



Rafaela Gonçalves Dias da Silva

**A Política de Saúde do Trabalhador em debate:
elementos históricos e contraditórios no contexto da
Administração Pública Federal**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social da PUC-Rio como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Márcia Regina Botão Gomes

Rio de Janeiro
Abril de 2020



Rafaela Gonçalves Dias da Silva

**A Política de Saúde do Trabalhador em debate:
elementos históricos e contraditórios no contexto da
Administração Pública Federal**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora Abaixo.

Prof.^a Márcia Regina Botão Gomes

Orientadora

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Prof.^a Ariane Rego de Paiva

Departamento de Serviço Social - PUC-Rio

Prof^o. Maurílio Castro de Matos

UERJ

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2020

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Rafaela Gonçalves Dias da Silva

Graduou-se em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ em 2014. Especialista em Políticas Sociais pela Unigranrio em 2017. Atualmente é assistente social de uma instituição federal de ensino no Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social na área da saúde do trabalhador.

Ficha Catalográfica

Silva, Rafaela Gonçalves Dias da

A Política de Saúde do Trabalhador em debate : elementos históricos e contraditórios no contexto da administração pública federal / Rafaela Gonçalves Dias da Silva ; orientadora: Márcia Regina Botão Gomes. – 2020.

147 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2020.

Inclui bibliografia

1. Serviço Social - Teses. 2. Saúde do trabalhador. 3. SIASS. 4. Administração pública federal. 5. Política de Atenção à Saúde do Trabalhador Público Federal. 6. PASS. I. Gomes, Márcia Regina Botão. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

Agradecimentos

Não poderia chegar ao final desta etapa sem agradecer as pessoas que me encorajaram e que se fizeram presentes durante o meu percurso nessa caminhada. Os dois anos de mestrado, além de representar um período de grande aprendizagem, também se constituiu como um momento de formação de novas amizades e estreitamento de laços e afetos já existentes.

Assim, começo por agradecer a minha família e, de forma especial, aos meus pais, os grandes responsáveis pela concretização desse ciclo devido ao apoio e ao incentivo a mim dedicados ao longo de toda a minha trajetória acadêmica.

Agradeço também aos amigos que, desde a notícia da aprovação no mestrado, torceram e estimularam essa jornada, principalmente nos momentos em que mais precisei das suas escutas. Tenham a certeza de que foram essenciais para a continuação da realização dessa dissertação.

Agradeço, de igual maneira, aos profissionais que fazem parte da minha vida laborativa, particularmente, a aqueles em que o vínculo de trabalho não bastou e se espalhou para a vida pessoal, tornando-se amigos queridos e dedicados.

Por fim, meu agradecimento a todo o corpo de profissionais do departamento de Serviço Social da PUC Rio, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pela oferta da bolsa de estudos que possibilitou

a realização desse trabalho e, especialmente, a minha orientadora Márcia Botão pelo apoio, disponibilidade e aprendizado.

Muito obrigada.

Resumo

Silva, Rafaela Gonçalves Dias da; Gomes, Márcia Regina Botão (orientadora). A Política de Saúde do Trabalhador em debate: elementos históricos e contraditórios no contexto da Administração Pública Federal. Rio de Janeiro, 2020. 147 p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A presente dissertação traz como tema central o processo de implantação do principal serviço de atenção à saúde voltado para os servidores da administração pública federal, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), tendo como referência o paradigma da Saúde do Trabalhador. O estudo se voltou para o processo de implantação de uma unidade do SIASS em uma instituição federal de ensino localizada no Rio de Janeiro, procurando cotejá-lo com a análise das legislações que estruturam o SIASS e a Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS). Como forma de subsidiar esta análise também foram utilizados dados coletados do Sistema de Informações de Saúde e Segurança do portal do SIASS, pertencente ao Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SIAPE), da unidade da instituição pesquisada no período que contempla os anos de 2016 a 2019, com o devido preenchimento do Termo de Solicitação de Relatórios de Pesquisas Gerenciais do SIAPE-Saúde. As principais reflexões obtidas mostram que há desigualdades no que se refere à efetivação de ações que devem ser contempladas pelo SIASS, com grande ênfase na realização de atos periciais em detrimento dos outros dois eixos previstos no decreto de criação do SIASS: a assistência à saúde do servidor público e a promoção e vigilância à saúde dos servidores. Observou-se também dificuldades de registros de ações em saúde no sistema informacional constituindo-se ainda como um desafio para o serviço público federal a elaboração de um boletim epidemiológico, de âmbito nacional, que contemple as informações referentes à saúde dos servidores públicos federais.

Palavras-chave

Saúde do Trabalhador; SIASS; administração pública federal; Política de Atenção à Saúde do Trabalhador Público Federal; PASS.

Abstract

Silva, Rafaela Gonçalves Dias da; Gomes, Márcia Regina Botão (Advisor).
The Worker Health Policy under discussion: historical and contradictory elements in the context of the Federal Public Administration. Rio de Janeiro, 2020. 147 p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This dissertation brings as its central theme the main health care service aimed at public servants of the federal public administration implementation process, the Civil Servant Health Care Integrated Subsystem (SIASS), having as reference the Worker's Health paradigm. The study focused on a federal educational institution inserted SIASS unit implementation process, located in Rio de Janeiro, seeking a SIASS structuring laws and the Civil Servant Health Care Policy (PASS) analysis collation. As a way of supporting this analysis, data were collected from the Health and Safety Information System of the SIASS portal, appertaining to the Personnel Administration Integrated System (SIAPE), of the institution unit studied in the period that encompasses the years from 2016 to 2019, with the due SIAPE-Health Management Research Report Request Term filling. The main reflections obtained show that there are inequalities regarding the actualization of actions that should be contemplated by SIASS, with a great emphasis on personal expertise acts over the two other axes foreseen on the SIASS creation decree: the civil servant health care and the civil servant health promotion and alertness. Difficulties in registering health actions in the information system were also noticed, still posing the elaboration of a national epidemiological bulletin, which includes information related to the health of federal civil servants, as a challenge to the federal public service.

Key words

Worker's Health; SIASS; Federal Public Administration; Health Care Policy for the Federal Civil Worker; PASS.

Sumário

1. Introdução	18
2. Trabalho, transformações capitalistas a partir da crise de 1970 e consequências para os trabalhadores brasileiros	26
2.1. Transformações na organização do trabalho e incidências na classe trabalhadora no mundo	26
2.2 O caso brasileiro: particularidades do desenvolvimento capitalista	31
2.3. O neoliberalismo no Brasil: seus impactos na administração pública federal e seus rebatimentos na saúde dos trabalhadores	33
3. Saúde do Trabalhador: paradigmas, políticas e disputas no contexto de retrocesso de direitos	43
3.1. O paradigma da Saúde do Trabalhador	43
3.2. A incorporação político-institucional das ações em saúde do trabalhador	51
3.3. A institucionalização das ações em saúde do trabalhador na administração pública federal: a criação do SIASS	62
4. A implantação da unidade do SIASS situada em uma instituição federal de ensino a partir da observação e do trabalho do Serviço Social	67
4.1. O histórico da Instituição federal de ensino pesquisada	67
4.2. Aproximação com o campo empírico, coleta de dados e critérios éticos na análise da implantação de uma unidade do SIASS	69
4.2.1. Os critérios éticos percorridos para a análise da implantação de uma unidade do SIASS	71
4.3. O processo de implantação da unidade do SIASS na instituição pesquisada: continuidades e rupturas	71

4.3.1. A gestão da unidade do SIASS pesquisada e a ausência da participação dos trabalhadores na Instituição	78
4.3.2. A persistente primazia da perícia médica e do poder biomédico na efetivação da política de saúde do trabalhador	81
4.3.3. A equipe multidisciplinar que compõe a unidade do SIASS pesquisada e os limites da efetivação dos seus propósitos	87
4.4. Os Acordos de Cooperação Técnica (ACT) e as demandas por serviços na unidade do SIASS	93
5. O trabalho do assistente social na Divisão de Atenção à Saúde e Perícias: possibilidades e desafios na unidade do SIASS da instituição pesquisada	102
5.1. A trajetória do Serviço Social na Divisão de Atenção à Saúde e Perícias e suas possibilidades de intervenção	102
5.2. O Serviço Social e sua contribuição nas perícias oficiais em saúde	108
5.3. Desafios para o Serviço Social a partir dos dados identificados na unidade do SIASS pesquisada	112
5.3.1. O código Z (Z00-Z99): fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	122
6. Considerações Finais	130
7. Referências Bibliográficas	135
8. Anexos	145

Lista de Quadros

Quadro 1. Legislações referentes à Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal	65
Quadro 2. Síntese dos critérios das licenças por motivo de saúde	73
Quadro 3. Casos que necessitam de avaliação pericial	73
Quadro 4. Avaliações periciais que são encaminhadas ao Serviço Social	106
Quadro 5. Lista de códigos da CID-10	116
Quadro 6. Agrupamentos que abrangem o grupo Z (Z00-Z99) do Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	123

Lista de Tabelas

Tabela 1. Perícias concluídas por tipo de perícias de 2016 a 2019	114
---	-----

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Afastamentos por local de trabalho no ano de 2016	96
Gráfico 2. Afastamentos por local de trabalho no ano de 2017	97
Gráfico 3. Afastamentos por local de trabalho no ano de 2018	97
Gráfico 4. Afastamentos por local de trabalho no ano de 2019	98
Gráfico 5. Ocorrências de afastamento por grupo de CID no ano de 2016	117
Gráfico 6. Ocorrências de afastamento por grupo de CID no ano de 2017	118
Gráfico 7. Ocorrências de afastamento por grupo de CID no ano de 2018	119
Gráfico 8. Ocorrências de afastamento por grupo de CID no ano de 2019	120
Gráfico 9. Quantidade de servidores por grupo de CID no ano de 2018	125
Gráfico 10. Número de dias de afastamento por grupo de CID no ano de 2018	126
Gráfico 11. Quantidade de servidores por grupo de CID no ano de 2018	127
Gráfico 12. Quantidade de servidores por grupo de CID no ano de 2019	128

Lista de Siglas

ACT - Acordo de Cooperação Técnica

ANASPS - Associação Nacional dos Servidores Públicos da Previdência e da Seguridade Social

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho

CIST - Comissão Interministerial da Saúde do Trabalhador

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNDSS - Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde

CNST - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

COSAT - Área Técnica de Saúde do Trabalhador

CUT - Central Única dos Trabalhadores

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

DORT - Distúrbio Osteomuscular Relacionado com o Trabalho

DOU - Diário Oficial da União

DRH - Departamento de Recursos Humanos

GEISAT - Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

LER - Lesão por Esforço Repetitivo

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado

MOI - Modelo Operário Italiano

MP - Medida Provisória

MPOG - Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão

NOSS - Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal

NOST - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

NOTIVISA - Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

NR - Normas Regulamentadoras

OMS - Organização Mundial da Saúde

OS - Organizações Sociais

PASS - Política de Atenção à Saúde do Servidor Público

PCCS - Plano de Carreira, Cargos e Salários

PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PEDDSS - Projeto de Extensão Disseminando Direitos e Serviços Sociais

PLR - Participação nos lucros e resultados

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNSST - Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PPP - Parceria Público-Privada

PR - Participação nos Resultados

PT - Partido dos Trabalhadores

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RGPS - Regime Geral da Previdência Social

RJU - Regime Jurídico Único

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SEGRT - Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público

SESMT - Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho

SIAPE - Sistema Integrado de Administração de Pessoal

SIASS - Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

SIPEC - Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal

SISOSP - Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TAE - Técnico Administrativo em Educação

Introdução

A presente dissertação tem como tema central as políticas referentes à saúde do trabalhador no contexto da esfera pública federal brasileira. A aproximação com essa temática ocorre com a inserção profissional, no ano de 2014, como assistente social em um espaço sócio-ocupacional vinculado às ações de saúde do trabalhador¹, mais especificamente em uma unidade de referência do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) inserida em uma instituição federal de ensino localizada no Rio de Janeiro.

O SIASS, atualmente, se constitui como principal serviço de atenção à saúde voltado aos servidores² da administração federal direta, autárquica e fundacional. A partir, portanto, dessa experiência em uma das unidades do SIASS, seja na condição de profissional atuante na política ou como servidora pública da instituição, algumas indagações levaram à reflexão sobre o processo de implantação dessas unidades, sendo elas: quais legislações e orientações normativas estruturam as ações do SIASS e, conseqüentemente, as práticas profissionais de saúde? Qual a abordagem utilizada para tratar a relação saúde-trabalho nesses documentos? Qual o lugar do servidor nessas ações? Como as mudanças nas relações de trabalho incidem na saúde do trabalhador? O SIASS está preparado para atender seus servidores em suas demandas relacionadas com o processo laboral?

Assim, como forma de ir ao encontro dessas questões, foi formulado o recorte desta pesquisa, o processo de implantação da unidade do SIASS mencionado, tendo como referência o paradigma da Saúde do Trabalhador e a partir da atuação do Serviço Social, e os objetivos específicos desta dissertação.

¹ Esta dissertação fará uso da letra inicial maiúscula para distinguir o paradigma da Saúde do Trabalhador das ações e políticas referentes à saúde do trabalhador. A distinção se faz necessária para melhor entendimento do objetivo do trabalho e pelo fato de as políticas ou ações referentes à saúde do trabalhador nem sempre estarem em consonância com os preceitos defendidos no paradigma da Saúde do Trabalhador.

² Por servidores públicos compreende-se “as pessoas físicas que executam serviços ao Estado e às entidades da Administração Indireta, com vínculo empregatício e mediante remuneração paga pelos cofres públicos (DI PIETRO, 2013, p. 583)”.

O primeiro objetivo diz respeito ao mapeamento e à análise das legislações referentes ao SIASS, tendo como marco temporal o período entre os anos de 2009, ano de sua criação, e de 2019, averiguando as principais diretrizes e normativas presente nesses documentos. Esse marco temporal se constitui como os dez anos iniciais de implantação dessa política na esfera federal e, portanto, se constitui como um período importante para analisar os principais aspectos decorrentes desse processo de implantação da política.

O segundo objetivo específico concerne à análise da organização do trabalho da unidade do SIASS referida, privilegiando a atuação do Serviço Social. E o terceiro objetivo específico procura averiguar se o SIASS, como ferramenta da política de atenção à saúde do servidor público federal, consegue absorver as mudanças ocorrentes nas relações de trabalho e seus impactos nas condições de saúde do trabalhador.

