necessária “a ruptura com a hegemonia

¹⁰ O autor menciona como exemplo a ancilostomíase, febre amarela, malária e esquistossomose, “doenças tropicais” (p.110-111).

tecno-corporativa e a abordagem interdisciplinar das diversas questões, na perspectiva de uma lógica de atuação técnica a favor dos trabalhadores”, bem como transparência nas negociações entre trabalhadores e patrões, visando torná-la, finalmente, igualitária.

Segundo Oliveira e Vasconcellos (Ibid.), no Brasil, a construção de uma política de saúde do trabalhador se inicia de forma semelhante à Reforma Sanitária, com um salto político, teórico e organizativo importante nas décadas de 70 e 80, que antecederam a Assembleia Nacional Constituinte.

Fortemente influenciados pelo movimento operário italiano, com o qual estabeleceram um importante intercâmbio, durante aqueles anos, técnicos da área de saúde e sindicalistas, buscavam uma linha teórico metodológica de análise e ação que se contrapunha, tanto ao modelo governamental quanto à produção científica, em geral unidisciplinar e com ênfase na proteção contra os riscos, tendo o trabalhador como agente passivo das ações. (OLIVEIRA e VASCONCELLOS, 2000, p.3).

Os mesmos autores assinalam que a política de saúde do trabalhador, formulada a partir deste momento histórico, trata-se de uma completa novidade dentro do que se tinha como política de saúde do trabalhador no Brasil até então.

As iniciativas existentes, conforme acima descritas, eram implementadas de forma bastante segmentada, com uma enorme autonomia dos contratantes (patrões) na definição das medidas de segurança e sem nenhuma participação dos trabalhadores de fato, além da individualização dos problemas e da culpabilização do trabalhador.

Em síntese, premidos por uma realidade cotidiana de acidentes, doenças e mortes no trabalho, sem que houvesse mudanças significativas nos padrões estatísticos dos mesmos, ao longo dos últimos 30 anos, técnicos, pesquisadores, trabalhadores, representantes sindicais e outros atores institucionais e sociais, forjaram uma aliança tácita no sentido de provocar o Estado brasileiro a traçar uma política nacional de saúde do trabalhador, ideologizada e centrada na conquista da cidadania no trabalho. (OLIVEIRA e VASCONCELLOS, 2003, p. 4).

A seguir, analisa-se o projeto de saúde do trabalhador que está colocado hoje no Brasil, com seus limites e potenciais.

1.4 A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.

Como já explicitado no item acerca de como se construiu a política de saúde no Brasil, a luta por uma política de saúde do trabalhador mais completa e efetiva se dá junto ao movimento pela Reforma Sanitária. Segundo Oliveira e Vasconcellos (2000, p.3),

O campo teórico da Saúde Pública, (re)construído nas décadas de 70 e 80, sob o estigma revolucionário da resistência política e mudança de paradigmas, ao reconhecer na área de Saúde do Trabalhador o mesmo aspecto revolucionário/transformador, de tom similar ao do espírito da Reforma Sanitária Brasileira, adverte-a no seu ideário de formulação de políticas públicas de saúde, particularmente para o Brasil dos anos 80, na perspectiva de uma Assembleia Nacional Constituinte reformadora.

De maneira simultânea ao processo da Reforma Sanitária, técnicos da saúde, sindicalistas, e intelectuais se mobilizam pela discussão de uma nova concepção de saúde do trabalhador, entendendo-o como ator social deste processo e não como um “receptor” das políticas de prevenção e cura. Buscavam ainda uma nova metodologia de intervenção e de produção do conhecimento, e com referência no movimento operário italiano, trouxeram a questão da saúde do trabalhador para o interior da discussão da reforma do sistema de saúde (OLIVEIRA e VASCONCELLOS, *Ibid.*).

No período anterior à Constituição de 1988 e das legislações aprovadas nos anos subsequentes, “nunca se teve, no Brasil, políticas públicas que pudessem ser consideradas como possuidoras do caráter de uma política nacional de saúde do trabalhador.” (Oliveira e Vasconcellos, 2000, p.4) Havia políticas públicas vinculadas à área de trabalho e previdência, sem nenhuma relação ainda com a área da saúde, tampouco com a concepção de saúde do trabalhador que se forja a partir do movimento supracitado. As políticas eram caracterizadas como

Proteção da saúde dos trabalhadores, de forma tutelada, considerando-os agentes passivos na relação saúde-trabalho; entendendo a preservação da saúde no trabalho como exigência contratual de trabalho e não como direito pleno de cidadania; transferindo a corporações técnicas a decisão do que é melhor para a saúde dos trabalhadores, sem necessariamente ouvi-los, permitindo ao empregador a decisão final do que fazer para atenuar os riscos à saúde no trabalho, sem necessariamente considerar a melhor formulação técnica; culpabilizando o trabalhador pela perda da sua saúde e sua vida; utilizando limites de tolerância biológicos e ambientais como padrões de saúde; mascarando a responsabilidade do empregador através de um seguro de risco social; e, entre outras variáveis, emudecendo as representações sindicais dos trabalhadores nestas questões (OLIVEIRA e VASCONCELLOS, *IBID.*, p.4-5).

A saúde do trabalhador como direito e parte da Seguridade Social é objeto específico tratado na Constituição Federal de 1988. No seu artigo 200 encontra-se que “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...]. II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;” (BRASIL, 1988).

Da mesma forma que as demais especificações da política nacional de saúde no Brasil, os aspectos da saúde do trabalhador também são apresentados detalhadamente na Lei 8.080 de 1990. O parágrafo 3º do artigo 6º abaixo transcrito lista a definição e as atribuições do SUS referente à saúde do trabalhador:

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
- IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 1990)

A saúde do trabalhador é a busca por uma política social que garanta a segurança e a saúde integral dos trabalhadores. Esta política deve se dar nos âmbitos da promoção, da prevenção, da vigilância às

condições e riscos aos quais o trabalhador é submetido, bem como da reabilitação e cura, quando sua saúde é lesada em virtude do trabalho que realiza.

Sua implementação inaugura um novo desafio, uma vez que se trata fundamentalmente de inaugurar um novo conjunto de práticas que legitimem a política. Para Oliveira e Vasconcellos (2000, p.5),

As dificuldades, implícitas e explícitas, para a consecução deste objetivo, além daquelas de caráter político-ideológico, antes assinaladas, ficaram por conta do modelo governamental de políticas de proteção à saúde do trabalhador, calcado numa histórica fragmentação institucional, cujas atribuições dispersam-se setorialmente nos Ministérios do Trabalho, Previdência e da própria Saúde.

A Portaria nº 3.908/GM de 1998 estabelece a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador e traz as orientações gerais para período subsequente. Esta busca concretizar as linhas gerais previstas pelo SUS. Como parte integrante do Sistema Único de Saúde, a saúde do trabalhador é orientada pelos seus princípios e diretrizes, quais sejam: universalidade no acesso, integralidade de assistência, participação e controle social e descentralização da esfera federal em direção às estaduais e municipais.

Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 3) a saúde do trabalhador

A princípio é uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores sob premissas nem sempre explicitadas. O compromisso com a mudança do intrincado quadro de saúde da população trabalhadora é seu pilar fundamental, o que supõe desde o agir político, jurídico e técnico ao posicionamento ético, obrigando a definições claras diante de um longo e, presumidamente, conturbado percurso a seguir.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSST) é instituída somente em 2012, por meio da portaria 1823. Considerando o quão recente é a aprovação do texto oficial da PNSST, não é possível ainda analisar se o seu conteúdo está garantido ou não na prática em toda a sua amplitude, porém, apresentam-se brevemente os aspectos que mais interessam para esta pesquisa.

A política é composta por 19 artigos e dividida em seis capítulos¹¹, contando ainda com um anexo de “Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”. Este anexo é reconhecido formalmente como instrumento que complementa o disposto na política.¹² Estes elementos informativos são assim definidos no anexo:

¹¹ Os capítulos são: I – Dos Princípios e das Diretrizes; II – Dos Objetivos; III – Das Estratégias; IV – Das Responsabilidades; V – Da Avaliação e do Monitoramento; VI – Do Financiamento. (BRASIL, 2012)

¹² Art.4º Além do disposto nesta Portaria, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reger-se-á, de forma complementar, pelos elementos informativos constantes do Anexo I a esta Portaria. (idem nota 11).

Os elementos informativos consistem na apresentação de conceitos e contextualização de termos e conteúdos explicativos e conformadores da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Tem como finalidade precípua conferir caráter pedagógico e orientador à Política.

Dentre os dezenove itens que compõem o anexo, destaca-se aqui, parte do item 5 (BRASIL, 2012), em que se menciona a relação entre as condições de trabalho e saúde:

A responsabilidade sanitária é comum às três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, e deve ser desempenhada por meio da formulação, financiamento e gestão de políticas de saúde que respondam às necessidades sanitárias, demográficas e socioculturais das populações e superem as iniquidades existentes. Nesse sentido, o caráter ético-político da ação sanitária em saúde do trabalhador compreende o entendimento de **que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e saúde.** (grifo meu)

O item 8 segue reforçando a relação entre trabalho e saúde como referência para a aplicação das ações relacionadas à PNSST:

A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho. A articulação intra e intersetorial deve buscar a adoção de estratégias que viabilizem a inserção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nas políticas, públicas e privadas, mediante a garantia da participação do setor saúde/saúde do trabalhador na definição das políticas setoriais e intersetoriais. A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, e da população geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das

iniquidades e das injustiças sociais. A dignidade no trabalho refere-se à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais. (BRASIL, 2012)

No decorrer do texto da política de fato, define-se o público-alvo da PNSST:

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política.

Parágrafo único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. (BRASIL, 2012)

Por fim, destacam-se os objetivos expressos no seu artigo 8º, no qual se reafirma a necessidade da inserção da categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença:

Art. 8º São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe:

- a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território;
- b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território;
- c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores;
- d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho;**
- e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT;
- f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas;
- g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e
- h) participação dos trabalhadores e suas organizações;

II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe:

- a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho;
- b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha;
- c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social;
- d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental;
- e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos;
- f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo;
- g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e
- h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador;

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes:

- a) atenção primária em saúde;
- b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação;
- c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico;
- e) assistência farmacêutica;
- f) sistemas de informações em saúde;
- g) sistema de regulação do acesso;
- h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações;
- i) sistema de auditoria; e
- j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador;

IV - ampliar o entendimento de que de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção;

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde;

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. (BRASIL, 2012 – grifos meus).

Conforme mencionado anteriormente, não se analisa aqui ainda a efetividade de tal política. A sua demora em ser instituída é um elemento importante, uma vez que sem a oficialização legal as ações voltadas para a saúde de trabalhador até então se referenciaram nos fragmentos de outras leis (como a Lei 8080/1990), sem as devidas especificações, inclusive de orçamento. Considerando a ausência de política específica, analisam-se abaixo as ações implementadas até então.

A saúde do trabalhador encontra um desafio específico em relação às demais políticas sociais: para que a saúde do trabalhador seja garantida, a responsabilidade pelas condições adequadas de trabalho também precisam ser assumidas pelo patrão. Isso significa, por exemplo, investir em infraestrutura, pagamento de adicionais por insalubridade e periculosidade, em equipamentos de proteção, em redução de carga horária (quando da exposição a situações que colocam em risco a integridade física e mental do trabalhador). Nenhuma dessas garantias está automaticamente dada; costuma ser parte significativa dos conflitos entre empregador e empregado, e a intervenção estatal oscila, na medida em que também é alvo da disputa entre os projetos diferenciados que cada setor defende. Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1995, p. 15),

A Saúde do Trabalhador, enquanto questão vinculada às políticas mais gerais, de caráter econômico e social, implica desafios das mais diversas ordens. Desde os colocados a partir do cenário macroeconômico que impõe diretrizes e prioridades do mercado, aos que se relacionam mais diretamente ao setor saúde. Nesse universo multifacetado, estão presentes as resultantes das políticas atuais de emprego, salário, habitação, transporte, educação, entre outras, que refletem o descompromisso do Estado com os segmentos da população marginalizada dos bolsões de riqueza e suas cercanias.

Encontrando-se a política de saúde do trabalhador no centro de um debate ideológico e técnico (o qual, ao fim, expressa também a sua dimensão político-ideológica), no qual interesses públicos e privados, bem como de classes antagonistas se confrontam, as vitórias e derrotas impostas aos trabalhadores no âmbito da saúde do trabalhador representam mais que conquistas pontuais relacionadas ao ambiente de trabalho. Da mesma forma, a saúde do trabalhador é influenciada pelas oscilações da luta de classes, uma vez que um dos diversos rebatimentos das vitórias ou derrotas neste campo é justamente o estado de saúde da classe trabalhadora. A este respeito, Oliveira e Vasconcellos (2000, p.7) alertam:

O dispêndio de parcelas significativas da sociedade brasileira, nas últimas décadas, no sentido da conquista do direito à saúde no trabalho, como um direito fundamental de cidadania, corre o sério risco de se perder, a partir dos novos arranjos organizacionais do trabalho, impostos pela ordem mundial da globalização econômica, que tem como um dos seus pontos balizadores a flexibilização dos direitos trabalhistas, de interesse direto na saúde dos trabalhadores.

No mesmo sentido, as políticas específicas de saúde do trabalhador pensadas nos locais de trabalho se organizam a partir das pressões de empregadores e trabalhadores, seja na esfera pública ou privada. A política de saúde do trabalhador implementada na UFSC acompanha o movimento histórico da política de saúde do trabalhador brasileira, com suas contradições e possibilidades, conforme será analisado a seguir.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR VIGENTE NA UFSC: DOS DOCUMENTOS À EFETIVAÇÃO

2.1 O SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO AO SERVIDOR (SIASS)

No período que antecede a instituição do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), não existia uma política de saúde do trabalhador voltada aos servidores públicos federais, ficando por conta de cada órgão a iniciativa de promover ações de saúde neste sentido. A Lei 8112/1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos, no 230º artigo trazia a orientação geral sobre a questão da saúde do servidor:

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento. (BRASIL, 1990)

A despeito desta previsão legal de ações de assistência, promoção e prevenção à saúde, há falta de orientação mais completa, sintetizada num único texto, o que gerava uma grande disparidade entre os diversos órgãos públicos federais com relação a este tema. (BRASIL, 2010)

Com o intuito de normatizar e uniformizar os programas e ações de saúde nos órgãos públicos federais, se avança na construção da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS).

A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal é, segundo o seu documento de lançamento¹³, o resultado de anos de trabalho impulsionado, principalmente, pelo Ministério do Planejamento, que já em 2003 criara a Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor. Em 2006 foi criado, via mesmo ministério, o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP, e em dezembro de 2007 se estabeleceu o compromisso de construir e implantar o que viríamos a conhecer como o atual SIASS¹⁴ (Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor).

O SIASS se sustenta a partir de três eixos, quais sejam: *vigilância e promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde*. Os três eixos se inter-relacionam para garantir uma política global, de abordagem biopsicossocial, em conformidade com o

¹³ Disponível em <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/listaDocumentosPorTipo.xhtml>

¹⁴ Último acesso em 24/06/2013.
Instituído pelo decreto 6833/2009.

conceito de saúde definido a partir da Lei 8080/1990 e com a política proposta para a saúde em geral e a saúde do trabalhador em específico¹⁵.

O eixo perícia em saúde

Visa 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. Uma perícia compromissada com o retorno ao trabalho e preservada pelos preceitos éticos da relação entre o perito e o periciado. (BRASIL, 2009)

Assim como a política de saúde do servidor no seu marco mais geral, a perícia passa a ser regulamentada de forma centralizada, e são inseridos procedimentos uniformizados que teriam por função aumentar a coerência e transparência nos processos, além do controle mais efetivo dos afastamentos dos servidores. Com o argumento de traçar o perfil epidemiológico do servidor, é possível também ampliar o controle destes afastamentos – o que pode possibilitar a restrição de tais licenças. O próprio documento define que os objetivos da equipe multiprofissional que participa da avaliação da capacidade laborativa é promover “uma integração das ações de assistência, prevenção aos agravos e promoção à saúde de modo a possibilitar um **retorno mais rápido ao trabalho**”¹⁶. (BRASIL, 2010)

Ainda em 2010 se publica o Manual Perícia Oficial em Saúde para os Servidores Públicos Cíveis Federais, composto por seis capítulos¹⁷ em 334 páginas. Neste, são especificados os procedimentos agora padronizados pela PASS. Na introdução, apresenta-se uma intenção de tornar a perícia um instrumento ampliado dentro das ações de saúde:

Avançamos em um modelo de avaliação da capacidade laborativa que transcende o aspecto da legalidade e do controle, pois busca aproximar a perícia da realidade e do cenário do mundo do trabalho no qual vive o servidor público federal. O conceito de perícia em saúde elimina as avaliações centradas unicamente no ato médico e abre espaço para o entendimento das diversas faces que compõem a avaliação pericial.(BRASIL, 2010)

Este é até hoje o manual mais completo do SIASS, o primeiro a ter sido lançado após o decreto 6833/2009. Em seu capítulo I (Conceitos Básicos da Perícia Oficial em Saúde), se definem, dentre outros, os

¹⁵ A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Lei 8080/1990 - Art.3º)

¹⁶ Folder sem numeração de página. Disponível em <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/listaDocumentosPorTipo.xhtml> Último acesso em 24/06/2013.

¹⁷ São estes: I – Conceitos Básicos da Perícia Oficial em Saúde; II – Princípios da Perícia Oficial em Saúde; III – Procedimentos da Perícia Oficial em Saúde; IV – Equipe da Perícia Oficial em Saúde; V – Atribuições Gerais da Perícia Oficial em Saúde; VI – Laudo Oficial Pericial; VII – Doenças Especificadas em Lei; VIII – Outras Disposições.

conceitos de capacidade e incapacidade laborativa. Segundo o Manual (2010, p. 2), capacidade laborativa é

A condição física e mental para o exercício de atividade produtiva. É a expressão utilizada para habilitar o examinado a desempenhar as atividades inerentes ao cargo, função ou emprego. O indivíduo é considerado capaz para exercer uma determinada atividade ou ocupação quando reúne as condições morfofisiológicas compatíveis com o seu pleno desempenho.

A capacidade laborativa não implica ausência de doença ou lesão. Na avaliação da capacidade deve ser considerada a repercussão da doença ou lesão no desempenho das atividades laborais.

Incapacidade laborativa, por sua vez,

É a impossibilidade de desempenhar as atribuições definidas para os cargos, funções ou empregos, decorrente de alterações patológicas consequentes a doenças ou acidentes.

A avaliação da incapacidade deve considerar o agravamento da doença, bem como o risco à vida do servidor ou de terceiros, que a continuação do trabalho possa acarretar.

O conceito de incapacidade deve compreender em sua análise os seguintes parâmetros: o grau, a duração e a abrangência da tarefa desempenhada.

1 • Quanto ao grau: a incapacidade laborativa pode ser parcial ou total: a. considera-se como parcial o grau de incapacidade que permite o desempenho das atribuições do cargo, sem risco de vida ou agravamento; b. considera-se como incapacidade total a que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos servidores detentores de cargo, função ou emprego.

2 • Quanto à duração: a incapacidade laborativa pode ser temporária ou permanente: a. considera-se temporária a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível; b. considera-se permanente a incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.

3 • Quanto à abrangência profissional: a incapacidade laborativa pode ser classificada como: a. uniprofissional - é aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica do cargo, função ou emprego; b. multiprofissional - é aquela em que o impedimento abrange diversas atividades do cargo, função ou emprego; c. omni-profissional - é aquela que implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa que vise ao próprio sustento ou de sua família.

A presença de uma doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa.

O que importa na análise do perito oficial em saúde é a repercussão da doença no

desempenho das atribuições do cargo.
(BRASIL, 2010, p. 3 – grifos meus).

Verifica-se no texto grifado que, embora a introdução do mesmo manual se refira a uma superação do modelo legal de avaliação da capacidade laborativa, já no primeiro capítulo ao se conceituar a incapacidade laborativa, a orientação prática não fala mais em transcendência. Ou seja: existe diferença entre saúde e capacidade laborativa, e para a perícia oficial em saúde, o que interessa é a última.

A **vigilância e promoção à saúde**, por sua vez, se propõe a aliar a vigilância epidemiológica do servidor à vigilância do ambiente e processos de trabalho, sendo este trabalho multidisciplinar e com ampla participação dos servidores “em todas as fases do processo”. A principal ação da vigilância epidemiológica são os exames periódicos aos quais todos os servidores se submetem, através dos quais se preveem problemas de saúde relacionados ou não ao trabalho, além de ajudarem a traçar o perfil epidemiológico dos servidores. A vigilância aos ambientes e processos de trabalho seriam também acompanhadas pelas comissões por local de trabalho – CISSP (Comissão Interna do Servidor Público Federal), que podem participar destas avaliações e propor “negociações” com a administração para a alteração do ambiente. Ainda estão incluídas no eixo vigilância e promoção uma política de atenção à saúde mental, com projetos a serem desenvolvidos pelas unidades SIASS’s balizados pela portaria SRH nº 1.261, de 04 de maio de 2010, e “projetos de promoção à saúde e de qualidade de vida” (p. 7).

A Portaria Normativa nº03/2010 institui a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), cujo objetivo é “definir diretrizes gerais para a implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do Servidor Público Federal” (Brasil, 2010). No artigo 4º da NOSS são especificados os conceitos de ambiente e condições de trabalho, a saber:

Art. 4º Para os fins desta Norma Operacional entende-se:

(...)II - Ambiente de trabalho é o conjunto de bens, instrumentos e meios de natureza material e imaterial, no qual o servidor exerce suas atividades laborais. Representa o complexo de fatores que estão presentes no local de trabalho e interagem com o servidor.

III - Condições de trabalho são as características do ambiente e da organização do trabalho. Trata-se de uma mediação física-estrutural entre o homem e o trabalho que pode afetar o servidor, causando sofrimento, desgaste e doenças.

Ainda no mesmo artigo, especifica-se o conceito de vigilância:

XI - Vigilância em Saúde do Servidor é 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.