Por Saúde do Trabalhador considera-se o campo de conhecimento (acúmulo teórico) e de práticas, que emerge da Saúde Coletiva, na década de 1980, e que aponta para uma mudança de paradigma nas relações saúde-trabalho a partir de conceitos formulados pela Medicina Social Latino-Americana no que se refere à determinação social do processo saúde-doença³ (BORDE et al, 2015; GARBOIS et al, 2017) e pela própria Saúde Coletiva ao contemplar os processos de sofrimento, adoecimento e morte dos grupos sociais em suas inserções produtivas (LACAZ, 2007).

Desse modo, a Saúde do Trabalhador se apresenta como uma proposta de ruptura com as concepções da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, que serão detalhadas melhor no decorrer desta dissertação. Até então hegemônicas no campo teórico e prático, essas duas abordagens têm enfoques restritos dos processos saúde-doença relacionados com o trabalho, estando atreladas mais aos aspectos biológicos, químicos e físicos do que às determinações sociais decorrentes do sistema capitalista de produção. Cabe dizer também que a participação do

³ Nesta dissertação o conceito de determinação social do processo saúde-doença, abordado no capítulo 3 “Saúde do Trabalhador: paradigmas, políticas e disputas no contexto de retrocesso de direitos”, será contemplado e sintetizado no termo processo saúde-doença.

trabalhador nas situações que envolvem sua saúde e seu ambiente de trabalho é, nessas duas perspectivas, limitada ou até inexistente.

Foi no ano de 1988, com a Constituição Federal brasileira, que se elaborou um novo arcabouço jurídico e institucional para o serviço público federal, o Regime Jurídico Único (RJU), que determinou o ingresso via concurso público para os futuros servidores públicos e transformou o regime daqueles que já trabalhavam no setor público para o agora regime próprio, tornando esses novos estatutários. O RJU se efetivou em 1990, no governo Fernando Collor de Mello, pela lei nº 8.112. É a partir desse marco temporal que este trabalho se debruçará.

A inclusão de políticas públicas referentes à saúde do trabalhador foi instituída pela Constituição de 1988 e, posteriormente, detalhada na Lei nº 8.080 de 1990. Até então, não havia nenhum tipo de regulação formal e instrumentos voltados para a saúde dos trabalhadores. No funcionalismo público federal⁴ é somente a partir da implantação do RJU que surgem as primeiras ações, ainda assim, limitadas ao processo de concessão de licenças médicas para tratamento de saúde dos servidores e aposentadorias por invalidez.

Somente em 2009, a partir do decreto 6.833, foi criado o SIASS, por meio do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPOG), que segundo seu artigo 2º visa:

coordenar e integrar ações e programas nas áreas de *assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores* [...] de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009, p.1).

A política citada no artigo que cria o SIASS é denominada de Política de Atenção à Saúde do Servidor Público (PASS) e está sustentada pelos seguintes eixos: *assistência à saúde do servidor público; perícia; e promoção e vigilância à saúde dos servidores*. A PASS se embasa em um conjunto de legislações, que foram

⁴ Na iniciativa privada, as ações voltadas para a atenção à saúde dos trabalhadores estavam ancoradas nas normas reguladoras da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), instituída em 1943. Como afirmam Martins et al (2017), a proteção à saúde dos trabalhadores se restringia às atividades de assistência e fiscalização, ou seja, perícias médicas, exames periódicos e prevenção de riscos e acidentes de trabalho pautados pela perspectiva da Saúde Ocupacional.

criadas a partir de 2009, com o intuito de nortear a elaboração de projetos e a consecução de ações de atenção à saúde do servidor. O SIASS e a PASS se configuram, dessa maneira, como as primeiras grandes iniciativas de responder por ações em saúde e segurança do trabalho na esfera pública federal. Como afirma Olivar (2010), houve um hiato temporal enorme entre as novas determinações legais de ações referentes à saúde do trabalhador e a inclusão e a efetivação dessas na estrutura da administração pública federal.

A própria PASS, em documento intitulado a *Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – Um projeto em construção coletiva*, informa que até o ano de 2008 não havia uma política nacional que pudesse estruturar e sistematizar informações sobre a saúde dos trabalhadores federais, como o perfil epidemiológico dos afastamentos por motivo de saúde e as avaliações das condições laborais da esfera pública federal.

As questões relativas à saúde dos servidores não se constituíam prioridades e só se tornavam problemas quando o adoecimento ocasionava ausência ao trabalho. O investimento na área de saúde do servidor público ficou às expensas do entendimento individual de cada gestor que estabeleceu níveis diferenciados de prioridades às atividades de saúde, sem existir, entretanto, qualquer tipo de relação estruturada entre os órgãos. Por outro lado, o nível central não correspondeu à sua função de normatizador e organizador de uma Política de Atenção à Saúde do Servidor, ou de corresponder com estrutura especializada que firmasse acordos mútuos de cooperação, incluindo a participação dos órgãos centrais de controle de recursos humanos (BRASIL, 2008, p. 2).

Autores como Lacaz (2010) e Costa et al (2013) afirmam que ainda são grandes os obstáculos à consolidação de programas e ações em saúde do trabalhador no serviço público federal. Esses óbices estão associados a um contexto mais amplo, que envolve questões complexas da relação capital-trabalho, da configuração do Estado e de suas responsabilidades com a questão social⁵ e com as medidas para seu enfrentamento.

A crise capitalista, instaurada a partir das décadas de 1970 e 1980, nos países de capitalismo central, e, no Brasil, a partir dos anos de 1980 e 1990, e intensificada

⁵ Para Yamamoto e Carvalho (1982), a questão social se configura como as expressões do processo de desenvolvimento da classe trabalhadora industrial e de seu ingresso político na sociedade, reivindicando seu reconhecimento como classe perante o capital e o Estado. Nas palavras dos autores, “é a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (p. 77).

nos anos seguintes, originou diversas transformações nas formas de produção e reprodução da sociedade capitalista, gerando grandes mudanças no modo de organização da vida na sociedade (ANTUNES, 2018), provocando alterações, na mesma medida, na saúde dos trabalhadores.

Segundo Machado (2015), há a formação de dois polos opostos na relação trabalho-saúde na atual sociedade. O primeiro está relacionado com o reconhecimento histórico de direitos reivindicados na luta dos trabalhadores que resultou em algumas medidas, como a diminuição da jornada de trabalho, o reconhecimento de doenças ocasionadas pelo trabalho, a elaboração de documentos que auxiliam o estabelecimento do nexos causal entre essas e o ambiente laboral, e a responsabilidade do empregador em casos de adoecimento e acidentes ocorridos pelo e no trabalho.

O segundo polo, apesar dos avanços listados acima, é a permanente luta pelo reconhecimento de que as atuais organizações de trabalho são geradoras de sofrimento e desgaste, enquanto propulsiona a lógica de culpabilização do trabalhador por sua condição de saúde.

Esta dissertação se alinha com a perspectiva defendida pelo autor acima e por Lacaz (2007) que alerta que as atuais práticas hegemônicas direcionadas para a saúde dos trabalhadores oriundas das vigentes organizações de trabalho têm se configurado, sobretudo, como instrumentos de aumento de produtividade, sendo a saúde objeto estratégico para o alcance da produção desejada. Segundo o autor,

a abordagem das relações trabalho-saúde tem experimentado retrocesso que pode ser observado quanto à sua apreensão, em termos disciplinares, adotada nas pesquisas; e à involução que caracteriza a proposta programática a qual privilegia o assistencialismo nas ações da rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); ao que se soma a fragilidade do movimento sindical (LACAZ, 2007, p. 757).

Para a realização desta dissertação foi necessário o debate de temáticas centrais que perpassam essas políticas e práticas, como as transformações ocorridas na esfera da produção do sistema capitalista e seus rebatimentos na organização do trabalho no Estado, nas instituições públicas e na saúde dos trabalhadores, aqui, com destaque àqueles inseridos no serviço público federal. Para tal, fizemos uso, principalmente, do referencial do materialismo histórico dialético, a partir da teoria social de Marx e de autores inscritos nessa perspectiva, haja vista que o objeto aqui

contemplado não pôde ser explicado de forma isolada, mas através da existência de uma totalidade concreta que interfere nas condições materiais de vida da sociedade. Totalidade essa que é determinada pelo modo de produção e reprodução capitalista, conformado à base da sociedade burguesa.

No materialismo histórico-dialético, compreende-se que a realidade é anterior ao pensamento, isso é, a matéria precede o pensamento que se tem sobre ela. Dialético por entender o Ser em todas as suas modalidades, como uma totalidade em constante movimento, e histórico por adotar uma explicação da sociedade, história e cultura específicas de um lugar, enquanto toma o objeto que se propõe a analisar como um elemento de um processo histórico maior, encarando os indivíduos como produtos sociais em constante transformação (SANTOS, 2013).

Marx está interessado na apreensão do movimento efetivo do objeto e não no modo como esse objeto é assimilado pelas consciências ou como as representações desse objeto se expressam na consciência. Dessa forma, ele supera a postura especulativa dos filósofos, ao mesmo tempo em que inaugura uma concepção de método que não pode ser, sob hipótese alguma, descolado da teoria, uma vez que o método vai constituir-se no processo de apreensão do objeto (a história) pela razão, ou seja, organizando logicamente o processo real, apresentando-se em teoria (SANTOS, 2013, p. 17).

Dessa forma, esta dissertação, que está estruturada em cinco capítulos, estabelece uma crítica à sociedade burguesa, tomando como ponto de partida a realidade, mas não se detendo à sua expressão fenomênica. Ela procura superar a expressão imediata das políticas de saúde do trabalhador ao analisá-las de modo mais amplo, considerando o movimento da realidade que incide na construção de suas normativas e na posterior execução de seus objetivos.

No capítulo a seguir, serão apresentadas as transformações que ocorreram na esfera produtiva e, por conseguinte, na organização e regulação do trabalho e suas atuais configurações dentro do modo capitalista de produção. No bojo dessas mudanças operadas pelo capital e que desembocam na precarização do trabalho e seu aprofundamento, um fenômeno que é gerador também das novas formas de precariedade do trabalho, por exemplo, é a gestão gerencialista. Essa nova prática de gestão influenciará a elaboração da Reforma Administrativa do Estado

brasileiro, iniciada no decorrer da década de 1990. Para tal, utilizamos as contribuições de Antunes (2018), Harvey (2005) e Gaulejac (2007).

No capítulo terceiro, abordaremos as bases para a compreensão da relação trabalho-saúde a partir das reflexões sobre o conceito de determinação social da saúde ou determinação social do processo saúde-doença, sua influência para as análises sobre a organização do trabalho e suas incidências na saúde e vida dos trabalhadores, em especial, o paradigma teórico-metodológico e político da Saúde do Trabalhador, paradigma esse que procura analisar e propor programas, projetos e ações que considerem a saúde dos indivíduos como produto das dimensões de seus processos sociais, históricos e produtivos. Ainda nesse capítulo, será introduzido o tema da saúde do servidor com o resgate do percurso histórico das ações referentes à saúde do trabalhador no serviço público federal, como a PASS e o SIASS.

No quarto capítulo, será apresentado o caminho metodológico percorrido, com a devida contextualização da instituição pesquisada, dos procedimentos adotados para a realização da pesquisa e seus respectivos aspectos éticos. Aqui, a análise será dedicada ao processo de implantação da unidade do SIASS na referida instituição federal de ensino a partir do simultâneo cotejamento das legislações que estruturam o SIASS, a PASS e suas ações. Debruçamo-nos, portanto, de maneira detalhada sobre o conteúdo previsto no aparato formal das ações referentes à saúde dos servidores federais com vista a contemplar um dos objetivos específicos desta dissertação, o mapeamento e a análise das legislações referentes ao SIASS, tendo como marco temporal o período de 2009 a 2019, observando a concepção de saúde presente nesses documentos.

No quinto capítulo, será retratada e analisada a trajetória e a intervenção do Serviço Social na unidade do SIASS pesquisada, enfocando dados referentes aos afastamentos por motivo de saúde dos servidores da própria instituição registrados no Módulo de Perícia Oficial em Saúde por meio da modalidade de perícias, colhidos no Sistema de Informações de Saúde e Segurança do portal do SIASS, contemplando o período de 2016 a 2019. A análise desses dados é importante, pois auxiliará, juntamente com a pesquisa teórica e documental, a compreensão do processo de implantação da unidade do SIASS pesquisada, além de responder ao

outro objetivo específico deste trabalho, que é averiguar se o SIASS, como ferramenta da política de atenção à saúde do servidor público federal, está absorvendo as mudanças nas relações de trabalho e seus impactos na saúde do trabalhador.

O último capítulo, dedicado às considerações finais, - e sem a pretensão de se elaborar conclusões definitivas sobre a temática apresentada e sim uma síntese das principais discussões e aspectos relevantes identificados nesta dissertação-, tem, portanto, como propósito o estímulo a futuras pesquisas sobre as ações referentes à saúde do trabalhador e sobre a importância do Serviço Social, enquanto profissão presente nessas políticas, se apropriar cada vez mais desse campo de atuação.

2

Trabalho, transformações capitalistas a partir da crise de 1970 e consequências para os trabalhadores brasileiros

2.1.

Transformações na organização do trabalho e incidências na classe trabalhadora no mundo

Antes da breve exposição sobre as transformações que ocorreram na esfera produtiva e, por conseguinte, na organização e regulação do trabalho que continuam se alastrando por toda a sociedade nos dias de hoje, é necessário realizar, ainda que, também de forma sucinta, uma análise sobre a categoria *trabalho* que é apreendida nesta dissertação.

Para Marx, em *O Capital*, é o trabalho que funda a relação do homem com a natureza e que, conseqüentemente, faz surgir uma nova relação entre os indivíduos. Ao realizar essa troca, o homem produz os meios de produção e de subsistência necessários para a reprodução da vida social. Sendo, portanto, “uma condição de existência do homem, independente de todas as formas sociais, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana.” (MARX, 2013, p. 167).

Todavia, o trabalho na sociedade capitalista assume novos contornos e se torna degradado. Nela, a força de trabalho do homem passa a ser uma mera mercadoria, não se constituindo mais como um instrumento de realização humana, mas sim como um meio de sobrevivência do indivíduo na sociedade. Além da produção de valores de uso, produtos necessários para a satisfação das necessidades humanas, o interesse prioritário do capitalista se encontra no valor de troca, isso é, na quantidade de trabalho necessária para produzir um produto.

O valor de troca, representado pelo trabalho abstrato, se sobrepõe ao valor de uso, na medida em que gera a mais valia – valor adicional que a força de trabalho produz no processo de produção por meio do trabalho excedente que é apropriado pelo capitalista. Dessa forma, no modo de produção capitalista, a reprodução do

capital ocorre pela apropriação dessa mais-valia, tendo como elemento estruturante a produção do valor de troca, ou seja, da própria mais-valia.

Com o caráter útil dos produtos do trabalho desaparece o caráter útil dos trabalhos neles representados e, portanto, também as diferentes formas concretas desses trabalhos, que não mais se distinguem uns dos outros, sendo todos reduzidos a trabalho humano igual, a trabalho humano abstrato (MARX, 2013, p. 160-161).

O trabalho abstrato, segundo Marx, pode ser produtivo ou improdutivo, pode gerar ou não a mais-valia. O trabalho produtivo pode ser denominado como aquele que produz um valor excedente para o capitalista e que também gera a remuneração para a força de trabalho, o trabalhador. Nas palavras de Marx:

[...] o conceito de trabalho produtivo se estreita. A produção capitalista não é apenas produção de mercadoria, mas essencialmente produção de mais-valor. O trabalhador produz não para si, mas para o capital. Não basta, por isso, que ele produza em geral. Ele tem de produzir mais-valor. Só é produtivo o trabalhador que produz mais-valor para o capitalista ou serve à autovalorização do capital (MARX, 2013, p. 706).

Já o trabalho improdutivo é aquele que, no processo de produção capitalista, não gera mais-valor e não está voltado para a produção de valores de troca e sim para valores de uso. Esta dissertação considera, portanto, os servidores públicos como trabalhadores inseridos na prestação de serviços improdutivos, mas necessários para a manutenção desse modo de produção, continuando, contudo, regidos pelo trabalho assalariado sem a produção direta da mais-valia.

[...] a classe trabalhadora incorpora também o conjunto de *trabalhadores improdutivos*, outra vez no sentido de Marx. Aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviços seja para uso público, como os serviços públicos tradicionais, seja para uso capitalista. O *trabalho improdutivo* é aquele que não se constitui enquanto um elemento vivo no processo direto de valorização do capital e de criação de mais-valor. Ele pertence ao que Marx chamou de falsos custos, os quais, entretanto, são imprescindíveis para a sobrevivência do capital e de seu metabolismo social [...] (ANTUNES, 2018, p. 89).

As formas de organização presentes no início do capitalismo, período analisado por Marx, contudo, sofreram muitas alterações visando a sua sobrevivência e manutenção. Conforme aponta Antunes (2018), as mudanças se concentraram nas formas de organização da sociedade e nas relações de trabalho (ANTUNES, 2018). Essas alterações emergiram a partir de meados da década de 1970, com intensos aprofundamentos nas duas primeiras décadas do século XXI,

quando o capital entrou em mais uma de suas crises estruturais, colocando-se em pauta o predomínio do modelo de produção baseado na organização fordista/taylorista.

É imprescindível dizer, porém, que os fundamentos essenciais do modo de produção capitalista permaneceram e não foram superados, a saber: exploração, propriedade privada dos meios de produção e propriedade fundiária.

O Fordismo, a priori, foi implementado na esfera de produção de veículos automotivos, tornando-se o modelo padrão para toda produção industrial após a segunda Guerra Mundial. Nesse modelo de fabricação foi introduzida a linha de montagem com a produção em massa para o consumo em massa, através de uma organização produtiva mais homogeneizada e verticalizada. Outra inovação desse modelo de produção foi a realização de acordos com os trabalhadores quanto aos lucros de produtividade do trabalho, estabelecendo um mecanismo de regulação das relações sociais.

Já o Taylorismo tem como característica o aumento da produtividade do trabalho através da fragmentação do processo do mesmo, no qual as atividades realizadas pelos trabalhadores são detalhadamente estudadas e definidas a favor do controle do tempo de trabalho. Esse modelo de estruturação da produção e das relações de trabalho possibilitou um contexto de forte expansão econômica, altas taxas de lucro e ganho de produtividade para as empresas.

Foi estabelecido, portanto, nessas circunstâncias, o modelo de Estado conhecido como *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social) nos países centrais capitalistas⁶. Esse modelo contava com um sistema de proteção social em que as políticas sociais eram consolidadas e ampliadas, influenciadas pelas bases ideológicas do Keynesianismo.

O Estado, na perspectiva keynesiana, passa a ter um papel ativo na administração macroeconômica, ou seja, na produção e regulação das relações econômicas e sociais. Nessa perspectiva, o bem-estar ainda deve ser buscado

⁶Contudo, é preciso dizer que não houve um bloco hegemônico do *Welfare State* e sim países com diferentes características de Estado de Bem-Estar Social. Esping Andersen (1991), em seu estudo sobre as causas e as diversas naturezas dos sistemas de proteção social nos países centrais, especifica diferentes regimes de *Welfare State*.

individualmente no mercado, mas se aceitam intervenções do Estado em áreas econômicas para garantir a produção e na área social, sobretudo, para assistir pessoas consideradas incapazes para o trabalho: idosos, deficientes e crianças (BEHRING E BOSCHETTI, 2009, p. 86). Essa intervenção estatal foi defendida por John Maynard Keynes (1883-1946) em seu livro *Teoria geral do emprego, do juro e da moeda*, publicado em 1936. Keynes era a favor da mudança da relação do Estado com o sistema de produção e rompia, em parte, com os princípios do liberalismo econômico.

Na sequência da Segunda Guerra Mundial e no processo de reconstrução econômica e social que então teve curso, especialmente na Europa Ocidental, o capitalismo experimentou o que alguns economistas franceses denominaram de “as três décadas gloriosas” – da reconstrução do pós-guerra à transição dos anos 1960 aos 1970, mesmo sem erradicar as suas crises periódicas (cíclicas), o regime do capital viveu uma larga conjuntura de crescimento econômico. Não por acaso, a primeira metade dos anos 1960 assistiu à caracterização da sociedade capitalista – evidentemente desconsiderado o inferno da sua periferia, o então chamado Terceiro Mundo – como “sociedade afluyente”, “sociedade de consumo” etc. (NETTO, p. 9, 2013).

Contudo, essa organização que vigorou em alguns países da Europa durante o século XX passou por profundas transformações com a finalidade de reverter a queda da taxa de lucro e criar outras condições para a exploração da força de trabalho. Dessa forma, um conjunto de medidas, com a presença de velhas e novas formas de exploração do trabalhador, foi elaborado passando a (re)configurar a divisão internacional do trabalho (ANTUNES, 2018).

Entre as diversas ações, promoveram-se processos de reestruturação produtiva, dando início a um regime de acumulação novo – a acumulação flexível – vinculado a um sistema de regulamentação política e social nova. Segundo Antunes (2018), a acumulação flexível engloba elementos de continuidade e de descontinuidade do padrão de produção fordista/taylorista.

Podemos identificar, segundo o referido autor, alguns aspectos que se diferenciam do modelo até então vigente, tais como: produção mais vinculada à demanda em oposição à produção em série e de massa; o incremento do trabalhador polivalente, ou seja, aquele que passa a operar mais de uma máquina durante o processo produtivo; o trabalho em equipe, com maior variedade de funções dependentes umas das outras, diferindo da relação homem-máquina do modelo anterior; o princípio do *just in time*, em que a produção tem que ser realizada no

menor tempo possível; estrutura de produção horizontalizada, abrindo caminho para o início do processo de terceirização das atividades da produção.

E, para consolidar essa nova estratégia, o capital propagou e veiculou um conjunto ideológico de caráter liberal designado de neoliberalismo, maciçamente difundido pelos meios de comunicação e organismos internacionais a partir dos anos 80 do século passado. Essa foi a legitimação que o grande capital precisava para consolidar o movimento de supressão ou redução de direitos e garantias sociais, com a finalidade de reverter o declive de seu processo de acumulação.

Segundo Harvey (2005), o neoliberalismo é uma teoria de práticas político-econômicas que tem como proposta uma estrutura institucional que promova o bem-estar do indivíduo através da liberação dos direitos a propriedade privada, ao livre mercado e ao livre comércio. Caberia ao Estado a tarefa de garantir essa estrutura, mantendo uma intervenção mínima nos mercados. Nesse sentido, segundo o autor, iniciou-se um processo de desregulação, privatização e retirada do Estado de muitas políticas ligadas do bem-estar social.

O processo de neoliberalização, no entanto, envolveu muita "destruição criativa", não somente dos antigos poderes e estruturas institucionais (chegando mesmo a abalar as formas tradicionais de soberania do Estado), mas também das divisões do trabalho, das relações sociais, da promoção do bem-estar social, das combinações de tecnologias, dos modos de vida e de pensamento, das atividades reprodutivas, das formas de ligação à terra e dos hábitos do coração. Na medida em que julga a troca de mercado "uma ética em si capaz de servir de guia a toda ação humana, e que substitui todas as crenças éticas antes sustentadas" o neoliberalismo enfatiza a significação das relações contratuais no mercado. Ele sustenta que o bem social é maximizado se maximizam o alcance e a frequência das transações de mercado, procurando enquadrar todas as ações humanas no domínio do mercado (HARVEY, 2005, p. 13).

Para Draibe (1993), o ideário neoliberal trouxe consigo proposições negativas referentes às políticas sociais e, claro, ataques aos sistemas de bem-estar social, induzindo à redução da universalidade e dos graus de proteção de benefícios sociais e transformando em mercadorias os direitos sociais até então conquistados. Em suas palavras, o ajuste neoliberal é alicerçado na "privatização, descentralização, focalização e programas sociais de emergência" (p. 92).

Nas palavras de Behring (2016, p. 22):

[...] o neoliberalismo, que marca a reação burguesa a esse momento do capitalismo e crise estrutural, [...] delineia uma política social à sua imagem e semelhança: focalizada na pobreza absoluta – com os programas de combate à pobreza incrementados pelo Banco Mundial a partir do Relatório sobre Pobreza de 1990 –, seletiva, indutora da ativação para o trabalho (workfare) ou da “inclusão produtiva”, em geral articulando benefícios em condicionalidades que visam à inserção no mercado de trabalho a partir de cursos de qualificação, o que expressa uma interpretação do desemprego como responsabilidade e demérito individual, ainda que não haja oferta de emprego para todos [...].

Segundo Netto (2013), a sociedade tardo-burguesa advém com essa restauração do capital que traz consigo o que ele denomina de tríplice mote: a flexibilização da produção e das relações de trabalho; a desregulamentação das relações comerciais e dos circuitos financeiros; e a privatização do patrimônio estatal. Esses três elementos estão vinculados e se configuram como medidas políticas e econômicas com vistas a recuperar as taxas de lucro do capitalismo.

Antes de seguir com as análises referentes às transformações decorrentes dessas mudanças e suas consequências para o cotidiano dos trabalhadores, é importante salientar que o Brasil não experimentou políticas de proteção social conforme ocorreu nos países centrais. E, para além dos sistemas de ampliação de direitos sociais, o curso do desenvolvimento capitalista e as alterações em seu sistema produtivo, como apresentado acima, apresentou marcantes particularidades no país, como será visto a seguir.

2.2.

O caso brasileiro: particularidades do desenvolvimento capitalista

Pode-se dizer que o capitalismo que aqui se engendrou se fez de maneira retardatária quando comparado aos países de economia central, marcado pela ausência de reformas estruturais. No trabalho de Santos (2012), importantes compreensões sobre esse processo histórico do país são trazidas à luz.

Operou-se a combinação de uma modernização conservadora – através do incremento de ideias progressivas, mas com a permanência de velhas práticas – com processos de revolução passiva e a atuação central do Estado. Santos (2012) detalha as características de cada um desses processos que nos levam a entender as

especificidades das expressões da questão social no país e, conseqüentemente, as formas de organização do trabalho local.

As “revoluções” que por aqui se fizeram foram movimentos realizados pelo “alto” como forma de antecipar as demandas da classe subalterna. O pacto da elite conservadora alinhada com o Estado viabilizou a subordinação do caráter público aos interesses privados, impossibilitando o desenvolvimento de políticas sociais protecionistas via ação estatal. Dessa forma, a autora aponta que a flexibilidade e a precariedade são marcas do “fordismo à brasileira”, isso é, são pilares estruturais da formação e desenvolvimento do sistema capitalista no país. Assim, ela demonstra que não podemos adotar de maneira automática os parâmetros clássicos de análises do capitalismo, de seus desdobramentos e da própria questão social dos países cêntricos.

Em outros termos, no Brasil, a flexibilidade já se coloca como característica estrutural da formação do capitalismo, visto a inexistência de uma estabilidade no regime de trabalho, ao contrário do que vivenciaram os países de economia não periférica, onde o marco da acumulação flexível desencadeia desregulamentações nas relações de trabalho e o desemprego estrutural como consequência da crise do capital.

Essas são as particularidades que, estando presentes no regime de trabalho do Brasil desde então, podem ser consideradas, conseqüentemente, como particularidades da “questão social”, diferenciando o Brasil de outros países onde esses fenômenos estão associados à crise capitalista recente. Ou seja, se flexibilidade e precariedade costumam aparecer ligadas à fase de acumulação flexível do capital, no Brasil, não se pode considerá-las sem que sejam, antes, situadas como características do “fordismo à brasileira” (SANTOS, 2012, p. 103).

Segundo Netto (2013), a cada estágio de desenvolvimento capitalista, há a produção de diferentes manifestações da questão social, levando sempre em consideração as particularidades histórico-culturais de cada nação. No caso brasileiro, o desemprego aparece como expressão da questão social e, segundo Santos (2012, p. 103), “adquire o caráter de desemprego estrutural na economia brasileira desde que o capitalismo retardatário completa seu ciclo, no auge da ‘industrialização pesada’”.

Portanto, essa característica brasileira, isto é, a presença do desemprego estrutural na formação do capitalismo, nos permite compreender que a organização do trabalho, e, por conseguinte, a precarização que dele decorre no país, foi parte estruturante do processo de desenvolvimento do modo de produção e reprodução capitalista. A ausência de estabilidade no emprego durante seu curso e a flexibilidade e precariedade nas ocupações demonstram que os impactos das mudanças ocorrentes desde a metade da década de 1970 são mais acentuados por aqui quando comparados a outros países.

Contudo, e de maneira contraditória, observam-se no Brasil movimentos distintos. O primeiro, durante a década de 1980, com os avanços decorrentes das ações pela redemocratização do país, como a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando algumas conquistas sociais foram fortemente ampliadas, o que mais tarde dará condições políticas e jurídicas para a implementação, inclusive, de ações referentes à saúde do trabalhador. E o segundo momento, na década de 1990, com a desregulação do mercado, vigente em escala global, passando a avançar no sentido da permanência e ampliação das formas de precarização de trabalho no país.