A proposição do eixo vigilância busca associar, assim, os aspectos ambientais e a partir da sistematização da história de saúde de

cada servidor, construir com equipes multidisciplinares, ações de vigilância mais complexas.

Cabe questionar de que forma tem ocorrido o cruzamento entre as ações de vigilância sobre os ambientes e processos de trabalho com a iniciativa dos exames periódicos individuais, pois do ponto de vista individual, pode ser interessante para o trabalhador conhecer eventuais riscos ou agravos de saúde que tenha desenvolvido, mas do ponto de vista da saúde coletiva, estas informações necessitam de enriquecimento a partir de novos dados.

O eixo **assistência à saúde** do servidor resume-se basicamente à instituição da assistência suplementar à saúde (o plano de saúde) agora universalizada a todos os servidores públicos federais, transformado em despesa orçamentária obrigatória, regulamentado pela Portaria Normativa nº3/2009; o entendimento dos elaboradores da política é que a partir desta medida se amplia o acesso a esta modalidade de serviço de saúde. Existem quatro opções de modalidades de assistência entre as quais os órgãos podem optar: convênio com operadoras de planos de assistência (organizadas na modalidade de autogestão), contrato com operadoras de planos de assistência (concorrendo em processo licitatório), instituição de serviço de assistência prestado pelo próprio órgão ou o ressarcimento dos gastos do servidor (Brasil, 2009). Esta portaria especifica ainda quem são os beneficiários, dependentes, o caráter voluntário da inscrição pelos servidores, formas de financiamento e fiscalização.

Ainda, segundo o documento de lançamento da PASS, esta foi uma política construída coletivamente, com representação de diversos setores envolvidos com a categoria (tais como os profissionais da área de recursos humanos, entidades sindicais, técnicos de saúde), em inúmeros espaços de discussão, “por meio de encontros, oficinas e reuniões” (BRASIL, 2009). O propósito destes espaços foi “comprometer gestores, estimular parcerias intersetoriais e construir princípios, diretrizes e ações na área de saúde e segurança no trabalho” (idem). Desta forma, seria possível estabelecer uma política que fosse estendida de modo coeso a todos os servidores públicos federais, o que até então não existia, e eliminar as disparidades na atenção ao servidor (suas formas de implantá-la e de financiá-la) conforme o local de trabalho.

O SIASS é uma das ações estratégicas na implementação da PASS, “que tem a finalidade de articular os recursos existentes e propor medidas para a implementação das ações da PASS”. Nesse sentido, suas atribuições são “desenvolver ações de perícia, promoção à saúde, vigilância dos ambientes de trabalho, registro dos acidentes de trabalho, nexos das doenças profissionais, readaptação funcional e apoio assistencial para os casos de agravos instalados”.

A PASS expressa, assim, o esforço de unificar e centralizar as ações de saúde junto aos servidores, oferecendo parâmetros técnicos oficiais, regulamenta as iniciativas em saúde e sistematiza os dados acerca da saúde dos servidores públicos federais. A respeito da sistematização destes registros, cabe ressaltar um aspecto desta base de dados: o Sistema Nacional de Informações em Saúde do Servidor (SINAISS) preocupa-se em cadastrar os servidores e seu histórico de saúde (incluindo os afastamentos, perícias e exames médicos periódicos), porém não se tem claro como esta base de dados se cruza com as demais iniciativas do eixo vigilância, relacionadas aos ambientes e processos de trabalho.

Embora se saiba que a PASS é relativamente recente, um projeto em construção e com necessidade de ajustes, é interessante

observar que o módulo perícia foi o primeiro a ser estruturado, com detalhamento de orientações aos técnicos envolvidos. Isto é, na visão desta pesquisadora, um indicador de que há um interesse maior pelo registro individualizado do servidor (na utilização da saúde suplementar, no seu histórico de perícias e afastamentos, seus exames médicos) em relação a categorizar o trabalho do servidor, suas condições de trabalho e os riscos aos quais está submetido. Aliás, as condições de trabalho não constam nem formalmente no documento todo, embora venham a aparecer pontualmente na NOSS. Porém, sempre num marco muito mais abstrato do que as ações empreendidas para o registro e acompanhamento da saúde do servidor individualmente, para os quais existem desde já medidas concretas.

Em junho de 2012, por exemplo, foi divulgado no portal SIAPE (sítio em que se encontram as principais notícias e documentos sobre o SIASS a nível nacional)¹⁸ o manual do Módulo Promoção. Neste, ao contrário do que se encontra no módulo perícia, encontram-se 35 páginas com um passo-a-passo instruindo a utilização de um sistema informatizado no qual os órgãos poderão cadastrar as suas próprias ações de promoção. Segundo o mesmo manual,

Este módulo tem como principal objetivo dar visibilidade às ações e programas de promoção à saúde ofertados pelos órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, e, ao mesmo tempo, divulgar e ofertar tais iniciativas para as demais instituições federais. (BRASIL, 2012)

A seguir, passa a demonstrar as funcionalidades deste sistema, que pode ser acessado com *login* de órgão de RH, equipe de promoção e servidor. Para cada tipo de usuário, há um determinado passo-a-passo explicando como acessar o sistema, com o auxílio de recursos visuais (imagens das opções na tela do computador), como se pode visualizar na figura abaixo.

Programa de Promoção à Saúde 

Mês/Ano Pagamento: 04/2012

Orgão	99999 - XXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXX
UF	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Tema Interesse	<input type="text"/>
Situação	<input type="text"/>

[Voltar - Topo](#)

Operações que podem ser realizadas:

- a) Incluir um Programa de Promoção a Saúde
- b) Consultar um Programa de Promoção a Saúde
- c) Alterar ou Encerrar um Programa de Promoção a Saúde

(Figura 1 – Fonte:

<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml>)

Embora a autonomia em relação a cada unidade SIASS seja importante para a construção de ações de promoção que não sejam engessadas pelos manuais (quando excessivamente específicos), chama a atenção que não se oriente, nem mesmo em linhas gerais, o conceito de promoção em saúde que se quer alcançar a partir do SIASS. Pelo contrário, a falta de conceituação do que vem a ser a promoção, de referências consistentes para o trabalho dos técnicos responsáveis pelas unidades SIASS, e o fato de que este módulo promoção tenha levado dois anos a mais que o módulo perícia para ser disponibilizado, deixa a impressão de que as ações de promoção e vigilância são secundárias em relação à perícia oficial.

O discurso expresso no documento de fundação da PASS tem sua dimensão política turvada pela falta de elementos concretos a respeito de vários aspectos, por exemplo: embora explicita que houve um processo de construção da política envolvendo diversos atores em diversos espaços, não há referência aos registros destes momentos, aos quais se poderia recorrer para consulta. Porém, a partir do que se apresenta como síntese de todo este processo prévio, é possível perceber alguns aspectos que expressam como a política é tratada pelo Estado.

A PASS, enquanto política de atenção aos servidores públicos federais reflete a vontade política de seus idealizadores e gestores, mas também o nível de pressão a que está submetido o Estado (que é neste caso o empregador) e as respostas que, eventualmente, precisa dar aos trabalhadores. Para Montañó e Durighetto (2011, p. 145),

A organização estatal (e dentro dela as políticas sociais) reflete então a *síntese das lutas sociais históricas* que, incorporando conquistas dos trabalhadores e setores subalternos, confluem num projeto político-econômico da (fração de) classe hegemônica (o capital monopolista) para a reprodução da ordem, em face das necessidades de superação das crises *econômicas* – reproduzindo e ampliando a acumulação de capital – e *políticas* – legitimando o sistema perante as demandas populares e reduzindo os níveis de conflitividade. (grifos dos autores)

É evidente que docentes e técnicos do serviço público federal têm interesse (e entendem corretamente como seu direito) em um serviço de saúde de qualidade, que lhes dê suporte caso necessitem de atendimento clínico, e que previna eventuais acidentes e danos causados pelo trabalho, relacionando genuinamente as condições de trabalho com a sua saúde. Não é menos verdade, no entanto, que a implementação da política de saúde é um instrumento de manutenção da força de trabalho e de um suposto consenso, em que o trabalhador tende a sentir-se contemplado pela política. Segundo Abramides (2003, p. 7)

Saúde e capacidade técnica são elementos indissociáveis da capacidade de trabalho. A força de trabalho é para ser consumida e substituída na medida de seu desgaste, como qualquer outro componente do processo de produção. O trabalhador tem, por sua vez, consciência de sua capacidade técnica e sabe que, para exercitá-la, precisa ter saúde. A relação indissociável entre saúde e capacidade técnica, e o processo histórico de lutas da classe trabalhadora pela redução da

jornada de trabalho e por melhores condições de vida, possibilita ampliar postos de trabalho bem como proteger esses dois componentes da capacidade produtiva.

A construção da PASS via Ministério do Planejamento a partir de 2007 é também exemplo do que foi a tônica dos dois mandatos do governo Lula no que tange às políticas sociais. Ainda que com elementos progressivos em relação à ofensiva neoliberal de toda a década anterior, não avança na garantia dos direitos sociais e real investimento nas políticas. Segundo Bravo (2006, p. 15) “a análise que se faz do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas a lógica econômica.”

Porém, também foi a marca deste governo o “recrutamento” de figuras e profissionais importantes que anos antes eram os principais expoentes da defesa dos direitos e políticas sociais para a ocupação de cargos em ministérios e instituições estatais, trazendo-os da oposição à construção do governo e suas ações em diversos setores. Ao mesmo tempo em que podem qualificar técnica e politicamente a formulação destas políticas, tornam-se “funcionários” e representantes do governo, subordinando-se ao Estado e às suas prioridades que, na maioria das vezes, não estão em conformidade com as necessidades da classe trabalhadora.

Existem nos documentos e manuais relacionados à PASS uma mescla de elementos de avanço e de retrocesso, incorporando conceitos e necessidades da classe trabalhadora, resgatando o acúmulo do movimento pela Reforma Sanitária da década de 1980, que definiu em muitos aspectos o que se entende por saúde no Brasil, mas também emergem as discussões da chamada *administração gerencial*, produto da implantação da política neoliberal e o redirecionamento do papel do Estado. Este modelo é assim descrito por Hypólito (2008, p. 68):

Realinhamentos de muitas relações entre estado e cidadão, Estado e economia, e Estado e suas formas organizacionais (processo de trabalho), e tudo isso tem ocorrido com a reestruturação global do capitalismo. Esses processos de reestruturação envolvem aplicações do pós-fordismo como modelo de organização das instituições públicas, incluindo seus processos de trabalho.

Os quadros políticos defensores do que foi a chamada Reforma do Estado, colocam a discussão de que o Estado (ao contrário do que fora proposto pelos primeiros intelectuais a defendê-la) não deveria se restringir às políticas sociais e sem intervenção nos setores estratégicos. Bresser Pereira (2001, p. 23), ex- Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (no governo FHC), assim sintetiza a reforma:

Provavelmente significará reduzir o Estado, limitar suas funções como produtor de bens e serviços e, em menor extensão, como regulador, mas implicará também ampliar suas funções no financiamento de atividades que envolvam externalidades ou direitos humanos básicos e na promoção da competitividade internacional das indústrias locais.

Esta oscilação entre duas concepções que de fundo são completamente distintas e não poderiam coexistir na mesma formulação política, evidencia mais uma vez um posicionamento que favorece o controle, a restrição ao acesso à saúde de forma completa (e não somente no atendimento ambulatorial), ao reordenamento do trabalho do servidor público e sua flexibilização e intensificação. Neste caso em específico, ainda mais complexo, devido ao fato de o Estado ser o empregador, pensá-lo cumprindo um papel de mediador é bastante difícil.

Analisar a política somente a partir dos manuais oficiais e dos textos disponibilizados pelos seus idealizadores restringe a possibilidade de análise, ao não se poder confrontar as informações descritas com a percepção das pessoas envolvidas com a política, sejam seus gestores e profissionais que a implementam, sejam os servidores público-alvo da política. Restam diversos questionamentos a respeito da dimensão da sua implementação até agora: as CISSP foram constituídas? O perfil epidemiológico dos servidores tem sido construído a partir dos exames periódicos que já foram realizados? Caso exista esse “perfil preliminar”, qual é a análise que é feita da situação de saúde dos servidores? Algum ambiente/processo de trabalho foi identificado como potencialmente danoso à saúde do servidor? Caso sim, como foi alterado? Essa política tem sido um espaço de debate entre os servidores e a administração, foi possibilitada a chamada “negociação”? Em caso positivo, em que termos se deram?

Ainda que somente a partir dos documentos e manuais disponibilizados pelo portal do SIAPE, é possível perceber imediatamente algumas contradições na própria descrição das normas operacionais e das propostas encaminhadas. Existem lacunas nas formulações e aspectos que são definidos de maneira imprecisa – a análise acima é uma tentativa de apontá-los e qualificar o debate sobre o tema da saúde do trabalhador e a necessidade de política real para os trabalhadores, que proteja e promova a sua saúde no trabalho.

A partir da análise documental realizada, à luz da revisão de literatura das categorias fundamentais para este trabalho, passa-se à análise da pesquisa qualitativa na unidade SIASS/UFSC.

2.2. A UNIDADE SIASS/UFSC

Neste item, será apresentada especificamente a unidade SIASS/UFSC, suas principais informações, órgãos partícipes, equipe e ações desenvolvidas. Em seguida, apresentam-se os dados qualitativos obtidos na pesquisa de campo, sistematizados pelo roteiro semiestruturado de entrevista. Para cada questão, será apresentada uma síntese das respostas de todos os entrevistados, com trechos de transcrição das falas que possam elucidar a análise. Ao final desta seção, procede-se a uma análise geral dos dados coletados.

Em outubro de 2010 se inaugura a unidade SIASS/UFSC, cujos órgãos partícipes são a própria UFSC, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, IBGE, IBAMA e Procuradoria Federal, totalizando 6.179 funcionários ativos, 3.334 inativos e 959 pensionistas¹⁹. Ou seja: os servidores destes órgãos são atendidos pela equipe da unidade

¹⁹ Disponível em <http://siass.paginas.ufsc.br/siass-o-que-e/orgaos-participes/>. Último acesso em 30/05/2013. Este dado, no entanto, não corresponde à totalidade do público alvo. Existem mais dois órgãos partícipes (DNIT e ICMBio) que não estão descritos no link acima. A relação atualizada dos órgãos partícipes foi fornecida pelos entrevistados no decorrer da pesquisa e confirmada junto à atual gestão.

SIASS/UFSC no que se refere às ações de saúde e segurança do trabalhador.

A equipe é composta majoritariamente por técnicos do quadro da UFSC, tendo um profissional da Receita Federal cedido para a equipe, dois funcionários cedidos pela Eletrosul, dois funcionários do IBAMA e uma funcionária da Polícia Federal contribuindo de forma pontual com esta equipe técnica.²⁰ Quando do início da unidade SIASS/UFSC, a equipe e seus setores eram ligados à atualmente extinta Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social. Hoje, o SIASS/UFSC é coordenado pela Secretaria de Gestão de Pessoas²¹.

A unidade SIASS/UFSC é composta pela Junta Oficial de Saúde, Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho, Serviço de Saúde Ocupacional, Serviço de Engenharia de Segurança do Trabalho, Gabinete Odontológico e Divisão de Serviço Social e Atenção ao Servidor. Destes, dois gestores permanecem no mesmo cargo, apenas um dos gestores não trabalha mais na UFSC, estando os demais realocados em outras funções ainda na unidade SIASS/UFSC.

Dos sete gestores, foram entrevistados cinco responsáveis pelo Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde, Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho, Serviço de Engenharia de Segurança do Trabalho, Divisão de Serviço Social e Atenção ao Servidor e Junta Oficial em Saúde. Foram procurados os profissionais que responderam pelo primeiro período da unidade SIASS/UFSC, a partir de sua criação em 2010.

O roteiro semiestruturado formulado para as entrevistas foi aplicado integralmente com todos os sujeitos que participaram da pesquisa. Os entrevistados têm diferentes áreas de formação (Engenharia, Medicina e Serviço Social) e respondem por diferentes áreas do SIASS, o que trouxe diversidade nas perspectivas de cada um. Eventualmente, no decorrer do processo da entrevista, o diálogo propiciou enveredar por algumas especificidades de cada setor, que os gestores refletiam.

As duas primeiras questões relacionavam-se à percepção das mudanças ocorridas nas ações desenvolvidas a partir do SIASS, questionando-se quais eram as principais mudanças observadas por cada gestor, e se avaliavam que, com PASS, a saúde dos servidores estava mais assegurada.

Todos os entrevistados mencionam que a estrutura do SIASS/UFSC já existia anteriormente, não tendo nenhuma alteração a partir do decreto 6833/2009. Por iniciativa institucional da Universidade, já se atuava de forma multidisciplinar com ações voltadas para a saúde e segurança do trabalhador, não se constituindo em novidade. Da mesma forma, foi colocado por todos os entrevistados que os servidores dos demais órgãos partícipes sentiram um impacto maior a partir da instituição do SIASS, pois não contavam com uma estrutura desse tipo. Por fim, apareceu em todas as falas a dificuldade em se atender todo o público-alvo, que aumentou exponencialmente, sem um aumento proporcional das equipes de trabalho.

Quatro dos cinco entrevistados entendem a PASS como um avanço por se tratar de uma política de Estado, a qual podem se remeter para o planejamento e execução das ações e programas, conforme se verifica nas falas abaixo:

²⁰ Disponível em <http://siass.paginas.ufsc.br/equipe-siass-ufsc/> Último acesso em 30/05/2013.

²¹ Disponível em <http://segesp.ufsc.br/apresentacao/atribuicoes/> Último acesso em 30/05/2013.

a entrada do SIASS, a mudança direta e objetiva da entrada do SIASS foi o fato de até então as coisas aconteciam porque a UFSC, em algum momento, ou por um bom momento, quis que acontecesse. E agora não, agora tem uma legislação, a possibilidade até de concurso. A partir do momento que se tem a legislação fica mais fácil de conseguir algumas coisas que antes eram muito difíceis de ser conseguidas. (entrevistado 2)

Segurança do trabalho é algo quase nulo no serviço público. Porque tem a exigência legal na CLT, depois tem as normas regulamentadoras, e diz que a norma regulamentadora se aplica a trabalhadores regidos sob a CLT, ou seja, serviço público não era coberto. E com o decreto não, veio a instrução normativa, que dizia que aquilo que não estivesse ali previsto, era para ser remetido à legislação vigente. Então esse foi o gancho para a gente ter algum poder e começar a fazer realmente alguma coisa. (entrevistado 5)

Observa-se, então, uma percepção de que a PASS é uma garantia legal para fundamentar as ações que já se desenvolviam no âmbito da UFSC, respaldando-as e ao mesmo tempo, com perspectiva de ser expandida. Ainda na primeira questão, dois entrevistados localizaram um avanço a partir da PASS também na possibilidade de se mobilizar os servidores para a participação neste processo:

E essa política veio fortalecer uma visão da relação entre saúde e trabalho, de que uma instituição tem que se envolver nisso, politicamente reforçar isso, e principalmente, ter uma visão de que os atores sociais têm que estar envolvidos na solução dos problemas. (entrevistado 3)

Então talvez a principal mudança é que possibilita aos servidores fazerem um movimento de reivindicar que seja implementado, ampliado essas principais políticas. Não fica tão na instituição querer ou não querer fazer, porque agora tem uma política que traz essa discussão, com decreto. (entrevistado 4)

Com relação à segunda pergunta, sobre a saúde dos servidores estar ou não mais assegurada a partir da PASS, há uma percepção de que a política, por si só, não assegura a saúde dos servidores. Também apareceu, de forma unânime nas falas que, proporcionalmente, os demais órgãos partícipes (não a UFSC) têm um avanço maior, à medida que não contavam com o aporte técnico que passa a atendê-los desde o SIASS. E neste sentido, a fala de um entrevistado pontua que, ao se expandir o público-alvo sem uma expansão da equipe em paralelo, a UFSC, que contava até então com toda a estrutura à sua disposição, sofreu um recuo na atenção que era voltada somente aos seus servidores. Surge ainda a questão do SIASS ser uma forma recente de organização do DAS, o que não permite uma análise que compare o período anterior ao SIASS com o atual. O entrevistado 1 expressou ainda o limite da possibilidade de se intervir sobre os problemas de saúde dos servidores:

Não te digo assegurada, porque a gente às vezes não tem tanto recurso, mas está mais vigiada, pelo menos a gente sabe mais, tenta pelo menos procurar, agora o problema é oferecer uma solução. A gente está fazendo levantamento de todos os órgãos, de posto de trabalho, mas o que a gente faz, não tem uma verba para agir, a gente detecta o problema, mas o problema é depois, mas eu acho que pelo menos a gente sabe mais.

No que tange à relação entre o processo saúde-doença e as condições de trabalho do servidor docente da UFSC, identifica-se um distanciamento da categoria docente e das suas demandas de saúde e segurança do trabalho. Dois entrevistados referiram que a partir das modificações nos procedimentos de perícia, o professor da UFSC passou a ser efetivamente acompanhado pelo DAS, fato que não ocorria anteriormente. Os afastamentos e licenças médicas eram tratados dentro dos departamentos, e salvo os casos de licenças mais longas, os docentes não passavam por perícia médica.

Pelo fato de contar com plano de saúde desde antes do SIASS, observam, também, que os docentes tratavam suas questões de saúde no âmbito mais privado, e que raramente eram recebidas demandas em quaisquer setores feitas por docentes. Um dos entrevistados informou que não existe uma classificação de prontuários por categoria que permita também quantificar os riscos e agravos à saúde específicos desta categoria.

O foco das respostas localizou-se, majoritariamente, em descrever ações de cada setor e a sua relação com os professores, que em todos os casos, foi afirmada como bastante eventual, principalmente se comparada aos demais servidores da UFSC. Apenas dois entrevistados trouxeram a reflexão que fazem entre as condições de trabalho e o processo de saúde-doença, afirmando que esta relação é considerada. A fala inicial do entrevistado 3 sintetiza esta posição:

Acho que as condições do trabalho é uma questão fundamental na identidade das pessoas e na questão da saúde. Quer dizer: como é que esse indivíduo e este corpo estão presentes no mundo. Acho que o trabalho é um elemento fundamental nessa relação do processo saúde-doença. Isso não tem a menor dúvida.