A seguir, veremos como o ideário neoliberal vai se espriar pela administração pública federal no decorrer dos anos de 1990, provocando alterações no aparato estatal, sobretudo, no recém-criado Regime Jurídico Único (RJU).

2.3.

O neoliberalismo no Brasil: seus impactos na administração pública federal e seus rebatimentos na saúde dos trabalhadores

Os preceitos do ideário neoliberal ganham adesão no Brasil, a partir do início da década de 1990, com o governo Fernando Collor de Mello. O Estado, segundo esses preceitos, deve promover e garantir os direitos individuais à propriedade privada e o livre funcionamento das instituições de mercados. As políticas sociais devem estar subordinadas às transações da iniciativa privada, visto que para esse ideário o Estado não deve intervir para além das tarefas de criar ou preservar estruturas que garantam o funcionamento adequado do livre comércio, como as atividades de defesa, polícia e jurídico-legais (HARVEY, 2005).

No Brasil, em particular na década de 1990, as transformações geradas pela nova divisão internacional do trabalho foram de grande intensidade, já que partiram de uma dinâmica interna, característica dos países de industrialização dependente, fundada na superexploração da força de trabalho. A imposição de baixos salários, associada a ritmos de produção intensificados e jornadas de trabalho prolongadas, foi ainda acentuada pela desorganização do movimento operário e sindical, imposta pela vigência, entre 1964 e 1985, da ditadura civil-militar (ANTUNES, 2018, p. 138).

Para Ribeiro e Mancebo (2013), um dos argumentos presentes no neoliberalismo é o discurso de enfraquecimento das funções exercidas pelo Estado, da ineficácia de suas instituições e das competências dos servidores públicos. Busca-se, na perspectiva neoliberal, portanto, uma reestruturação das instituições públicas atacando seu modelo de administração e substituindo-o pelas lógicas e mecanismos de gestão que regem as instituições do setor privado.

As funções exercidas pelos trabalhadores públicos passaram a ser vistas a partir do significado que o aparato público tomou, isso é, de oneroso, lento, ineficiente. Como afirmam Ribeiro e Mancebo (2013, p. 195), “a lógica da fábrica magra se estende aos órgãos públicos, influenciando de maneira decisiva as políticas, as estruturas e a cultura das organizações estatais”.

No ano de 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso, Bresser-Pereira assume o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e apresenta o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), dando início a uma implantação gradativa da Administração Pública Gerencial. A reforma do Estado, segundo esse plano, deve ser compreendida “dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento” (BRASIL, 1995, p. 12).

Percebe-se, assim, que esse plano está em total sintonia com as ideias embutidas na teoria neoliberal. O Estado deixa de assumir suas responsabilidades como executor de serviços públicos e passa a ser um regulador e transferidor de recursos para as instituições não estatais. O plano também se reporta diretamente aos trabalhadores públicos e faz uso da crítica quanto à estabilidade garantida a eles, “a rigidez da estabilidade assegurada aos servidores públicos civis impede a

adequação dos quadros de funcionários às reais necessidades do serviço, e dificulta a cobrança de trabalho” (BRASIL, 1995, p. 26).

O documento afirma que a estabilidade acaba se configurando como uma medida protecionista e inviabilizadora do espírito empreendedor, que, supostamente, o trabalhador público deve possuir. Com isso posto, e com outras críticas lançadas contra o aparato público estatal, o plano conceitua o novo modelo de gestão que, a partir de então, as instituições públicas do país deveriam seguir. A nova Administração Pública Gerencial, dessa forma, tem como meta

a necessidade de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário, torna-se então essencial. A reforma do aparelho do Estado passa a ser orientada predominantemente pelos valores da eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações (BRASIL, 1995, p. 16).

Uma nova configuração na estrutura do Estado, portanto, com a adoção de uma gestão pautada pela eficiência e orientada por resultados começa a ser implantada. E as primeiras medidas não demoraram a aparecer. O Estado, através desse ideário reformista, rompe parcialmente com o novo Regime Jurídico Único (RJU) ao criar novas formas de contratação no funcionalismo público, como os empregos públicos; os trabalhos temporários⁷, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); e a contratação no serviço público, via Organizações Sociais (OSs), para a execução das atividades públicas a ele inerentes.

Na lei 9.637, aprovada em 1998, o artigo 1º diz que o Estado pode qualificar como OSs as “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” com vistas, segundo o artigo 5º, à formação de parceria entre as partes para o desenvolvimento e execução de atividades relativas a essas áreas listadas.

As OSs passam a ter a garantia de contratação de funcionários sem realização de concursos públicos, aquisição de bens e serviços sem o trâmite

⁷Em 1977 o Decreto 227112 já previa a regulação dos contratos temporários, porém era utilizado de forma residual na administração pública, ganhando maior centralidade nesse contexto de mudanças no cenário político e econômico (MARTINS E MOLINARO, 2013).

licitatório e não prestação de contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública, por serem consideradas, pelo artigo 3º da lei acima, atribuições privativas do Conselho de Administração.

Segundo Rezende (2008), a introdução dessa forma de administração no Estado é um subterfúgio para a terceirização e a privatização dos serviços públicos, em especial os da saúde. A autora afirma que esse mecanismo de gestão vem ocasionando, dentre outras consequências, a transferência de recursos públicos ao setor privado; a desprofissionalização dos serviços e dos servidores públicos e a flexibilização dos contratos de trabalho.

Em consonância com a autora acima estão Andreazzi e Bravo (2014), ao corroborarem que as OSs se configuram como instrumento de transferências de recursos do Estado para as instituições de direito privado, haja vista que estão subordinadas aos princípios da política de ajuste fiscal dos organismos financeiros internacionais.

Outro produto desse ideário reformista na administração pública federal foi a regulamentação da Lei de Responsabilidade Fiscal nº101/2000 que estipula o limite de 60% do orçamento para gastos com folha de pagamento e determina que as despesas decorrentes de gastos com terceirização devem compor as despesas de pessoal na folha de pagamento, para efeito de limite de gastos (BRASIL, 2000).

Rompendo com a lógica de afastamento entre o público e o privado, a Reforma do Estado introduziu no setor público o conceito de flexibilidade. Reflexos dessa introdução são as mudanças na Constituição Federal, agregadas pela Emenda Constitucional nº 19/1998. A quebra do Regime Jurídico Único, com a permissão da contratação pelas instituições públicas de pessoal regido pela CLT, a introdução de mecanismos de redução e regulação do estatuto da estabilidade do servidor público; e a criação do dispositivo do contrato de gestão, com atributos de autonomia gerencial são algumas das evidências dessa tendência flexibilizadora (MARTINS E MOLINARO, 2013, p. 1671).

Recentemente, podemos citar o decreto nº 9.507/2018 que permitiu a contratação de trabalhadores terceirizados no setor público em todos os níveis de suas atividades, incluindo os serviços da administração direta, autárquica e fundacional, além de empresas públicas e sociedades de economia mista controladas pela União, e a Emenda Constitucional 95/2016 (conhecida como PEC do Fim do Mundo).

Essa Emenda altera resoluções presentes no texto constitucional e institui um regime fiscal no orçamento da Seguridade Social por 20 anos, congelando seus gastos e estabelecendo um teto de custos para as áreas da Saúde, Educação e Previdência Social. Essa legislação causará impactos também nas políticas de atenção à saúde dos trabalhadores, em especial, no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), na medida em que estipula uma multa aos órgãos públicos que descumprirem o limite de gastos fixados pela União. No seu artigo 109º detalha as ações que podem ser alvo dessas multas, destacam-se as seguintes:

I - concessão, a qualquer título, de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração de membros de Poder ou de órgão, de servidores e empregados públicos e militares, exceto dos derivados de sentença judicial transitada em julgado ou de determinação legal decorrente de atos anteriores à entrada em vigor desta Emenda Constitucional; II - criação de cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa; III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa; IV - admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, ressalvadas as reposições de cargos de chefia e direção que não acarretem aumento de despesa e aquelas decorrentes de vacâncias de cargos efetivos ou vitalícios; V - realização de concurso público, exceto para reposições de vacâncias previstas no inciso IV (BRASIL, 2018).

Vincent de Gaulejac, estudioso das relações de trabalho e autor da obra *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social* proporciona grandes contribuições para o debate acerca dos imperativos provocados por essa forma de gestão para a vida e a saúde dos trabalhadores. Segundo ele, a gestão baseada no modelo gerencial passa a considerar cada trabalhador como um efetivo que precisa ser reduzido, ser “flexibilizado” para se enquadrar e adaptar-se às novas exigências de produtividade.

Sob uma aparência objetiva, operatória e pragmática, a gestão gerencialista é uma ideologia que traduz as atividades humanas em indicadores de desempenhos, e esses desempenhos em custos ou em benefícios. Indo buscar do lado das ciências exatas uma cientificidade que elas não puderam conquistar por si mesmas, as ciências da gestão servem, definitivamente, de suporte para o poder gerencialista. Elas legitimam um pensamento objetivista, utilitarista, funcionalista e positivista. Constroem uma representação do humano como um recurso a serviço da empresa, contribuindo, assim, para sua instrumentalização (GAULEJAC, 2007, p. 40-41).

Antunes (2018) também aborda como essas práticas gerencialistas se alastram pelo novo mundo do trabalho. Para o autor, os trabalhadores estão submetidos a mecanismos de gestão pautados pela pressão psicológica. Dentre os diferentes

mecanismos, um deles é o que ele chama de gestão por metas, que começou a ser disseminado nos anos de 1980 no bojo das transformações operadas pela reestruturação do capital.

É um instrumento que tem como base a mensuração de resultados e a propagação de um discurso de valorização do trabalhador, mas desde que esse esteja engajado nos objetivos estipulados pelo empregador. Podem ser identificados como instrumentos dessa gestão: a participação nos lucros e resultados (PLR) ou participação nos resultados (PR).

Dessa forma, o gerenciamento por metas opera em diferentes sentidos: a) no desenvolvimento de mais um mecanismo disciplinador do trabalho, como na instituição de uma espécie de engajamento “voluntário” dos trabalhadores e trabalhadoras visando o aumento da produtividade; b) no incentivo ao controle de faltas exercido, não raro, entre os próprios membros dos times de produção/equipes de trabalho; c) na diminuição do tempo de repouso; d) na promoção da competição entre os trabalhadores e suas equipes, visando o recebimento dos valores estipulados nos acordos firmados para essa finalidade; e) no aprofundamento das experiências de acordos coletivos firmados por empresas (ANTUNES, 2018, p. 147).

Linhart (2014), em publicações recentes sobre a precarização do trabalho, nesse contexto de transformações na reorganização do capital, discute o conceito de “precariedade subjetiva” e suas consequências para a vida dos trabalhadores. Segundo a autora, trata-se de uma forma de precarização que atinge a subjetividade dos assalariados por meio da subordinação desses aos critérios de produção e a imposição de metas, não importando os meios para alcançá-los.

Essa precariedade subjetiva atinge também os trabalhadores estáveis e funcionários públicos e se caracteriza por um sentimento que esses podem enfrentar quando “confrontados com exigências cada vez maiores no trabalho e estão permanentemente preocupados com a ideia de nem sempre estar em condições de responder a elas” (LINHART, 2014, p. 45).

Chiavegato Filho e Navarro (2012) também abordam o avanço da ideologia gerencial na atual organização do trabalho e suas incidências na vida dos trabalhadores. Eles apontam que a consolidação desse tipo de gestão nos ambientes de trabalho resulta, entre outros fatores, na diminuição do grau de autonomia dos trabalhadores sobre seu processo laboral e na ausência de apoio dos próprios

colegas de trabalho, cabendo, assim, aos mesmos saberem lidar com a pressão, o medo, a inconstância, a concorrência e a competição entre seus pares.

As pessoas que conseguem se adaptar a esse mundo competitivo, tanto no trabalho quanto na sociedade em geral, são reconhecidas como sujeitos e têm, pelo menos por enquanto, lugar garantido na ciranda gerencialista. Os demais são colocados em quarentena ou excluídos por não serem suficientemente adaptáveis, flexíveis ou proativos. Dessa forma, todos experimentam as angústias e, muitas vezes, a culpa de, uma hora ou outra, não se enquadrarem nos modelos e gerações de sucesso (CHIAVEGATO FILHO E NAVARRO, 2012, p. 71).

Ao analisar o trabalho terceirizado no Brasil, Franco e Druck (2009) afirmam que a busca incessante por lucro e produtividade acabam desrespeitando medidas de prevenção coletivas, informações e treinamentos necessários para o trabalho seguro, colocando em risco milhares de trabalhadores, já que provoca a

[...] fragilização das condições de segurança (treinamento, informação sobre riscos, medidas preventivas coletivas, etc), diluição das responsabilidades entre estáveis e instáveis. Esses aspectos amalgamados à precarização das condições de organização e condições de trabalho, implicam em maior exposição aos riscos e, dada a perda de estatuto dos trabalhadores, ocorre maior sujeição às condições aviltantes e (in)suportáveis – a exemplo de metas e ritmos acelerados que levam aos “atalhos” e manobras para aumentar a produtividade e fragilizam a segurança e saúde no trabalho (FRANCO E DRUCK, 2009, p. 2-3).

Todos esses valores e características que são exigidos dos trabalhadores na nova configuração do trabalho se tornam parte do ambiente profissional dos servidores públicos, como destacam Siqueira e Mendes (2016). A ideia da administração gerencial ganha cada vez mais força no âmbito público devido ao discurso de desvalorização do servidor e de seu trabalho, veiculado amplamente pela mídia e por outros atores sociais. Esse trabalhador é visto como “sujeito privilegiado, que ganha muito e trabalha pouco, que possui estabilidade em tempos de trabalho provisório” (MACHADO, 2015, p. 75). Como destacam Chiavegato Filho e Navarro (2012),

No caso das organizações públicas ou privadas, uma das principais dificuldades no convívio cotidiano com esse ideário é a de seu questionamento e confrontação, pois seus elementos estão, na maior parte dos casos, associados a valores positivos, identificados com importantes aspirações humanas ligadas ao progresso, ao mérito ou ao culto da qualidade. No setor público, particularmente, vinculada a essa aceitação tácita da ideologia gerencialista, observa-se o avanço de uma concepção negativa do papel do Estado, pois as práticas de gestão e organização do trabalho, desse setor, são tidas como um elemento arcaico, burocrático e ineficiente que é preciso modernizar (CHIAVEGATO FILHO E NAVARRO, 2012, p.70).