Ainda nesta questão, o entrevistado 4 apresenta uma percepção das condições de trabalho para além das questões ambientais e de segurança. Analisa as alterações na relação de trabalho do servidor docente com o governo federal, como elemento que pode induzir ao adoecimento:

a gente tem avaliado que muitas questões de adoecimento não só na UFSC, tem levado isso também em outros órgãos participantes da unidade SIASS, muito desse adoecimento não se trata só de condições de trabalho, se o ambiente é ventilado, leva em conta essa discussão dessa sobrecarga, dessa relação de disputas, de relações com chefias, mas eu vejo que mesmo que viessem mais servidores, mudasse a mobília e de repente fosse mais ergonômica, ainda está muito vinculado à própria política de carreira, ou à

própria política de educação colocada pelo governo federal. Porque hoje se fala muito de não ter quadro de giz por causa do pó, teria que ter bebedouro para ele beber mais água, fazer um trabalho de conscientização sobre o uso da voz... são falas que aparecem no departamento. Mas eu vejo ao atender este servidor que ainda que tivesse tudo isso, ele estaria sujeito a um adoecimento não necessariamente a uma doença x ou y, mas um processo de adoecimento pela própria política de educação colocada pelo governo. Porque se ele tem que cumprir metas de pontuação, de publicação de artigos, que geram disputas no departamento, toda essa política de que ele tem que cumprir um PAD, etc, ele leva a um processo de adoecimento.

As perguntas 3 e 4 diziam respeito à relação das condições de trabalho com o processo saúde-doença, de forma mais geral a todos os trabalhadores e especificamente no caso do servidor docente.

A respeito da visão geral, de como é considerada esta relação entre condições de trabalho e processo saúde-doença, observou-se que embora todos os entrevistados confirmem considerar esta relação (afinal de contas, este é o seu trabalho), não existe uma posição unificada sobre de que forma se dá esta relação, ou um referencial teórico mais claro a partir do qual cada técnico executa as ações que lhe cabem. Se entre cinco gestores já aparecem diferentes concepções da relação entre saúde-doença e condições de trabalho, pode-se presumir que no quadro total de técnicos que constrói o SIASS, encontrar-se-ia ainda maior diversidade de posições a respeito. O entrevistado 4 mencionou este descompasso quando responde a esta pergunta:

Como somos um departamento grande com vários profissionais, uma argumentação que sempre parte desta divisão é que se tenha esses cursos de capacitação que a nossa discussão saúde-trabalho fique mais homogênea, mais redonda. (...) Então, às vezes, há diferenças. Mesmo que todos trabalhem nesse enfoque, levem em conta as condições, acredito que em termos de departamento ainda não há uma concepção de saúde e trabalho assim tão redondinha, né? Porque tu sabes que dá diferença, numa discussão de saúde do trabalhador, ou uma discussão de saúde ocupacional, ou de medicina do trabalho, ou de perícia como algo mais fiscalizador ou dentro de uma outra proposta...há diferenças até daí de ação.

Nesta fala em específico, o entrevistado demonstra conhecer as diferenças entre medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador²², e ao constatar as diferentes posições que existem no DAS, identifica um potencial problema na forma de conduzir as ações do SIASS a partir desta concepção. As demais respostas dos entrevistados iniciam todas com a afirmativa (sim, eles identificam a relação), e seguem na especificação do que consideram ser esta relação. O entrevistado 1, afirma ser o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho a maior queixa dos servidores que atende e causa de

²² Sobre a diferença entre medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador, ver nota 8.

adoecimento. Para o entrevistado 2, esta é uma relação presente em todas as ações de prevenção e periciais, e que o fato de a UFSC sempre ter tido a equipe multiprofissional a serviço das ações de saúde, mesmo antes do SIASS, expressa que essa preocupação sempre existiu. Para o entrevistado 5, esta relação culmina em um movimento de buscar as áreas competentes, movimento este que acontece dentro de uma situação de limite:

Tinha uma relação de quanto piores as condições de trabalho, mais reclamações chegavam no nosso serviço. O pessoal se remetia a nós quase que numa situação de pedir socorro, de 'olhem para nós'. Porque já fui até o chefe de departamento, já fui em todas as instâncias, e nada foi feito. Então, às vezes, acontecia isso: quando chegava num ponto extremo é que o pessoal procurava a gente.

É evidente que a entrevista é um fragmento das posições e análises que são construídas no trabalho realizado pelos técnicos, porém, o fato de as respostas se remeterem quase que totalmente ao cotidiano do trabalho de cada divisão, sem uma leitura crítica de como se dá o trabalho ali realizado, aponta a probabilidade de que, no decorrer da realização das ações, tampouco se possa construir esta práxis.

A quinta pergunta referia-se à participação do público-alvo em todas as etapas do SIASS, se esta participação existe, como se dá, quais são os espaços constituídos para isto. A este respeito, os cinco entrevistados mencionaram o Programa Direito à Informação, desenvolvido pela Divisão de Serviço Social. No portal SIASS/UFSC, a descrição deste projeto é “desenvolver ações de socialização do SIASS numa perspectiva de garantia do direito à informação para os servidores públicos federais”²³.

Dos cinco entrevistados, dois avançaram no entendimento da participação do público-alvo como um elemento que deve necessariamente acontecer no cotidiano do SIASS, entendendo os servidores também como sujeitos deste processo. Neste sentido, têm uma compreensão ampliada do que seria a participação dos servidores, para além do acesso aos serviços e à possibilidade de comunicar riscos ou agravos à saúde. Na fala abaixo, o entrevistado 4 faz referência a este modelo de participação:

A discussão do SIASS sempre ficou muito dentro da própria equipe técnica, dos profissionais do DAS. Se leva ao conhecimento do servidor, mas não no intuito de discutir. (...) No tempo da implementação ficaram os documentos para consulta pública, mas quem ia consultar se não soubesse que o documento estava lá para ser consultado? E veio a consulta mais para a equipe técnica. E sempre é dito que é tudo muito democrático, mas olhando bem para ver se é mesmo, você se põe alguns questionamentos, se é mesmo tão aberto.

Uma das iniciativas propostas a partir da PASS foi a criação de Comissões Internas de Saúde do Servidor Público Federal (CISSP),

²³ Fonte <http://das.segesp.ufsc.br/projetos-realizados/> Último acesso em 31/05/2013.

organizações por local de trabalho que participariam das avaliações de ambientes e processos de trabalho, proporiam medidas de prevenção ou correção a potenciais riscos, atuariam junto à equipe no planejamento de suas ações, dentre outras atribuições semelhantes à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). No entanto, nenhuma CISSP foi ainda constituída na UFSC, segundo a fala dos entrevistados, por falta de orientação a nível nacional de como operacionalizar a sua criação.

Tem uma questão que é o próprio MPOG não emitir a portaria que eles tinham feito a minuta, divulgado, sobre a criação de uma CISSP, quais seriam as regras gerais, de atuação da CISSP... isso não foi publicado pelo planejamento, então de certa forma, a nível central, teve um certo recuo nessa proposta. (entrevistado 3)

Assim, as ações são planejadas e executadas com discussão essencialmente ocorrida entre a equipe técnica, sem a participação dos servidores. A este respeito, três entrevistados mencionaram que não percebem interesse dos servidores em conhecer o SIASS, fato que verificaram nas oportunidades de divulgação que foram oferecidas:

O problema é que quando a gente vai nos lugares, não tem ninguém, teve uma vez que a gente foi que tinha muito mais gente nossa, da equipe, do que gente do lugar. (...) A gente estava tentando fazer até em nível de capacitação. Aí quando faz isso enche. Mas quando a gente vai nos centros aqui na UFSC, quando vai falar, não vai ninguém quase. (entrevistado 1).

Por mais que se movimente, a participação é pequena. Nota-se o servidor, talvez até descrente com algumas coisas, em relação ao que vem do governo, aí troca o governo e muda tudo, uma coisa desse tipo. (entrevistado 2)

Quando da implementação, surgiu este questionamento por parte da equipe: como trazer esse público? Como participar? Porque um dos eixos do SIASS é a promoção, que não pode ser imposta. Porque promoção não é lá medir pressão, promoção é algo muito maior. A proposta do CISSP nesse caso daria conta de uma construção coletiva, com participação, e não de programas construídos verticalmente. Mas concretamente, o que usamos então como estratégia foi este projeto 'o direito à informação' que minimamente coloca os servidores a par de tudo isso, meio que dizendo assim: reivindique. Porque no início ficávamos muito assim, muitos de nós querendo discutir que os servidores tinham que participar, mas então buscamos um outro movimento de levar até eles, e agora já tem servidores de alguns órgãos participantes que estão num processo bem mais intenso de estar discutindo o que queremos como promoção, por onde queremos começar. (entrevistado 4)

Assim, alia-se a falta de normatização via Ministério do Planejamento para a constituição destes espaços coletivos, com a

percepção de alguns dos gestores de que esta temática não desperta o interesse dos servidores. Foi mencionada por três dos cinco entrevistados a tentativa embrionária de constituição de uma organização por local de trabalho no campus de Curitibaanos, mas ainda sem o respaldo legal da PASS.

Ainda sobre o aspecto da participação, dois entrevistados colocaram a dificuldade que a equipe técnica enfrenta ao pensar no avanço deste processo participativo, com o aporte dos servidores:

Mas o problema é que é uma coisa também complexa para administrar, porque enfim, o resultado destas organizações por local de trabalho vão cair na segurança do trabalho, na saúde ocupacional, no serviço social, etc. e nós precisamos estar, digamos assim, muito bem calçados para dar as respostas, né? Porque como eu te disse, a gente ainda trabalha com prioridade. (entrevistado 2)

Observa-se, neste sentido, uma preocupação em dividir com o trabalhador, em primeiro lugar a definição das prioridades, que até então vem sendo assumida exclusivamente pelos técnicos do DAS. A fala do entrevistado 3 aponta para um provável distanciamento entre os técnicos e o público-alvo:

E a gente da área da saúde, por exemplo, acho que é uma coisa da nossa de-formação profissional, a visão do 'eu sei o que é bom pra você', 'eu sei o que você precisa', 'você precisa fazer isso, aquilo...', e você não está ouvindo e fazendo um planejamento junto com a pessoa. Você propõe, quer que ele aceite e siga, e muitas vezes sente como se a sua autoridade estivesse questionada se não for feito da forma como você propôs. (...) Então essa postura do técnico, engenheiro, que se sente autoridade, que tem conhecimento, ele se sente real, e é uma autoridade real, do conhecimento, inclusive legalmente, da competência legal, de identificar os problemas e propor soluções.

Na sexta e última pergunta foi questionado quais são, concretamente, os programas atualmente ativos, se existe algum específico para a categoria docente e como a questão das condições de trabalho é inserida na formulação e execução. Todos os entrevistados colocaram que não existem programas específicos para docentes, desde o período anterior ao SIASS, e que a partir do momento em que este passa a existir, com a ampliação do público-alvo e do caráter das ações e programas, não caberia mais este tipo de ação direcionada.