Os trabalhadores públicos, portanto, passam a ter de lidar também com uma organização de trabalho advinda de um modelo “produzido” para corresponder às necessidades do mercado, as quais nem sempre estão em concordância com os interesses e demandas da sociedade. Tal fato rebate diretamente no cotidiano dos trabalhadores, na qualidade dos serviços por eles prestados e, sobretudo, na sua saúde física e mental.

O crescimento dos sofrimentos psíquicos, como a depressão, e das doenças relacionadas com o trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho (LER/DORT), são produtos dessa lógica que, além de promover toda essa pressão e dominação sobre os trabalhadores, promovem e consolidam uma individualização dos problemas que são de cunho organizacional. Desse modo, ocorre a culpabilização, em grande parte, dos trabalhadores por seu estado de saúde e a determinação social do processo saúde-doença é reduzida a inconveniências e fracassos pessoais, agravando ainda mais o quadro de adoecimento desses trabalhadores.

Alguns trabalhos vêm apontando esse cenário de adoecimento da categoria. Categoria, aqui, usada para caracterizar esses trabalhadores que compartilham de um mesmo dispositivo jurisdicional, o Regime Jurídico Único (RJU), e que, apesar de algumas especificidades nos seus planos de carreira, dispõe da estabilidade como uma garantia constitucional, protegendo-os de livres exonerações e demissões do cargo.

Esses trabalhos indicam o crescimento de afastamentos por doenças relacionadas com a saúde mental ocasionados por essa conjuntura produtiva atual. Oliveira et al (2015) analisam o aumento dos afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. Ramos e Macedo (2018) trazem reflexões sobre o adoecimento dos servidores técnico administrativos em educação de uma instituição federal de Goiás.

O livro *Trabalho e Sofrimento Psíquico: histórias que contam essa história*, publicado em 2019, sob a consultoria teórico-metodológica do sociólogo Ruy Braga, procurou abordar, através de um processo de estudo que envolveu pesquisa quantitativa e qualitativa com diversos trabalhadores de diferentes inserções no

mercado de trabalho, como o ambiente de trabalho vem influenciando a saúde mental desses trabalhadores.

Com relação aos servidores públicos, em especial, a pesquisa revelou que essa categoria tem de lidar cotidianamente com a desconfiança da sociedade no que se refere a sua idoneidade, visto que se veem obrigados a provar que ocupam uma função séria e que trabalham duro. Aliado a isso, os servidores também mostraram que são constantemente associados e responsabilizados pelas crises do país, especialmente por parte do próprio governo.

Sendo assim, o que está em curso também para esse grupo de trabalhadores é a aproximação ou o aprofundamento do seu labor ao trabalho precarizado e flexibilizado, o que faz com que os mesmos tenham de lutar cada vez mais pela manutenção de seus salários, planos de carreira e aposentadorias que se encontram, dia após dia, ameaçados.

Nessa perspectiva, o servidor público pode ser identificado como um trabalhador deslocado do contexto, como se estivesse na contramão das demandas dos modelos inovadores de produção, e é discriminado por destoar do ritmo acelerado e frenético das organizações de trabalho calcadas no padrão de acumulação flexível; é, provavelmente, uma categoria em extinção, sem lugar na sociedade contemporânea (RIBEIRO E MANCEBO, 2013, p. 205).

Diante do apresentado, podemos constatar que essa nova forma de gestão da administração pública, influenciada pelas mudanças na organização da produção e das relações de trabalho na iniciativa privada, traz consequências nefastas também no cotidiano laboral do segmento do funcionalismo público. Como destaca Gaulejac (2007), o verdadeiro rosto dessa forma de gestão é o controle da produção do trabalhador, podendo trazer irreparáveis prejuízos à sua saúde.

Como forma de corroborar Gaulejac (2007), identificamos nesta dissertação, através dos dados colhidos do Sistema de Informações de Saúde e Segurança do portal do SIASS da unidade da instituição pesquisada no período dos anos de 2016 a 2019, e que será melhor detalhado no capítulo 5, o aumento do número de afastamentos de servidores do trabalho em razão de licenças para tratamento de saúde. Nesse período, foi observado que a maior ocorrência nos afastamentos dos servidores da instituição, responsável também pela maior quantidade de dias de

afastamentos desses trabalhadores, foi o grupo de doenças que diz respeito aos transtornos mentais e comportamentais.

Não é evidente a relação de transtornos mentais desencadeados a partir do trabalho, todavia, em grande parte dos diagnósticos que envolvem esse grupo de doenças, a dimensão organizativa e social do trabalho está presente. Outro dado bastante significativo identificado nessa coleta foi o registro gradativo de licenças para tratamento de saúde dos servidores decorrentes de “Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego”, evidenciando que, de alguma forma, a gestão e organização do trabalho na instituição pesquisada, que faz parte da estrutura da administração pública federal, tem trazido danos à saúde de seus trabalhadores.

No capítulo a seguir, serão abordados alguns dos referenciais teóricos que contribuíram para o entendimento acerca do conceito de determinação social do processo saúde-doença que é de fundamental importância para as reflexões, nesta dissertação, sobre a organização do trabalho e suas incidências na saúde dos trabalhadores. Também será apresentado o percurso de incorporação das políticas de atenção à saúde dos trabalhadores, com destaque especial para o processo que culminou na implantação do SIASS, objeto de análise desta pesquisa.

3 Saúde do Trabalhador: paradigmas, políticas e disputas no contexto de retrocesso de direitos

3.1 O paradigma da Saúde do Trabalhador

A relação que emerge entre o trabalho e a saúde nem sempre foi alvo de preocupação dos empregadores nem do Estado. No período escravocrata ou mesmo servil, não havia nenhum tipo de preocupação com a saúde daqueles que eram submetidos ao trabalho, visto que o servo, escravo ou trabalhador eram considerados peças naturais, sem história, sem anseios. Foi com o advento da Revolução Industrial, no século XVIII, em que o trabalhador era subordinado aos imperativos do novo modelo de produção com jornadas extenuantes de trabalho e ambientes insalubres que propiciavam rápida proliferação de doenças infectocontagiosas e acidentes ocasionados pela falta de segurança nas condições de trabalho, que começaram a surgir as primeiras iniciativas voltadas para a relação trabalho-saúde (MINAYO-GOMEZ E THEDIM COSTA, 1997).

Foi na Inglaterra, a partir de 1833, que se instituiu uma série de normatizações e legislações, conhecida como *Factory Act*, que culminou em medidas voltadas para o ambiente da fábrica, antes que a manutenção do processo produtivo se tornasse inviável. Uma delas foi a presença de um médico no interior fabril que atuava na detecção de processos danosos à saúde alinhada a uma perspectiva de recuperação e controle do trabalhador, visando seu rápido retorno à linha de produção. Mendes e Dias (1991) destacam que esses serviços médicos deveriam ser dirigidos por pessoas de confiança do empregador para que esses pudessem defendê-lo e que deveriam ser centrados na figura do médico, ficando a detecção de danos à saúde a cargo exclusivo desse profissional.

Desse modo, surge como primeiro discurso voltado para as práticas de saúde associadas ao trabalho, a Medicina do Trabalho. Esse modelo se expandiu para outros países, paralelo ao processo de industrialização, e se consolidou como uma medida importante no controle da força de trabalho presente ainda nos dias de hoje,

por mais que se tenha desdobrado em outras abordagens. Nesse paradigma predomina a teoria da unicausalidade, isso é, a noção de que uma doença está relacionada somente com um agente causador, reforçando uma visão eminentemente biológica e individual de um diagnóstico.

Quando inserida no ambiente de trabalho essa teoria tende a isolar os determinantes específicos que geram a patologia, porém, não atua na prevenção de suas causas, ao contrário, atua somente em suas consequências, ocasionando a medicalização em decorrência do sintoma apresentado pelo trabalhador (MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 1997). Essa prática têm o objetivo, como afirma Machado (2015), de adaptação física e mental dos trabalhadores aos ambientes de trabalho.

Aliás, tanto a expectativa de promover a "adaptação" do trabalhador ao trabalho, quanto a da "manutenção de sua saúde", refletem a influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia. No campo das ciências da administração, o mecanicismo vai sustentar o desenvolvimento da "Administração Científica do Trabalho", onde os princípios de Taylor, ampliados por Ford, encontram na medicina do trabalho uma aliada para a perseguição do seu "telos" último: a produtividade (MENDES; DIAS, 1991, p. 343).

Esse pensamento mecanicista permitiu à Medicina, na figura do médico, grande poder de decisão sobre o trabalho e as condições para sua realização, determinando quem estava apto ou não a exercê-lo. Juntamente com a Administração, essa concepção contribuiu diretamente para o controle produtivo e social dos trabalhadores. E como as doenças ocupacionais, ou seja, aquelas decorrentes do trabalho, na maioria das vezes, são somente percebidas quando já se encontram em fases avançadas, a identificação dos elementos que as geraram torna-se difícil, prejudicando a intervenção no processo causador dos danos.

Com a evolução da tecnologia industrial e com o avanço de novos serviços e processos industriais que causaram um reordenamento na divisão internacional do trabalho, no contexto político e econômico do período pós II Guerra Mundial na década de 1940, advém a perspectiva da Saúde Ocupacional com o propósito de suprir a "relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção" (MENDES; DIAS, 1991, p. 343). Nesse sentido, a Saúde Ocupacional parece avançar um pouco mais

para uma perspectiva multidisciplinar, haja vista que incorpora alguns referenciais teóricos de outras disciplinas, iniciando uma intervenção mais ativa nos ambientes de trabalho.

Esse paradigma passa a levar em consideração um conjunto mais amplo de fatores de risco para o surgimento de uma doença. Todavia, as respostas ao processo saúde-doença são limitadas e insuficientes, pois ainda assumem um caráter individualizante dos problemas. Descobre-se o que faz mal, mas a manutenção deletéria do ambiente de trabalho continua.

As medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, em seu sentido mais amplo, acabam por restringir-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes. Enfatiza-se a utilização de equipamentos de proteção individual, em detrimento dos que poderiam significar a proteção coletiva; normatizam-se formas de trabalhar consideradas seguras, o que, em determinadas circunstâncias, conforma apenas um quadro de prevenção simbólica. Assumida essa perspectiva, são imputados aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência, caracterizando uma dupla penalização (MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 1997, p. 23).

Assim, embora haja um avanço no que se refere à busca por multicausalidade da doença nos ambientes de trabalho, a perspectiva da Saúde Ocupacional acaba por repetir os mesmos limites da prática da Medicina do Trabalho. A partir da década de 1970, no contexto da emergência de vários movimentos sociais e sindicais, que abordaremos mais adiante, passa a ser elaborado um conjunto de questionamentos quanto a sua real intervenção na saúde dos trabalhadores e nas condições de trabalho.

As críticas tinham como argumentos a não apropriação pela Saúde Ocupacional, segundo Machado (2015, p. 69), “das relações produzidas na organização do trabalho, como o conteúdo das tarefas e sua fragmentação, o ritmo de trabalho, o controle da produção (suas relações com as altas e quedas da economia), a duração da jornada, as hierarquias e os turnos de trabalho”. Para Lacaz (2007), essas críticas também se fundamentam na falta de conhecimentos epistemológicos nas práticas da Saúde Ocupacional quando se percebe

pouco espaço para a subjetividade do trabalhador, tomado como paciente e objeto da técnica, estreitando a possibilidade de apreensão das formas de adoecimento no trabalho na contemporaneidade, cuja causalidade cada vez mais complexa, envolve a organização do trabalho e sua relação com a subjetividade dos coletivos de trabalhadores (LACAZ, 2007, p.759).

De uma maneira geral, esses questionamentos também tinham como base a não abordagem, por parte da concepção da Saúde Ocupacional, do contexto econômico e das relações que decorrem do controle do capital sobre o trabalho e o trabalhador. Em meados da década de 1970, surgem consistentes críticas acerca do paradigma biomédico da doença, que a limitava como um fenômeno estritamente individual e biológico. Esse movimento de contestação está inserido em um contexto social marcado pela dificuldade da medicina tradicional de produzir novos conhecimentos que fossem capazes de entender e explicar as causas dos principais problemas de saúde que acometiam os países industrializados centrais, como as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas (LAURELL, 1983; GARBOIS et al, 2017).

Teve destaque nesse movimento a experiência, que no Brasil ficou conhecida como Modelo Operário Italiano (MOI), capitaneada por trabalhadores e pesquisadores que buscou pensar uma nova prática da saúde nos ambientes de trabalho. O MOI pode ser considerado, segundo Souza e Mendonça (2013), uma organização baseada no conhecimento e na ação política de luta pela saúde, concebido a partir das demandas da classe trabalhadora. Para os autores, “seu escopo teórico-metodológico, princípios e pressupostos representam um modo de produção compartilhada de conhecimento sobre a relação saúde e trabalho, sendo construído pela comunidade de trabalhadores em cooperação com pesquisadores a partir da década de sessenta” (SOUZA; MENDONÇA, 2013, p. 3-4).

O seu referencial metodológico privilegiou a participação dos trabalhadores como protagonistas do processo da prática de saúde nos espaços laborais. As ideias do MOI não se restringiram apenas à Itália e se propagaram por outros países. É na América Latina, em meio à conjuntura de industrialização e urbanização, e particularmente no Brasil, que sua influência ganha corpo (FADEL DE VASCONCELLOS E PAIVA, 2011). A corrente da Medicina social latino-americana, que trouxe consigo importantes contribuições para o debate sobre a importância de se incluir o pensamento social na área da saúde para alcançar a uma nova prática de saúde pública (TAMBELLINI et al, 2013; GARBOIS et al, 2017), fundamentou suas análises com base no MOI.

Nesse contexto social, portanto, de questionamentos às interpretações da relação trabalho-saúde, surge o conceito de determinação social da saúde ou determinação social do processo saúde-doença. Esse conceito vem sendo construído ao longo das últimas 30 décadas, e nesta dissertação será contemplado e sintetizado no termo processo saúde-doença, tendo como objetivo contribuir teoricamente para a elaboração de um pensamento social no âmbito da saúde, por meio de uma nova abordagem crítica à perspectiva da história natural da doença. Essa abordagem é marcada pela apropriação dos referenciais teóricos vinculados ao materialismo histórico e, por conseguinte, dos processos de produção e reprodução social, tendo como ênfase a categoria trabalho e a sua importância nos processos de adoecimento (GARBOIS et al, 2017).

O trabalho de Asa Cristina Laurell sobre a relação saúde-doença como processo social teve destaque no período e contribuiu para o debate desse novo modo de pensar a saúde. Para a autora, a doença não pode ser compreendida apenas como um fenômeno físico exclusivo, dado que sua comprovação não é conferida somente pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que se dá na coletividade humana. Em suas palavras, “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos” (1983, p. 137).