Dois dos entrevistados entendem este momento de implementação da PASS como um momento de ampliação da prevenção e promoção à saúde, e que não especificar nenhuma categoria profissional seria, neste sentido, um avanço, por não fragmentar o atendimento aos servidores.

Neste momento não. É quase como se fosse a política do SUS, é para todos. Então tem o projeto do serviço social junto à perícia, um projeto que está bem constituído neste momento, que está sendo feito todo um trabalho junto à saúde do

servidor, mas não é específico para o docente. Mas o docente que estiver adoecido e passar em perícia, vai ser atendido. O projeto voltado para o servidor portador de deficiência, o professor portador de deficiência vai, mas na lógica do SUS, para todos, mas não algo específico para docente. (entrevistado 4).

Para os demais entrevistados, os motivos pelos quais não se propõem ações específicas têm a ver com as novas demandas surgidas a partir do SIASS, das especificações que se tem para cumprir, da necessidade de atender aos demais órgãos e das poucas condições da equipe diante do volume de trabalho.

Também se retorna à questão de que com as novas normatizações, só agora é que as divisões passam a ter uma maior proximidade com a categoria docente e, portanto, pode-se iniciar uma reflexão sobre a realidade desta categoria. No entanto, a fala do entrevistado 3 evidencia o peso maior dado à atuação na questão pericial, após o adoecimento do professor:

Na realidade, as demandas dos docentes chegam ao nível central, mas não à gente, à gente chegam demandas muito mais individuais. Quando chega à perícia, o professor já está com problema na corda vocal, já para afastamento, e os afastamentos por depressão e por questões de saúde mental também, que costumam ser mais prolongados, essas têm sido assim as coisas que chamam mais a atenção. Mas aí essa informação vem da perícia, já vem enquanto problema consolidado.

Identificou-se, ainda em algumas falas, que os técnicos consideram o aspecto de conhecer a realidade do professor a partir da necessidade criada pelo módulo perícia como algo positivo – o contato com os docentes a partir do SIASS, bem como o uso da estrutura do SIASS pelos docentes.

[...] Tanto que você tem uma estrutura que é mais utilizada pelo técnico-administrativo e não é identificado pelos docentes como solução para as suas demandas. (entrevistado 3)

Cada vez mais o nosso serviço vem expandindo o atendimento quebrando com aquela ideia de que o atendimento era voltado aos servidores técnico-administrativos e não aos docentes. Isso aí é algo que não existe mais, hoje se atende os docentes, até porque o docente está numa licença médica prolongada, precisa de orientações sobre seus direitos, tal e qual o outro. Com o SIASS, como se tem os projetos se atende todos, não tem a ver com o SIASS, tem a ver com uma coisa cultural dentro da própria UFSC, como se fosse os docentes e os outros, tanto que se for ver no discurso da UFSC se fala 'os servidores e os docentes'. Todos são servidores, mas isso é uma coisa cultural, mas cada vez mais assim eles são atendidos pela equipe, mas dentro dos projetos como um todo e não como um projeto específico, neste momento ainda não existe. (entrevistado 4)

O entrevistado 3 traz em sua resposta a esta pergunta a reflexão sobre no que os serviços oferecidos pelo SIASS podem impactar nas condições de trabalho do docente, considerando que muitos aspectos extrapolam o limite deste serviço:

Muito das demandas dos professores em relação a stress, de desgaste, sobrecarga, não estão relacionadas necessariamente com as condições de trabalho materiais, mas tem muito mais a ver com uma questão da estruturação do processo de trabalho do docente. Então nesse seminário de saúde do trabalhador dos docentes que teve um tempo atrás, uma fala que foi generalizada era do quanto a própria estrutura de avaliação dos docentes para poder ter uma pontuação suficiente, para ele ganhar parte do seu salário, exige um nível de atuação que com muita frequência tem sido de muita sobrecarga, a pessoa tem que publicar, tem que ter não sei quantos orientandos, tem tempo para publicação, para terminar mestrado e doutorado, tem que ter pesquisa, tem que ter a pontuação da publicação... Então tem diversas coisas, e ele vai ter que dar conta da ligação com as revistas, com congressos, com verba para congresso, com a pesquisa... Então assim, o professor sozinho tem que dar conta de vários aspectos, e o quanto isso está sendo perverso do ponto de vista da saúde, da sobrecarga, e da competição entre eles dentro dos departamentos também. Porque entra a questão das pontuações, da pontuação, das pós-graduações entre si, se você privilegia, se a CAPES dá uma pontuação em que não pode todo mundo tirar 10, então fica uma ansiedade e um estresse para você qualificar a sua pesquisa, porque você vai ter mais verbas, você vai ter mais bolsa de doutorado, mestrado, então essa forma de cobrar produtividade está sendo uma coisa bem danosa do ponto de vista da saúde. E isso é uma questão que a nível local é muito mais difícil de você ajudar.

No mesmo sentido, o entrevistado 5 observa uma resistência do servidor docente em se afastar ou trazer demandas para os serviços do SIASS, em virtude da especificidade da função que exerce e o efeito que seu afastamento causa à instituição:

Mas professor pouco se afasta. Ele vai de muleta, ele vai na cama do hospital, mas ele vai trabalhar. É diferente do servidor, existe muito essa realidade, porque professor trabalha com pesquisa, tem aluno orientando, etc, e ele sair é muito complicado, quebra tudo. [...] Porque eles não se afastam, dificilmente, até porque não tem um substituto para um professor. É bem complicado, a gente até brincava, pedia para eles não caírem nem se machucarem, porque não podem ficar doentes.

As duas últimas falas transcritas são reveladoras da consciência dos entrevistados acerca da pressão por produtividade que impõe hoje um novo ritmo de trabalho aos servidores docentes. Estas mudanças são tanto de condições de trabalho (considerando o tempo necessário, como

condição de trabalho ao exercício da docência tendo por base o tripé ensino, pesquisa e extensão) quanto da relação entre o docente e os atuais mecanismos de avaliação e classificação aos quais seu trabalho está submetido.

Com efeito, o caminho que leva aos recursos é distinto da lógica acadêmica não mercantil e, para trilhá-lo, o docente tem de se ajustar aos editais e, ao mesmo tempo, incorporar um determinado modo de trabalho que pode ser mais ou menos “distante” das suas expectativas originais, mas que, certamente, exigirá uma intensificação considerável do trabalho, inclusive na pós-graduação. Entre os novos atributos valorizados, destacam-se o empreendedorismo, a gana de captar recursos custe-o-que-custar, inclusive em detrimento da capacidade crítica! Assim, “flexibilizar” as exigências e os desejos faz parte do jogo. O próprio Estado se define como um comprador de serviços. (LEHER e LOPES, 2008, p 15)

Todas estas condições não passam hoje pelo escopo da política de saúde do trabalhador (PASS) e nem é objeto de intervenção da equipe técnica do SIASS. A autonomia desta equipe está, portanto, também circunscrita às condições materiais de trabalho de cada servidor público federal. No entanto, é importante que da mesma forma que se produzem laudos, relatórios, recomendações sobre segurança, riscos ambientais, dentre outras ações do SIASS, que se produza histórico documental apontando a sobrecarga ocasionada pelas condições não-materiais de trabalho. Verificar e registrar esta percepção o impacto que estas condições causam na saúde dos servidores docentes é, neste sentido, parte das atribuições desta equipe.

Da sistematização geral das falas, podem-se depreender algumas questões importantes. A primeira é a constatação por todos os gestores de que o atual corpo técnico da unidade SIASS/UFSC é insuficiente para atender com qualidade o conjunto dos servidores de todos os órgãos partícipes. Existe uma preocupação generalizada com o aumento das demandas reportadas a cada divisão com a instituição do SIASS. Se por um lado os técnicos já tinham experiência na atuação multiprofissional conforme preconiza a PASS, por outro, o aumento do público-alvo impõe uma reorganização do trabalho de todas as divisões.

Em segundo lugar, chama a atenção o fato de que com a ampliação do público-alvo destas equipes, por um lado se tem um atendimento superior a diversos órgãos até então quase desassistidos. Porém, por outro lado, esta expansão pode significar que questões específicas de determinados ambientes e processos de trabalho fiquem diluídos nas ações e programas atualmente oferecidos, impedindo uma atuação mais efetiva sobre as realidades encontradas. (neste caso, nenhuma das categorias profissionais é alvo de qualquer ação específica) No que diz respeito à atenção ao professor, não existem ações específicas voltadas para este público, assim como não existe para nenhuma outra categoria profissional. Não fica claro se isto ocorre por falta de condições de atuar especificamente, ou se por opção técnica de não se fragmentar as ações, uma vez que surgiram diferentes posições a este respeito.

O fato de não se ter até então uma base de dados que possa filtrar os índices de afastamento por local de trabalho (dentro da própria UFSC), bem como pela função desempenhada daquele que se afasta, é um problema do ponto de vista do que se pretende com o SIASS (traçar perfis epidemiológicos visando a prevenção e promoção de saúde),

tanto quanto do ponto de vista da epidemiologia social e saúde do trabalhador. Até agora, tem-se somente um registro muito mais detalhado da história de **doença** (das licenças médicas) de cada servidor individualmente, o que está longe de contribuir para a superação da concepção biomédica de saúde e saúde do trabalhador.

Além disso, cabe o questionamento a respeito do que levou à decisão por generalizar completamente as ações e programas desenvolvidos na unidade SIASS/UFSC, ou seja, a ausência de ações e programas direcionados a determinados processos e ambientes de trabalho. Por suposto, não há uma equipe que comporte hoje as necessidades de todo o público-alvo, e planejar as atividades de maneira a atingir todos os órgãos é uma tática que cabe diante das condições desta equipe. Porém, para além da limitação de recursos humanos para desenvolver o trabalho, questiona-se: é ou não é importante que a partir dos registros de acidentes e afastamentos do trabalho, aliados à percepção das áreas quanto às condições ambientais de cada local e processo de trabalho sejam pensadas ações direcionadas a determinadas categorias profissionais? Existem ou não existem profissões cuja especificidade apontem para prováveis riscos? Existem formas de se atuar preventivamente sobre estes riscos específicos? Não é feito desta forma por falta de condições ou por entender que esta não é a opção do quadro técnico desta unidade SIASS? Conforme Laurell (1982, p.7),

Para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade. Existindo uma articulação entre o processo social e o processo de saúde e doença, este deve assumir características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes.

No caso do servidor docente, a despeito da falta de informações específicas sobre os números e motivos de afastamentos, existe a forte probabilidade, apontada tanto nas falas dos entrevistados quanto em publicações científicas de que existe uma relação estreita entre o adoecimento e as condições às quais são submetidos. Leite, Moura, Figueiredo e Sol (2008), baseados em Assunção (2003),

No espaço da produção do ensino, ao professor não são garantidas as condições que lhe permitam atingir os objetivos que orientam as reformas educacionais recentes, as metas de produtividade e os planos pedagógicos, o que faz com que ele se veja às voltas com exigências para as quais só lhe resta contar com seu corpo, tornando-se o único meio de ajuste das necessidades impostas pelo sistema ao seu processo de trabalho. Tais esforços individuais para compensar a inadequação das metas educacionais às condições de trabalho são tomados, pela autora, como fatores explicativos das queixas de cansaço dos distúrbios psíquicos menores e dos índices de afastamento do trabalho por transtornos mentais, frequentemente, presentes em diferentes pesquisas sobre a saúde dos professores. Isso faz com que se elevem os índices de afastamento do trabalho entre os docentes.