O processo saúde-doença de determinado grupo ou indivíduo possui historicidade porque está socialmente determinado, ou seja, para de fato compreendê-lo não bastam somente os fatores biológicos, é preciso buscar o esclarecimento de como esses fatores estão articulados no processo social, formando, dessa maneira, uma relação intrínseca e dialética (LAURELL, 1983). Essa relação é determinada pela forma como o homem se relaciona com a natureza em dado período histórico. Em termos gerais,

o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Em nossa opinião, as categorias sociais adotadas do materialismo histórico, que nos permitem desenvolver esta proposição geral e aprofundar e enriquecer a compreensão da problemática da essência do processo saúde-doença e sua determinação são a classe social, tal como propõe Breilh, e o processo de trabalho, como foi desenvolvido em outro trabalho (LAURELL, 1983, p. 157).

Esse conceito reconhece, assim, as dinâmicas sociais que engendram os processos de produção e reprodução das estruturas hegemônicas de dominação, exploração e marginalização na sociedade, conformando os modos de vida que se refletirão nos processos saúde-doença. Emerge desse cenário, assim, um discurso que terá como característica a apropriação dessa nova forma de abordagem da saúde nos locais de trabalho: a Saúde do Trabalhador.

Antes, contudo, de abordar essa nova forma de apreender a saúde nos ambientes laborais, é necessário abrir um parêntese para distinguir esse conceito da perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). A categoria dos DSS aborda as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população e suas relações com sua situação de saúde.

Os DSS são definidos pela comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Para a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS E FILHO, 2007).

Embora a abordagem dos DSS se caracterize como um avanço no que se refere à mobilização pela equidade em saúde e a inclusão de outros fatores para a causalidade de uma doença, ela não consegue superar narrativas ainda biologicistas e cartesianas de análises em saúde. Segundo Borde et al (2015), os DSS consideram as iniquidades em saúde como decorrentes de um contexto socioeconômico e político abstrato, rechaçando questionamentos mais críticos sobre as relações de poder na sociedade, ao contrário do que irá afirmar o paradigma da Saúde do Trabalhador.

O surgimento desse novo paradigma pode ser datado no final da década de 1970, quando é incorporado pelo campo da Saúde Coletiva, no contexto do debate acerca do movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Esse, por sua vez, influenciado pela reforma sanitária italiana com forte inspiração do Movimento Operário Italiano (MOI) e dos preceitos da medicina social latino-americana. A Saúde do Trabalhador surge com contornos de campo de conhecimento e

intervenção associados ao processo saúde-doença gerados pelo modo de produção e seus rebatimentos sociais na vida dos trabalhadores (FADEL DE VASCONCELLOS, 2007).

A novidade que advém, portanto, com o paradigma da Saúde do Trabalhador está na incorporação de diversas variáveis que possibilitaram novas análises dos imperativos do sistema de produção e organização do trabalho na saúde dos trabalhadores.

Entre as variáveis consideradas por Fadel de Vasconcellos (2007), destacamos: 1) a ampliação do escopo de intervenção sobre a produção dos processos e ambientes laborais, introduzindo variáveis econômicas e sociais; 2) a capacidade de intervenção da saúde pública e a necessária subordinação dos determinantes sobre essa; 3) a colocação do trabalhador, na condição de protagonista e sujeito no debate e na produção de conhecimentos sobre os processos de trabalho e de sua saúde; 4) o fim da ideia de que o contrato de trabalho é garantidor da saúde do trabalhador no seu cotidiano laboral.

Lacaz (2007) afirma que a investigação em Saúde do Trabalhador parte do pressuposto que o conjunto dos trabalhadores é agente de mudança, com conhecimentos e experiências próprias, que podem intervir e modificar seu ambiente de trabalho, “participando do controle da nocividade; da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras (LACAZ, 2007, p. 760)”.

Nesse sentido, a Saúde do Trabalhador tem como característica maior abrangência de análise, incorporando a complexidade das relações de trabalho e seus impactos na vida e saúde da classe trabalhadora a partir do conflito capital x trabalho como fator que determina o perfil de morbimortalidade populacional, as classes sociais e suas relações. Perfil esse que se modifica e evolui de acordo com as mudanças nas relações sociais (TAMBELLINI et al, 2013).

[...] vai ocorrer sobre o objeto de trabalho, mediante os instrumentos de trabalho, configurando o próprio trabalho e suas diferentes formas de organização, divisão, valorização, características de cada formação social e modo de produção, o que imprime um caráter histórico ao estudo das relações trabalho-saúde e, conseqüentemente, do adoecimento pelo trabalho (LACAZ, 2007, p. 759).

A referência central, dessa forma, para a produção de conhecimento nessa concepção, passa a ser o processo de trabalho, conceito que é utilizado com base na teoria sobre a crítica da economia política elaborada por Marx, e no entendimento da constatação da complexidade das relações existentes entre o trabalho e a saúde.

Na interseção das relações sociais e técnicas que o configuram, expressa-se o conflito de interesses entre o trabalho e o capital, que, além de ter sua origem na propriedade dos meios de produção e na apropriação do valor-produto realizado, consoma-se historicamente através de formas diversas de controle sobre o próprio processo de produção. Esse controle exercido no interior das unidades produtivas, por meio de velhos ou novos padrões de gestão da força de trabalho, respectivamente, taylorismo, fordismo e neotaylorismo, pós-fordismo, toyotismo, redonda na constituição de coletivos diferenciados de trabalhadores e de uma multiplicidade de agravos (MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 1997, p. 27).

Contudo, é importante ressaltar que a concepção de Saúde do Trabalhador, apesar de se configurar como um avanço quando comparada aos discursos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, ainda está submetida ao processo de valorização do capital, isso é, o trabalhador permanece como assalariado, submetido à lógica da exploração do capital sobre o trabalho (SOUZA et al, 2017). Portanto, nessa sociedade estruturada sobre a égide do capital, a expropriação dos trabalhadores dos meios de produção e dos recursos sociais deles decorrentes continuará a existir.

Nessa perspectiva, e com as limitações assinaladas, a saúde do trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade (MENDES E DIAS, 1991, p. 347).

Os preceitos da Saúde do Trabalhador, dessa maneira, extrapolam a esfera da saúde e estão essencialmente vinculados às demais políticas públicas, permanecendo sujeitos aos mais diversos desafios e subordinados a contextos macroeconômicos de ordem internacional. No cerne desses contextos estão presentes as consequências das políticas vigentes de emprego, previdência social, moradia, transporte, educação, saúde, entre outras.

Ainda assim, a concepção de Saúde do Trabalhador fornece um caminho para os trabalhadores na luta pelo direito a sua saúde, por melhores salários, por direitos

trabalhistas e previdenciários e, principalmente, na luta contra as instituições e contradições do sistema capitalista. Abre-se um horizonte para um sujeito com participação ativa na construção de sua própria cidadania no âmbito da saúde pública por meio de um posicionamento crítico (SOUZA et al, 2017) ao modo de produção e reprodução social típico do capitalismo.

A saúde do trabalhador, por seu turno, transcende o direito trabalhista, previdenciário e os demais direitos limitantes por efeitos específicos de contratos. A ST invoca o direito à saúde no seu espectro irrestrito da cidadania plena, típica dos direitos civis, econômicos, sociais e humanos fundamentais, a que os demais "direitos" estão subordinados. A saúde do trabalhador arvora a si, desse modo, a égide sobre as relações saúde-trabalho no Estado democrático de direito. Para essa missão a ST é unguida pela Constituição Federal/88 ao insinuá-la no SUS, a que o aparelho de Estado brasileiro destina a atribuição de garantir o dever do Estado ao direito à saúde (FADEL DE VASCONCELLOS, 2007, p. 162).

Diante do breve histórico apresentado neste item do capítulo, há que se destacar o avanço da concepção da Saúde do Trabalhador acerca do processo saúde-doença e sua relação com o trabalho. O desafio passa a ser a institucionalização de políticas públicas, em tempos neoliberais, que contemple ações em saúde do trabalhador que se aproxime dos preceitos defendidos por esse paradigma.

O resgate histórico proposto adiante, portanto, é importante para a análise do objeto de pesquisa, pois recupera a incorporação, pelo Estado brasileiro, das primeiras ações referentes à saúde do trabalhador que culminará no objeto desta pesquisa, isso é, a análise de implantação do principal serviço voltado para a atenção do servidor público federal, o SIASS. Cabe dizer que esse processo, de nenhuma maneira, se constituiu de forma linear e constante, como salientam Minayo-Gomez et al (2018).

3.2.

A incorporação político-institucional das ações em saúde do trabalhador

Foi a partir da Constituição Federal de 1988 que ações referentes à saúde do trabalhador são incorporadas ao âmbito da saúde e que essa passa a ser reconhecida formalmente como direito universal e dever do Estado. Posteriormente, a saúde do

trabalhador é detalhada na Lei nº 8.080/90, denominada de Lei Orgânica da Saúde (LOS), no seu artigo sexto, como 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).

O texto constitucional, com relação à saúde, atendeu, em grande parte, às reivindicações do movimento sanitário (resultado da luta e da pressão populares), impondo alguns limites aos interesses empresariais do setor hospitalar, no contexto de disputas institucionais ocorridas nos espaços da Assembleia Constituinte. Desse processo resultou a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios: a universalização, a descentralização e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação da sociedade.

Antes de prosseguir, cabe sinalizar que as disputas ocorridas nesses espaços da Assembleia Constituinte, no que diz respeito à saúde, transformaram-se em arena política, na qual se faziam presentes interesses antagônicos representados por dois blocos. O primeiro bloco formado por grupos empresariais, proprietários de empresas, grandes hospitais e clínicas médicas privadas, grandes indústrias nacionais e internacionais de equipamentos médicos, contando com o apoio da liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais). E o segundo bloco formado por trabalhadores (rurais e urbanos), sobretudo da área da saúde, e pela classe média, que estava cada vez mais pobre, defendendo as propostas do movimento sanitário sob a representação da Plenária Nacional pela Saúde (BRAVO, 2007).

Com os novos princípios previstos na Lei 8.080/90 se constrói um conjunto de ações em saúde do trabalhador, pressupondo uma atenção interdisciplinar com efetiva participação dos trabalhadores e outros representantes sociais, contribuindo para o enfrentamento da noção de que as condições de saúde dos trabalhadores no seu processo de trabalho deveriam estar a cargo dos Direitos Trabalhistas e Previdenciários.

Um marco para o debate sobre a saúde e para a culminação do SUS e seus princípios, nesse período, foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde,

em 1986, que tinha como principais pontos norteadores de discussão: a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; e a “[...] criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla Reforma Sanitária [...]” (BRAVO, 2011, p. 110).

Além desses dois pontos, a Conferência também tinha como horizonte a adoção e ampliação do conceito de saúde definido pela OMS, em 1946. Segundo a organização, a “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 2006). O conceito de saúde produzido na Conferência foi além e a referendou como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, condições de trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. O relatório final dessa Conferência serviu de base para a discussão dos defensores da Reforma Sanitária na formulação da Carta Magna de 1988.

Antes, contudo, da promulgação da referida Carta Magna, os dispositivos referentes à proteção à saúde dos trabalhadores estavam limitados às normas reguladoras previstas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), cujo foco era a preservação da força de trabalho, haja vista a prioridade das ações de assistência e controle, como as perícias médicas, os exames periódicos e a prevenção de riscos e de acidentes de trabalho (MARTINS et al, 2016). Para os servidores públicos não havia nenhum tipo de regulação e instrumentos institucionalizados de proteção à saúde.

Outra mudança importante decorrente da Constituição de 1988 foi a elaboração de um novo arcabouço jurídico e institucional para o serviço público federal, o Regime Jurídico Único (RJU), que determinou o ingresso através de concurso público para os futuros servidores públicos e transformou o regime daqueles que já trabalhavam no setor público para o novo referido regime. O RJU, de fato, foi instituído em 1990, no governo Fernando Collor de Mello, pela Lei 8.112.

A partir de então o que se observou foi a presença constante nas Conferências Nacionais de Saúde e na discussão dos movimentos sociais e dos trabalhadores de

uma demanda para a efetiva implantação de políticas voltadas para a atenção à saúde dos trabalhadores.

Em 1993, é criada a Comissão Interministerial da Saúde do Trabalhador (CIST) e também o Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador (GEISAT). Iniciavam-se, assim, ações com o propósito de regular e fiscalizar as relações de trabalho e a sua ligação com a saúde dos trabalhadores, incluindo os servidores públicos. No ano seguinte, é realizada a II Conferência de Saúde do Trabalhador que teve como deliberações principais a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) e a proposta de criação de Comissões de Saúde do Trabalhador nos serviços públicos e privados e a exigência que as instituições públicas passassem a emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Cabe dizer que essas deliberações, especialmente a de que o SUS deveria ser o órgão do Estado responsável pela coordenação das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos trabalhadores, foram alvo de resistências por parte de instâncias ligadas ao Ministério do Trabalho (OLIVAR, 2010).

Apesar de todo esse movimento de esforços, principalmente por parte dos trabalhadores atuantes no âmbito da saúde, no decorrer da década de 1990, para a efetivação de políticas referentes a saúde dos trabalhadores e da necessidade de consolidação do SUS como o responsável por sua execução, o que se presenciou foi a fragilidade do Ministério da Saúde, no que se refere às ações em saúde do trabalhador, para assumir tal iniciativa, levando o Ministério do Trabalho à retomada das ações nessa área, com a publicação de várias portarias nesse quesito (OLIVAR, 2010).

No início da década 2000, o Ministério da Saúde tinha em sua estrutura duas secretarias de caráter estratégico para a operacionalização das ações em saúde: a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), com uma atuação de cunho financiador e operacionalizador da política; e a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) com uma intervenção voltada para a formulação e implementação da política de saúde propriamente dita, que foi responsável por algumas ações voltadas para a saúde do trabalhador, como: capacitações técnicas; ações na área da vigilância e da atenção básica de saúde; elaboração de protocolos, normas e diretrizes, com destaque para a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost) no ano de 1997; a lista de

doenças relacionadas ao trabalho; e o manual de procedimentos para ações em saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001.

O que se observa no desenvolvimento das ações relativas à saúde do trabalhador, ainda que se tenha algumas conquistas relacionadas a elas no plano jurídico-institucional, é a presença de um processo complexo e contraditório que limita sua efetivação em termos mais amplos. Há um aumento do número de serviços referentes a essa área, porém, seu funcionamento é prejudicado, por exemplo, pela insuficiência de profissionais e de recursos materiais. Lacaz (2010) aponta também a ausência de iniciativas intersetoriais que legitimariam a importância da ação pública nessa área.

Olivar (2010) reforça essa situação paradoxal que envolve as ações em saúde do trabalhador ao afirmar que dentro da esfera da saúde pública, historicamente, essa área sempre transitou de uma maneira periférica, coadjuvante, contra hegemônica “envolta em uma indefinição institucional e da desfiliação recorrente que lhe foi imposta, aspectos que também contribuíram para seu ‘enraizamento institucional tardio’, hoje transita em meio à tensão entre o direito à saúde e a ofensiva neoliberal que vai debruçar a saúde pública” (p. 320).

Nesse sentido, as ações em saúde do trabalhador encontram dificuldades no que se refere a sua efetivação, pois também não estão isentas do contexto conjuntural de retrocesso de direitos imposto pela política neoliberal e do enfraquecimento das organizações representativas dos trabalhadores, conforme visto no capítulo 2. Assim, a política de saúde com um todo, elaborada durante a década de 1980, não escapa desse novo direcionamento político-econômico e da cultural de abrangência internacional, tornando-se cada vez mais vinculada ao mercado privado.

No ano de 2003, com o início do governo Luís Inácio Lula da Silva, é concebida a área Técnica de Saúde do Trabalhador (Cosat) com o objetivo de formular estratégias para a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). A Renast foi estruturada pela Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002, ampliada pela Portaria GM/MS nº 1.068 de 04 de julho de 2005 e novamente ampliada em 2009 pela necessidade de adequação ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS, com a Portaria nº 2.728. A iniciativa tem como principal

objetivo integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador, através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Para tal, a Renast prevê a inclusão de ações em saúde do trabalhador na atenção básica; a implementação das ações de vigilância e promoção em saúde do trabalhador; a instituição e indicação de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade⁸, chamados de Rede de Serviços Sentinela; e a caracterização de Municípios Sentinela em saúde do trabalhador, que corresponde a uma rede de serviços de assistência à saúde que tem como alguns pressupostos a contribuição para o aprimoramento do gerenciamento de risco nos serviços de saúde; a promoção e divulgação do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Notivisa); e o desenvolvimento de estudos de interesse do sistema de saúde brasileiro.

Em síntese, a Renast é definida como uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção, qualificando a atenção à saúde já exercida pelo SUS. Sua estrutura intenciona, a partir de centros de referência, serviços de saúde de retaguarda de média e alta complexidade e municípios-sentinela organizados em torno de um dado território, estabelecer fluxos de atenção aos trabalhadores em todos os níveis, de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental (LEÃO E FADEL DE VASCONCELLOS, 2011, p. 92).

Todavia, segundo Leão e Fadel de Vasconcellos (2011), a trajetória da Renast vem denotando impasses e obstáculos para sua efetiva implementação, principalmente através dos Cerest. O que vem se presenciando é a falta de comunicação entres os serviços, pouca interlocução intra e intersetoriais e, ainda, o predomínio de uma concepção de Saúde do Trabalhador com enfoque assistencialista e fragmentado, carecendo de uma abordagem mais sistêmica, integradora e totalizadora. Olivar (2010) também destaca que a ênfase assistencial acaba por sobrecarregar o trabalho dos técnicos dos Cerest, ocasionando a

⁸ A média complexidade em saúde é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como “ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento” (BRASIL, 2007, p. 17). Já a alta complexidade é descrita como um conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, visando o acesso da população a serviços qualificados.

impossibilidade de um direcionamento maior para as ações de planejamento, sistematização de informações, vigilância, pesquisa e articulação setorial.

Ainda durante o governo Lula houve a edição da Medida Provisória n. 316, de 11 de agosto de 2006, que facilita o reconhecimento do nexo técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo; o desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador para os sistemas de informação em saúde; e uma proposta de “Política Nacional de Saúde do Trabalhador”, colocada em consulta pública, denominada Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, disposta na Portaria Interministerial n. 800 de 3 de maio de 2005.

Foi convocada também, no ano de 2005, a Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – III CNST – realizada pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência, com o tema “Trabalhar sim, Adoecer não”. As três conferências realizadas no decorrer desses anos (1986, 1994, 2005) representaram, simultaneamente, espaços de formulação de propostas e políticas, mas também, espaços de conflitos e de interesses antagônicos. O acúmulo do debate propiciado por essas três conferências culminará na criação da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST), regulamentada pelo Decreto Lei nº 7.602, de 7 de dezembro de 2011, e, em 2012, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), já durante o governo de Dilma Rousseff (2010-2016).

Para Minayo Gomez et al (2018), a homologação da PNSTT, em 2012, representou um passo importante, visto que se configura como a principal referência para nortear as ações e a produção científica na área de saúde do trabalhador. Para os autores, a PNSTT

efetivamente pode contribuir, entre muitos outros aspectos, para superar o distanciamento entre a produção de conhecimentos de setores da academia e as necessidades de fundamentação na prática dos serviços. Um desafio é a aferição do processo de formação que se baseie em resultados objetivos, cujo desfecho do percurso formativo seja a investigação/ação concretizada no mundo real e ombreada com os trabalhadores (MINAYO GOMEZ, 2018, p. 1967).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tem como objetivo a “promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados

ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho” (BRASIL, 2011) por meio dos princípios da universalidade; prevenção; precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; diálogo social; e integralidade. Já a PNSST tem como finalidade

definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivo (BRASIL, 2012).

Tanto a PNSTT como a PNSST compartilham princípios semelhantes e definem o SUS como a instância responsável pela execução das ações em saúde do trabalhador, conforme determina a Constituição Federal de 1988.

A partir de 2003 pode-se perceber que houve um significativo processo de formulação, elaboração e homologação de políticas e serviços voltados para a área da saúde do trabalhador. Esse processo coincidiu com o início do governo Lula. Bravo (2006) realiza uma análise do primeiro mandato de Lula em relação à saúde e destaca dois momentos, um de inovação e outro de continuidade.

O primeiro se refere ao retorno do ideário sanitário; a escolha de profissionais técnicos e comprometidos com o movimento da Reforma Sanitária em cargos importantes no governo; a reestruturação do Ministério da Saúde com a criação de três secretarias que buscaram unificar os níveis de atenção à saúde, a saber: secretaria do trabalho, secretaria de gestão participativa e secretaria de atenção à saúde; a convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde; a escolha da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Quanto ao momento de continuidade, Bravo (2006) destaca: a precarização do trabalho na saúde; a focalização das ações na saúde, principalmente no que tange à atenção básica; a utilização de recursos pertencentes à Seguridade Social para outros gastos; e, conseqüentemente, a falta de financiamento na política de saúde.

A euforia inicial dos setores da esquerda brasileira, especialmente aqueles ligados aos movimentos sindicais, populares ou políticos que desde a criação do Partido dos Trabalhadores (PT) formavam a base do partido, foi diminuindo à medida que a administração do governo se mostrava propensa à “continuidade” da política neoliberal iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso, ainda que se possa estabelecer algumas diferenças no que se refere ao atendimento às demandas da classe trabalhadora.

Destacamos como manutenção da política anterior, as parcerias entre setor público e setor privado para a efetivação dos programas e projetos de seu governo. Em linhas gerais, a administração de Luís Inácio Lula da Silva

[...] deu continuação às reformas liberais – através da implementação de uma reforma da previdência dos servidores públicos que abriu espaço para o capital financeiro. Na mesma direção, iniciou um processo para reformar a legislação sindical e sinalizou para uma reforma das leis trabalhistas, com o intuito de aprofundar a flexibilização já em curso. Além disso, logo no início do governo, alterou a Constituição, para facilitar, posteriormente, o encaminhamento da proposta de independência do Banco Central. Posteriormente, aprovou a lei de falências e a lei das chamadas parcerias público-privado (PPP), com o intuito de desencadear uma nova fase das privatizações, agora abrangendo a infraestrutura futura do país [...] (DRUCK E FILGUEIRAS, 2007, p. 27-28).

Em resumo, a política social do governo de Luís Inácio Lula da Silva, o Lula, manteve o caráter liberal dos últimos governos, coerente com o modelo econômico internacional vigente. Embora, como identifica Silva (2010), as políticas de combate à pobreza, carro-chefe de seus dois mandatos, tenham privilegiado programas sociais focalizados que, tanto do ponto de vista dos montantes transferidos quanto do número de famílias atingidas, assumiram uma dimensão nunca antes vista, revelando sua importância para as famílias que se encontravam em situação de extrema pobreza. Ao mesmo tempo, esses programas acabaram por ratificar a “estratégia neoliberal de acumulação do capital, pois, assim como previam os principais teóricos do neoliberalismo, sua existência é justificável, já que promove uma ajuda ao pobre sem afetar as relações de mercado” (SILVA, 2010, p. 152).

Tanto a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST) como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) foram instituídas em 2011 e 2012, respectivamente, no decorrer do governo de Dilma

Rousseff, ainda que o acúmulo teórico e de debate acerca das ações em saúde do trabalhador tenha se concentrado no governo anterior.

Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), foi eleita a primeira mulher para a presidência do Brasil e contou com o apoio e a popularidade do seu antecessor e companheiro de partido, Luís Inácio Lula da Silva. Segundo Menezes (2014), o mandato de Dilma, diante da crise capitalista incontrolada e alianças políticas feitas com partidos liberais, assumiu uma posição ainda mais privatista do que o governo anterior, com aprofundamento das políticas e programas focalizados e comprometimento com a manutenção do modelo econômico vigente.

Para Menezes (2014), de uma forma geral, as políticas sociais assumidas pelos governos do PT permaneceram subordinadas à lógica de valorização do capital financeiro; não conseguiram viabilizar a concepção de Seguridade Social prevista no nosso marco constitucional; foram subfinanciadas e não conseguiram contemplar as deliberações de seus conselhos e conferências; além do avanço da privatização do serviço público federal, por meio das parcerias público-privadas.

Em maio de 2016, após o que Behring (2016) chama de golpe de Estado parlamentar-midiático com apoio de segmentos do Judiciário, Michel Temer assume o poder colocando fim aos governos sucessivos do PT. Segundo Bravo et al (2018, p. 12), o governo ilegítimo de Temer assume com o projeto conservador ultra liberal, “assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional”.

Presencia-se, portanto, durante a vigência da gestão Temer, a aceleração dos processos de contrarreforma e a permanência do processo de privatização na saúde, que tem como maior exemplo o congelamento do envio de recursos orçamentários, por 20 anos, para as áreas da Saúde, Educação e Previdência Social, por meio da Emenda Constitucional 95/2016 (conhecida como PEC do Fim do Mundo), detalhada melhor no capítulo 2 desta dissertação. Além, das propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRAVO et al, 2018; BARROS E BRITO, 2019).

Ainda durante o governo Temer, no ano de 2017, foram aprovadas a Lei nº 13.429, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros, e a Lei nº 13.467, que altera e revoga alguns dispositivos previstos na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Essas duas novas legislações representam o aprofundamento da tensão capital *versus* trabalho com o aumento da precarização das condições de trabalho e do número de trabalhadores sem direitos, visto que legalizam novas modalidades de trabalho como a jornada intermitente, em que o trabalhador vai receber por hora ou dia trabalhado sem qualquer tipo de garantia ou contrato de trabalho.

Outras formulações aprovadas se referem à redução do intervalo mínimo de descanso para os trabalhadores para 30 minutos e a possibilidade do cumprimento de 12 horas de trabalho seguidas, mesmo em ambientes de trabalho insalubres. Essas novas medidas provocarão e intensificarão a sobrecarga de trabalho e contribuirão para o aumento dos casos de acidente de trabalho e afastamentos para tratamento de saúde dos trabalhadores, indo de encontro aos esforços de implantação e de prerrogativas previstas nas referidas políticas em saúde do trabalhador citadas acima.

Diante desse cenário político e econômico, é necessário reiterar que o processo de institucionalização de políticas e ações em saúde do trabalhador, e das políticas sociais em geral, pelo Estado brasileiro, está vinculado e é resultante da organização do trabalho e da apropriação da riqueza pela classe trabalhadora na sociedade vigente.

Depreende-se também que a concentração do debate e de implantações de ações referentes à saúde dos trabalhadores se deu no decorrer dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), em especial durante o governo Lula, ainda que se aponte os limites ali presentes.

Com relação a esses limites, pode-se dizer que fazem parte de um processo que pode ser compreendido como uma forma dos governos do PT em atender, de certa maneira, algumas das demandas colocadas pelos trabalhadores, em especial aqueles pertencentes às camadas que ajudaram a elegê-lo, como os movimentos sindicais e populares, tendo em vista a necessidade de se criar legitimidade em torno

de seus governos e mandatos. Desse modo, avanços ocorreram no que se refere à formalização de políticas sociais, como, por exemplo, as políticas de saúde e segurança dos trabalhadores, e a ampliação de alguns desses serviços, porém, de forma paralela, o PT não abriu mão da lógica neoliberal e da coalizão com poderes alinhados a essa direção.

Em outros termos, houve, durante os governos do PT, a busca pela proximidade e acordos com partidos e setores da esquerda da sociedade brasileira no atendimento, de algum modo, de suas respectivas demandas, contudo, sem deixar de lado a aliança com a ordem do capitalismo internacional vigente. Assim, a efetivação e o aprimoramento das diretrizes contidas nessas políticas não ocorreram em sua plenitude.

Em suma, Mendes et al (2015, p. 205), ao referenciar Thébaud-Mony (1998), constata que “saúde no trabalho faz parte de uma história ao mesmo tempo individual e coletiva, que se constrói na articulação entre a organização social da produção econômica e os homens e mulheres no trabalho”. O que será posto a seguir é o percurso das ações e políticas em saúde do trabalhador, especificamente, na esfera da administração pública federal que terão como público usuário seus trabalhadores, isso é, os servidores civis públicos federais, foco da pesquisa desta dissertação.

3.3.

A institucionalização das ações em saúde do trabalhador na administração pública federal: a criação do SIASS

No decorrer da década de 1990, o que se presenciou foi o início da formulação e implantação de ações em saúde do trabalhador, alicerçada pela Lei 8.080. No serviço público federal, o debate acerca de política de atenção à saúde de seus trabalhadores ficou limitado a sua formação e remuneração, sem privilegiar a relação entre saúde e trabalho. Para Ramminger e Nardi (2007), as políticas públicas dirigidas à saúde do trabalhador tiveram como objeto principal os trabalhadores da iniciativa privada, deixando um significativo vazio na atenção à saúde dos servidores públicos federais. Os autores realizaram um estudo sobre como foi

tratado o tema da saúde do servidor público nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST) e chegaram a essa constatação.