Trein e Rodrigues (2011), ao descreverem a pesquisa também como passível de ser fetichizada, indicam também alguns dos limites institucionais impostos hoje para o exercício da docência:

As pressões por maior produtividade, a concorrência por mais verbas, a diminuição dos tempos para maturação dos resultados deixam, de ser uma decisão que afeta cada indivíduo em particular, com liberdade de ação, para constituir-se em mecanismos de constrangimento coletivo por meio de instrumentos aparentemente objetivos e neutros, como são os instrumentos de avaliação e ranqueamento. (TREIN e RODRIGUES, 2011, p. 783)

Evidentemente, esta distorção do que é (e a que serve) o ensino, a pesquisa e os projetos de extensão causam diversas consequências a todos que vivem ao redor da Universidade. Ao servidor docente, especificamente, representa uma intensificação do ritmo de trabalho, que altera tanto o seu estado de saúde, quanto o resultado de seu trabalho. Para Leher e Lopes (2008, p. 20-21),

O trabalho intelectual é contraditório com a lógica do capital. O seu tempo não pode ser enquadrado no tempo do processo de trabalho capitalista. O tempo da criação intelectual transborda o processo do capital tal como este se efetiva nas unidades industriais, agrícolas, comerciais e de serviços.

Um terceiro elemento que chama a atenção é a centralidade, ainda atual, no módulo perícia, tendo sido o único completamente formatado e detalhado desde o início do SIASS, sem as demais contrapartidas de prevenção e promoção – a exemplo do módulo promoção, que não traz nenhuma especificação sobre como elaborar as ações e programas. Se por um lado isto não engessa em orientações específicas as ações, por outro, simplesmente não se tem nenhuma contribuição que possa servir de subsídio às discussões locais. Por outro lado, a não oficialização pelo MPOG das CISSP também é trazida como justificativa pelos entrevistados para que ainda não exista nenhuma iniciativa neste sentido. Ao mesmo tempo em que o MPOG não se pronuncia, passam-se quase três anos de SIASS sem a participação do servidor em qualquer etapa do processo, sendo apenas o usuário que recebe a política pensada exclusivamente pelo corpo técnico.

Por fim, a centralidade no módulo perícia hierarquizada desde o MPOG se reflete também em âmbito local. Os demais eixos (promoção, vigilância e assistência) ficam no âmbito da responsabilidade dos técnicos da unidade SIASS/UFSC elaborar e implementar ações e programas. Não há nenhum direcionamento desde o MPOG a este respeito. O manual da perícia, pelo contrário, vem com 332 páginas de especificações. É certo que dedica-se uma parte significativa deste manual a especificações técnicas que obedecem a outras normatizações, porém, ainda assim, os documentos lançados até aqui aparentam uma hierarquização da perícia em relação aos demais eixos da política.

Além desta questão, se problematiza a centralidade da perícia também no horizonte dos objetivos da política. Até o presente momento, as informações obtidas via perícia podem até gerar discussões entre a equipe do SIASS sobre determinado ambiente de

trabalho, fazendo com que aqueles setores, cujo número de afastados chame atenção, receba atendimento das demais áreas. Porém, até então, tratam-se de respostas dadas a problemas já existentes, uma vez que se submete à perícia o servidor já adoecido.

Hoje, o histórico de doenças e afastamentos do servidor está devidamente armazenado no banco de dados do SIASS, porém ainda não ocorrem sistematizações que auxiliem a traçar o perfil epidemiológico do ponto de vista coletivo. A perícia por si só, sem a perspectiva de se traçar um perfil epidemiológico que possa cruzar informações sobre locais e processos de trabalho, índices de afastamentos, acidentes e comunicações de risco, com o apoio das representações nos locais de trabalho, da participação dos servidores nas decisões relativas às ações, serve a que objetivo? Ter um histórico individual de saúde dos servidores, sem as demais ações, resume-se ao controle do trabalhador.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do trabalhador por ser ao mesmo tempo um direito universal e dever do Estado, é disputada nos seus aspectos políticos e operacionais por classes antagônicas. Embora as entidades estatais e patronais tenham de aplicar a política de saúde do trabalhador, também detêm a possibilidade de formulação e regulação da mesma. E nestas dimensões podem ocorrer distorções que restrinjam o potencial de proteção, promoção e recuperação da saúde do trabalhador.

Nesse sentido, discutir a saúde do trabalhador passa por discutir o seu trabalho e a relação com o trabalho, porém superando uma relação automática, simplificada. O potencial de mobilização da discussão sobre a saúde do trabalhador encontra-se no fato de que não há como discutir saúde sem vincular à discussão do trabalho (principalmente, das condições de trabalho). A saúde do trabalhador considera, portanto, o trabalho como organizador da vida social, espaço de submissão e de dominação, mas ao mesmo tempo, espaço de resistência. Reflete-se que tipo de trabalho é este que se tem; quem se beneficia do seu produto, de seu modo de produzir.

Qualquer proposição que se limite à recuperação da saúde em caso de acidente ou dano, ou que observe somente os aspectos biomédicos da saúde é insuficiente. Para além do conteúdo da política e de suas proposições, o limite de qualquer programa de saúde do trabalhador não é simplesmente a política, mas o trabalho na forma capitalista e os seus desdobramentos na vida do trabalhador.

Contudo, ainda que limitadas pelas pressões com as quais o Estado lida ao mediar o conflito entre as classes, as políticas sociais expressam também conquistas, e encerram em suas próprias contradições o potencial de mobilização, uma vez que pode cumprir o papel de unificar a classe em torno da defesa de determinados direitos. A luta por melhores condições de vida e de trabalho, neste sentido, tem a saúde como elemento constitutivo (Abramides, 2003).

Não por acaso, a PASS traz como um de seus pilares a formalização do plano de saúde suplementar, oficializando o repasse de recurso público ao setor privado, que cumpre assim (a uma parcela restrita da população) a atribuição do Estado, de promover serviço de saúde gratuito e universal a qualquer pessoa²⁴. O Estado, ao mesmo tempo em que ameniza eventuais conflitos com os servidores (na medida em que embora não proteja ou promova sua saúde, fornece tratamento quando necessita), aprofunda sua boa relação com as empresas privadas.

Os servidores públicos federais assistem hoje, bem como a classe trabalhadora em seu conjunto - a classe que vive do trabalho (Antunes, 2003), não só aos ataques aos seus direitos sociais e trabalhistas, mas também a uma intensificação do ritmo de trabalho, que interfere no seu estado de saúde. O governo federal (neste caso enquanto o contratante da força de trabalho), por mais que possa reconhecer nas condições de trabalho a causa original de doenças e acidentes que culminam em afastamentos (os quais querem evitar ao máximo), mantém o ritmo e as condições de trabalho exatamente como estão, administrando (equilibrando) os afastamentos com atendimentos e tratamentos clínicos, reduzindo o problema de saúde do servidor a um mal-estar físico e pontual para o qual existe solução rápida. Ao priorizar

²⁴ Atualmente, a UFSC tem contrato com a empresa Unimed, vencedora de licitação para prestar assistência à saúde aos servidores e seus dependentes legais.

a concepção biomédica de saúde, além de se isentar de investir em reais políticas de prevenção e promoção, consegue inculir nos próprios trabalhadores a noção de que o seu estado de saúde, quando prejudicado, é fruto de casualidades.

O trabalhador docente neste contexto fica também premido entre as políticas educacionais impostas desde o Ministério da Educação (alinhadas com organismos internacionais) e a insuficiência de políticas de saúde como a PASS.

Seja em sala de aula, seja nas orientações de monografias e trabalhos de pós-graduação, a ideia da expansão do ensino superior defendida pelos organismos internacionais e fielmente reproduzidas pelo Estado brasileiro prioriza o aumento de quantidades (de vagas oferecidas, de publicações, de cursos abertos) que ficam muito bem nos indicadores destes órgãos.

Embora não seja objeto específico desta pesquisa, a pressão por produtividade que vem se intensificando no cotidiano dos professores universitários, não pode ser ignorada. Afinal, esta pressão incide diretamente sobre o tempo (de trabalho e de descanso), e o tempo é uma condição de trabalho. Esta falta de condições de trabalho (incluindo o tempo), que afeta a Universidade pública e seu caráter, afeta a saúde de seus servidores docentes. Neste sentido, a defesa de condições materiais e institucionais para o exercício da atividade docente é parte estratégica da resistência à ofensiva privada-mercantil (LEHER e LOPES, 2008).

A PASS é bastante deficiente de proposições de encaminhamentos tanto do ponto de vista político quanto operacional. É, enquanto política, extremamente deficiente nas proposições de prevenção (na concepção de saúde como processo biopsicossocial, que o texto chega a citar) e totalmente insuficiente no campo da promoção, para a qual não existe nenhuma formulação do que se vai fazer.

Existe uma disparidade impressionante na atenção que se dá à necessidade de controlar e ter a real dimensão das perícias médicas e afastamentos dos servidores, para a qual já existem medidas concretas devidamente explicitadas, enquanto que os demais eixos ficam por conta da priorização de cada unidade SIASS. A contratação de empresa privada para fornecer a assistência à saúde aos trabalhadores da UFSC também se deu com celeridade, o que também indica o foco em ações curativas, a medicalização dos problemas. O peso que se dá para cada aspecto da política de saúde do trabalhador desde a legislação expressam também um posicionamento político e de classe, que prejudica a classe trabalhadora.

A falta de conhecimento acerca do perfil epidemiológico organizado por setores, profissões, locais de trabalho, dentre outras questões que poderiam subsidiar ações mais diretas também é problemática. Embora existam riscos em todos os ambientes e processos de trabalho (em maior e menor medida), e o adoecimento aconteça também devido à história particular de cada trabalhador, isto não isenta os responsáveis pela PASS de conhecer com mais profundidade estas especificidades. E quiçá, a partir do que se observa, desenvolver programas e ações com focos específicos para esta realidade.

Existe, na UFSC, um contexto de urgência por parte da equipe em atender o melhor possível todas as demandas, ampliar o acesso aos serviços desenvolvidos pelo SIASS aos demais órgãos partícipes, adequando os seus recursos a esta nova realidade. Existe desde o SIASS também a novidade de se prestar contas ao CGASS sobre as ações que são desenvolvidas pela unidade. E existe, por fim, um silêncio (no sentido de normatizações oficiais) por parte desta gestão mais central no que diz respeito à operacionalização dos eixos da PASS, o que gera

insegurança nos profissionais da unidade em assumir determinados projetos como seus, sem respaldo do governo federal.

A participação e controle social por parte dos usuários do SIASS é uma possibilidade de ampliação do fortalecimento dos servidores públicos federais na busca por melhores condições de trabalho, desde que tenham a equipe técnica também como aliada. O conhecimento que pode ser sistematizado a partir da unidade SIASS é importantíssimo para todos os trabalhadores, tanto para formular políticas de prevenção e promoção mais adequadas à realidade, quanto para a organização dos trabalhadores e suas reivindicações.

Evidentemente, uma política de atenção à saúde do servidor, por mais que fortalecesse os eixos de prevenção e promoção, observasse com rigor as normas de segurança nos ambientes e processos de trabalho, fornecesse condições ergonômicas e demais equipamentos de prevenção necessários às funções, construísse propostas de programas com a participação ativa dos servidores, ainda se trataria de uma política de saúde do trabalhador inserida numa sociedade de classes. E dentro deste limite, não poderia avançar na superação do trabalho explorado, cujas condições são determinadas pelas necessidades do capital, com o apoio do Estado.

A despeito de suas enormes limitações, os servidores públicos federais necessitam de política de atenção à saúde; necessitam se apropriar dela, disputá-la, torná-la um instrumento de mobilização que seja capaz de incidir sobre as contradições e lacunas que a política apresenta. Além disso, qualquer alteração na qualidade de vida dos trabalhadores, que protejam sua saúde, deve ser de seu interesse – entendendo o limite desta política, não se pode ignorar a necessidade concreta de se intervir sobre o processo saúde-doença.

Neste sentido, é importante que os servidores conheçam e se apropriem da normatização à saúde do trabalhador desenvolvidas pelo MPOG e aqui implementadas na unidade SIASS/UFSC. Existe, no âmbito desta política, um espaço em que é possível traçar maneiras de intervir e fortalecer a organização dos trabalhadores através da demanda concreta por saúde, por ações de promoção e vigilância. Na medida em que esta participação não está ‘dada’ pelas instituições – e mesmo quando é dada, é necessário cuidar para que não se caia na formalidade e assim sirva apenas para a legitimação da política, é necessário reivindicá-la. Reivindicá-la não como a ‘sua’ política de saúde, mas como algo que nos diz respeito e que pode contribuir para fortalecer e mobilizar a luta dos servidores por melhores condições de trabalho e de saúde. E como possibilidade também de ser parte do caminho que leva os trabalhadores a cumprir sua tarefa histórica, eliminando o trabalho explorado e alienado junto com o capital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo Perspec.**, v. 17, n. 1, p. 3-10, mar/2003.

ANTUNES, R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 229-237, 2003.

BIANCHETTI, L. Condições de trabalho e repercussões pessoais/profissionais dos envolvidos com a pós-graduação stricto sensu: balanço e perspectivas. **Linhas Críticas (UnB)**, v. 17, p. 439-460, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Documento de Criação do SIASS. **A política de atenção à saúde, previdência e benefícios do servidor público**. Brasília, 2009. Disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/consultaPublica/loginCidadao.xhtml>>. Acesso em: 01/06/2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal**. Brasília, 2010. Disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/consultaPublica/loginCidadao.xhtml>>. Acesso em: 01/06/2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual Operacional do Usuário Siape Saúde – Módulo Promoção à Saúde**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/consultaPublica/loginCidadao.xhtml>>. Acesso em: 05/06/2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual Operacional dos Usuários: Servidor – Módulo de Exames Médicos Periódicos**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/consultaPublica/loginCidadao.xhtml>>. Acesso em: 07/06/2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Tira-dúvidas – Legislação e procedimentos em Saúde, previdência e benefícios do servidor público federal**. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/consultaPublica/loginCidadao.xhtml>>. Acesso em: 01/06/2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Decreto nº6833** de 29 de abril de 2009.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria Normativa nº3** de 30 de julho de 2009.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria Normativa nº3** de 07 de maio de 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portal SIASS**. Disponível em: < <https://www1.siapenet.gov.br/>. Acesso em: 01/06/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.908**, de 30 de outubro de 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1823**, de 23 de agosto de 2012.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo, Ed. Unesp/Hucitec, 1991.

BRESSER-PEREIRA, L. C; SPINK, P. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez/ CEDEC, 1996.

ENGELS, Friedrich. **Do socialismo utópico ao socialismo científico**. 2ª ed. São Paulo: Editora Instituto José Luis e Rosa Sundermann, 2008.

GARCIA, A. V. **O Caráter educativo das ações em saúde: entre o biológico e o político**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação, 1997.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. saúde coletiva**, dez/2005, vol.10, no.4, p.797-807. ISSN 1413-8123

HYPOLITO, A. M. Estado gerencial, reestruturação educativa e gestão escolar. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v.27, n.1, p.63-78, jan./abr. 2008.

IYDA, M. **Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada**. Ed. Unesp, 1994.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D., (org). **Medicina social**. São Paulo, Global, 1983.

LEHER, R.; LOPES, A. Trabalho docente, carreira, autonomia universitária e mercantilização da educação. In: MANCEBO, D.; SILVA JÚNIOR, J. R.; OLIVEIRA, J. F. (Orgs.). **Reformas e Políticas: educação superior e pós-graduação no Brasil**. São Paulo: Alínea, 2008. p. 73-96.

LEITE, D. R., FIGUEIREDO, A. M., MOURA, P. R. S., SÓL, N. A. A. Trabalho Docente em Foco: Relação Entre as Condições de Trabalho e o Adoecimento dos Professores na Universidade Federal de Ouro Preto.

Revista Trabalho e Educação, Belo Horizonte, vol.17, nº3, p.61-71, set-dez. 2008.

MACHADO, A. M. N. ; BIANCHETTI, L. . (Des)feticização do produtivismo acadêmico: desafios para o trabalhador-pesquisador. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, vol. 51, núm. 3, mai-jun/2011, pp. 244-254.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1984. v.1. t.2.

MATOS, M. C. Reforma Sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. et al.(Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UFRJ, 2004, p.25-45.

MENDES, R.I.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista da Saúde Pública**. São Paulo, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

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, vol. 13, sup.2, 1997.

MINAYO, M. C. (org.). **Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo (SP); Hucitec, 2008.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, p. 273-303, 2006.

MONTAÑO, C.; DURIGETTO, M.L. **Estado, Classe e Movimento Social**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2010, 384 p.

MORAES, M.C.M. A teoria tem consequências: Indagações sobre o conhecimento no campo da educação. **Revista Educação e Sociedade**. v.30, n 107, Campinas - maio/agosto 2009.

MORENO, N. **O partido e a revolução. Teoria, programa e política. Polêmica com Mandel**. Traduzido por Cecília Toledo. 2ª edição. São Paulo: Editora Sundermann, 2007.

MOTA, A. E. et. al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional (org)**. 2ª ed. Revista, ampliada e atualizada. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. **CFESS-ABEPSS-CEAD-UNB**, Brasília: Módulo 01, 1999, p. 93-108.

NOVACK, G. **Introdução à lógica marxista**. Traduzido por Anderson R. Félix. São Paulo: Editora Instituto José Luis e Rosa Sundermann, 2005.

Nunes, E. D., (org). **Juan César Garcia**: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo, Cortez, 1989.

PARANÁ, D. O papel da história oral. In: **Lula, o filho do Brasil**. 3. Ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2008.

STOTZ, E. N. & CRUZ NETO, O. Processo de trabalho e saúde: o caso dos trabalhadores em curtume, In: Costa, N. R. et al. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1989.

TREIN, E., RODRIGUES, J. O mal-estar na academia: produtivismo científico, o fetichismo do conhecimento-mercadoria. **Rev. Bras. Educ.**, Dez 2011, vol.16, no.48, p.769-792. ISSN 1413-2478

TUMOLO, P. S., Trabalho, vida social e capital na virada do milênio: apontamentos de interpretação. **Educação e sociedade**, Campinas – SP, v. 24, n. 82, p. 159-178, 2003.

VASCONCELLOS, L.C.F. e OLIVEIRA, M.H.B. As Políticas Públicas Brasileiras de Saúde do Trabalhador: Tempos de Avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.55, p. 92-103, 2000.

VASCONCELOS, E. M. Políticas sociais no capitalismo periférico. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Ano X, n.º 29, p. 67-104, abril de 1989.

APÉNDICES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**A política de saúde do docente da UFSC e sua relação com as condições de trabalho**”, sob a responsabilidade de Thais Ciara Jasper Moreira, que irá investigar como a temática das condições de trabalho é tratada na política de saúde do trabalhador da UFSC, em especial, relacionada aos docentes. Este estudo se justifica pela busca da correlação entre os eventuais problemas de saúde dos servidores docentes na UFSC e as condições de trabalho de que dispõem. A política gerida pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) é parte fundamental desta investigação, por tratar diretamente das questões relacionadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde dos servidores.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você participará de uma entrevista com algumas questões previamente elaboradas, em data e local da sua escolha. Esta entrevista será gravada e posteriormente transcrita, para facilitar a sistematização das informações necessárias ao desenvolvimento da pesquisa, sendo utilizadas as gravações tão-somente para este fim.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O procedimento utilizado – a entrevista - poderá trazer algum desconforto decorrente das perguntas formuladas: ao questionar a implementação da política estudada, pode ser interpretado também como um questionamento aos seus gestores e executores, embora o objetivo absolutamente não seja este. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pelo esclarecimento dos objetivos e intenção de contribuição do estudo com as avaliações desta primeira fase da implementação da política, e não como julgamento das características individuais de cada gestor.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de fornecer uma análise científica acerca dos primeiros anos de implementação do mesmo, que os permita refletir a partir dos dados qualitativos levantados. A partir desta contribuição, pode-se também planejar os próximos passos da implementação e gestão da política, impactando tanto os usuários desta (os servidores públicos federais) e os seus gestores e executores mais diretos.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por documentos e notícias disponibilizadas pelo próprio Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde da UFSC serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e dados pessoais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum das fitas gravadas nem quando os resultados forem apresentados. Todos os registros da entrevista (fitas e transcrições) serão armazenados pelo pesquisador responsáveis em seus arquivos pessoais na sua residência, fora do alcance de outras pessoas.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Thais Ciara Jasper Moreira
Endereço: Rua Dorval da Silva, 180 apto 304 – Floresta – São José/SC
Telefone para contato: (47)9994-6229
Horário de atendimento: 8h às 21h

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Campus Trindade

CEP 88040-900 Caixa Postal 476
(48) 3721-9206

6. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

O **sujeito de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – assinando na última página do referido Termo.

O **pesquisador responsável** deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – assinando na última página do referido Termo.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do

TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

1. Quais as principais mudanças que você identifica entre a política de saúde anterior e a PASS?
2. Na sua avaliação, a saúde dos servidores está mais assegurada a partir da PASS? Por quê?
3. Em que medida a relação entre as condições de trabalho e o processo de saúde-doença é considerada como determinante para a garantia do estado de saúde do professor da UFSC?
4. Você identifica uma relação entre as condições de trabalho e as demandas de saúde do trabalhador na sua seção/divisão? Se sim, qual é esta relação?
5. Como se dá a participação do público-alvo da PASS (os servidores) com a sua formulação, implementação e avaliação? Existem espaços constituídos que propiciem esta participação?
6. Quais são os programas voltados para a saúde do trabalhador da UFSC? Existe algum voltado especificamente para os docentes? Até onde esses programas tomam as condições de trabalho como balizador?

ANEXOS

ORGANOGRAMA - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE (DAS)