Enquanto o Estado, por meio de uma grande quantidade de dispositivos e Normas Regulamentadoras (NR), obrigava o setor privado a criar comissões para prevenir Acidentes de Trabalho e Serviço de Segurança do Trabalho, como a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA) e o Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), ainda que numa lógica muito limitada do conceito de Saúde do Trabalhador, os órgãos públicos careciam de uma política e ações para os servidores públicos (MESQUITA et al, 2008, p.6).

Cada instituição pública lidava com essa área de acordo com suas possibilidades, necessidades e entendimento. Assim, a saúde dos servidores públicos era tratada de forma diferenciada e desigual de acordo com cada ente público. Havia instituições que possuíam uma equipe mínima para atender a esses trabalhadores em suas demandas, porém, havia outras que sequer possuíam profissionais responsáveis por essa área. Esse cenário se reproduziu também nas esferas estaduais e municipais.

Zanin et al (2015) destacam que o produto dessas estruturas desiguais foi a ausência de um sistema informacional que retratasse as notificações relacionadas com saúde dos servidores, como as licenças médicas, os acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e casos de readaptação, impossibilitando o conhecimento das razões de adoecimento dessa categoria.

Apenas no começo dos anos 2000, e influenciados pelo debate que se sucedia no âmbito nacional em torno da formulação de ações de atenção à saúde dos trabalhadores, conforme visto, foram realizadas, no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), discussões com a participação de diferentes órgãos federais, sindicais e gestores públicos, com o objetivo de elaborar uma política específica para os servidores públicos da União, considerando a subordinação desses trabalhadores a uma legislação própria e diferenciada.

O resultado dessas discussões culminou, no ano de 2006, na criação, pelo MPOG, do Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP). O

Estado, pela primeira vez, passava a assumir, em caráter oficial, sua responsabilidade como empregador no que se refere à saúde de seus trabalhadores.

O SISOSP foi criado com o objetivo de padronizar o atendimento a esses servidores no que se refere, por exemplo, a realização de perícias médicas, de emissão de laudos e controles de risco e ações de assistência à saúde. No ano de 2009, contudo, o SISOSP muda de nome para Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) sob a permanência de gestão pelo MPOG. Essa troca de nome se deve, como apontam Andrade et al (2012), a uma mudança de referencial teórico, visto que o SISOSP estava mais alinhado a uma concepção restrita da Saúde Ocupacional, como o próprio nome já indicava.

O artigo 2º do decreto que institui o SIASS visa “coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores [...] de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo” (BRASIL, 2009). Para a operacionalização do SIASS está previsto a criação de convênios entre as instituições públicas federais. Os órgãos públicos devem realizar um acordo de cooperação técnica a partir de sua necessidade, sob a intermediação do MPOG, para a implantação de uma unidade SIASS na sua área de atuação.

O projeto de construção do SIASS previa que o Ministério do Planejamento fizesse a intermediação de convênios para a organização das estruturas do Sistema, chamadas de Unidades de Referências, viabilizando sua operacionalização em todo o território nacional. A estratégia concebida para isso foi a pactuação entre os diferentes atores na definição de papéis e responsabilidades de todos os envolvidos. Assim, coube ao Ministério do Planejamento a gestão da política; à Coordenação local do SIASS o papel de colaborador na gestão e às instituições federais selecionadas abrigar as Unidades de Referência para a operacionalização das ações mediante convênios em que devem ser alocados recursos financeiros e humanos (ANDRADE et al, 2012, p. 8).

O SIASS também é criado com a proposta de implantar um sistema integrado de informações epidemiológicas e de vigilância dos ambientes e processos de trabalho no setor público federal. No ano de 2010, através da Portaria Normativa nº 03 de 07 de maio, é estabelecida a Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal (NOSS) com o objetivo de regulamentar as diretrizes para a

implementação das ações de vigilância nos espaços laborais e de promoção à saúde do trabalhador federal.

Essas duas legislações passam a incorporar a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público (PASS) que está estruturada em três eixos: assistência a saúde do servidor público; perícia; e promoção e vigilância à saúde dos servidores. Esse tripé de ações está fundamentado em uma “gestão com base em informação epidemiológica, em inter-relação entre os eixos, trabalho em equipe multidisciplinar e avaliação dos locais de trabalho que considere os ambientes e as relações de trabalho, constituindo outro paradigma da relação saúde e trabalho no serviço público” (PASS, 2012, p. 3).

Com a criação do SIASS, em 2009, até o ano de 2019, quando a política completou 10 anos de implantação, outros dispositivos legais, indicados no quadro 1 abaixo, foram incorporados à PASS. A partir de 2009 o que se vem observando, portanto, é a implementação de unidades do SIASS pelo território nacional. Segundo informações do (SIAPENET), responsável pelas informações do SIASS, há atualmente 160 unidades de serviço de atenção à saúde do servidor pelo Brasil.

Quadro 1. Legislações referentes à Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal

Decreto n. 6.833, de 29 de abril de 2009	Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS – e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor;
Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009	Dispõe sobre os exames médicos periódicos dos servidores;
Portaria SRH nº 797, de 22 de março de 2010	Institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal;
Portaria SRH nº 1.261, de 5 de maio de 2010	Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil – SIPEC – da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores;
Portaria Normativa n. 3, de 7 de maio de 2010 e Anexo	Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor – NOSS;

Portaria n. 1397, de 10 de agosto de 2012	Estabelece orientações básicas aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre os procedimentos mínimos para a realização de acordo de cooperação técnica para a criação das unidades do SIASS;
Portaria Normativa n. 3, de 25 de março de 2013	Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, visando orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC;
Portaria n. 190, de 5 de setembro de 2019	Institui a avaliação por junta oficial com a utilização do recurso de videoconferência.

Fonte: Elaboração própria, 2019.

No próximo capítulo, será realizada a análise da organização do trabalho de uma dessas unidades do SIASS inserida em uma instituição federal de ensino localizada no município do Rio de Janeiro, priorizando seu processo de implantação, a partir da observação e da atuação do Serviço Social, relacionando-o com o aparato formal indicado no quadro acima e com os preceitos defendidos pelo paradigma da Saúde do Trabalhador, que esta dissertação defende.

4

A implantação da unidade do SIASS situada em uma instituição federal de ensino a partir da observação e do trabalho do Serviço Social

4.1.

O histórico da instituição federal de ensino pesquisada

A criação dessa instituição federal de ensino remonta ao início do século XX com a origem do ensino profissionalizante no Brasil. A partir do ano de 1978, já com sua atual nomenclatura, passa a vigorar como uma autarquia federal de regime especial, vinculada ao Ministério da Educação. Tal fato lhe proporcionou autonomia para eleger os cursos a serem ministrados pela instituição. Sua oferta educacional inclui cursos de ensino médio-técnico integrado, técnico, graduação (tecnólogo e bacharelado) e pós-graduação (*stricto e lato sensu*).

Atualmente, a referida instituição de ensino é composta por um *campus* sede, localizado no município do Rio de Janeiro, e por outros *campi* de ensino descentralizados situados por todo o Estado. Seu quadro funcional é preenchido por docentes, técnicos administrativos em educação e trabalhadores terceirizados que realizam serviços de limpeza, manutenção, vigilância, transporte e recepção.

Segundo os relatórios de gestão de exercício, publicados no site oficial no segundo semestre de 2018, a instituição possuía cerca de 15 mil alunos regulares distribuídos entre seus cursos de educação profissional técnica de nível médio, ensino de graduação e pós-graduação. Com relação ao corpo de servidores, ele é composto por 864 docentes e 620 técnicos administrativos em educação. Não há registro do número de trabalhadores terceirizados na instituição.

Os trabalhadores terceirizados, como posto acima, se concentram nas atividades de limpeza, manutenção, vigilância, transporte e recepção e são contratados por empresas privadas distintas. A instituição delega um servidor que fica responsável pela gestão e fiscalização de determinado contrato terceirizado. Todavia, o corpo de profissionais que possuem esse vínculo trabalhista não é registrado pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS),

visto que pertencem ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS) e não conseguimos apurar junto aos respectivos responsáveis pelo contrato o número exato desse segmento de trabalhadores na instituição.

No item 2.3 desta dissertação – *O neoliberalismo no Brasil: seus impactos na administração pública federal e seus rebatimentos na saúde dos trabalhadores* – foi abordada a problemática da terceirização no serviço público federal. No ano de 1995, com o governo Fernando Henrique Cardoso, dá-se início a uma implantação gradativa da Administração Pública Gerencial, com uma série de medidas e dispositivos que possibilitaram a ampliação da forma de contratação terceirizada com o suposto propósito de se reduzir os custos do Estado com as responsabilidades legais trabalhistas de seus trabalhadores.

O trabalho terceirizado dentro dessa instituição segue a tendência da terceirização no país, isso é, voltado para as atividades de prestação de serviços com baixa remuneração, trabalhos repetitivos, com pouca exigência de qualificação e com a predominância de mulheres na sua execução (PASSOS E NOGUEIRA, 2018). Quanto à unidade do SIASS da instituição, a equipe que a compõe, que será detalhada adiante, procura atender a esse segmento de trabalhadores de acordo com as demandas colocadas, como atendimentos médicos, odontológicos, sociais e psicológicos. Todavia, é grande a dificuldade para se monitorar e registrar as condições de trabalho e saúde desses trabalhadores, haja vista a especificidade trabalhista.

Voltando ao outro grupo de trabalhadores da instituição, o cargo de técnico administrativo em educação, conhecido pela sigla (TAE), é estruturado pelo Plano de Carreira dos Técnicos Administrativos em Educação e é dividido em cinco níveis de classificação: A, B, C, D e E. Essas classes são conjuntos de cargos de mesma hierarquia, classificados a partir de alguns requisitos, como a escolaridade. Nesse sentido, há técnicos administrativos em educação em cargos de nível superior, médio e fundamental com atribuições pertinentes a cada formação.

No ano de 2014 houve a realização de um concurso público para o cumprimento de cargos efetivos para diferentes níveis de escolaridade e competências e, conseqüentemente, houve a chegada de profissionais distintos na instituição. Com a formação em Serviço Social, pude realizar o concurso e fui

aprovada. Após a convocação e posse fui informada que ficaria lotada no setor responsável pela atenção à saúde dos trabalhadores – denominada de Divisão de Atenção à Saúde e Perícias com subordinação ao Departamento de Recursos Humanos (DRH) – juntamente com outros profissionais de diferentes especialidades, como Odontologia, Enfermagem, Medicina, Psicologia, Nutrição e Técnico em Assuntos Educacionais, aumentando o quadro multidisciplinar de trabalhadores do setor.

4.2.

Aproximação com o campo empírico, coleta de dados e critérios éticos na análise da implantação de uma unidade do SIASS

A aproximação com o campo empírico, como já mencionado na introdução desta dissertação, ocorreu em 2014, via concurso público. Esse período coincidiu com o início da implantação da unidade do SIASS no setor. As reflexões que aqui se sucederão estão ancoradas parcialmente em minha inserção nesse espaço sócio-ocupacional no cargo de assistente social e, portanto, oriundas da observação e intervenção do Serviço Social em atendimentos, atividades em grupo, reuniões e, também, da condição de servidora da instituição, ou seja, na condição de trabalhadora sujeita às alienações típicas do trabalho coletivo no capitalismo.

Para subsidiar a apreensão da organização do trabalho nessa unidade do SIASS e a análise desse processo foram considerados os dados colhidos do Sistema de Informações de Saúde e Segurança do portal do SIASS da unidade da instituição pesquisada no período dos anos de 2016 a 2019. Os dados referentes a 2014, ano da implantação do SIASS, e 2015 não puderam ser sistematizados pois, nesse período, o código pericial da unidade do SIASS da instituição ainda era vinculado à unidade do SIASS do Ministério da Saúde, órgão que, anteriormente, realizava algumas perícias dos servidores da instituição. Só a partir de 2016 essa unidade do SIASS adquire código de registro próprio e suas avaliações periciais passam a ser computadas no Sistema de Informações de Saúde e Segurança.

Também foi feito um quadro síntese com o devido mapeamento das legislações referentes ao SIASS, compreendendo seu primeiro decreto, datado do ano de 2009 até sua última legislação implementada, no ano de 2019. A partir desses

dados empíricos, vivências profissionais e referências teóricas, foi possível elaborar algumas análises acerca do processo de implantação da unidade do SIASS em uma instituição de ensino federal.

A coleta de dados é de grande importância, pois sua utilização permite o contato com inúmeras informações deles extraídas e fazer com que diversas áreas das Ciências Humanas possibilitem e ampliem o conhecimento de seus objetos cujo entendimento necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA et al, 2009). Além disso, é possível propiciar o acréscimo da dimensão do tempo à compreensão social, favorecendo a observação do processo de desenvolvimento de indivíduos, grupos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas (CELLARD, 2008).

De acordo com Sá-Silva et al (2009), a análise dos documentos viabiliza a produção ou reelaboração de conhecimentos e, por conseguinte, a construção de novas maneiras de compreender os fenômenos ali estudados, com a condição de que o pesquisador elucide, sintetize as informações ali contidas e determine tendências para que, na medida do possível, faça inferências, visto que “os fatos presentes na pesquisa documental por si só não explicam nada” (p. 10).

[...] o uso da análise documental, que se refere à pesquisa documental, que utiliza em sua essência: documentos que não sofreram tratamento analítico, ou seja, que não foram analisados ou sistematizados. O desafio a esta técnica de pesquisa é a capacidade que o pesquisador tem de selecionar, tratar e interpretar a informação, visando compreender a interação com sua fonte. Quando isso acontece, há um incremento de detalhes à pesquisa e os dados coletados tornam-se mais significativos (KRIPKA et al, 2015, p. 243).

A pesquisa desses dados possibilitou o alcance de dois objetivos específicos desta dissertação: a análise da organização do trabalho da unidade do SIASS da instituição mencionada e se o SIASS, como ferramenta da política de atenção à saúde do servidor público federal, vem proporcionando a possibilidade de registro das mudanças identificadas pelos profissionais de saúde nas relações de trabalho, podendo esses fazerem ou não a relação com as condições e processos de trabalho. O chamado “nexo causal”, caracterizado não como elemento único, mas como um conjunto de acontecimentos na vida do trabalhador decorrentes de seu trabalho e espaço laborativo.

4.2.1.

Os critérios éticos percorridos para a análise da implantação de uma unidade do SIASS

Para o acesso aos dados da pesquisa foi preenchido o Termo de Solicitação de Relatórios de Pesquisas Gerenciais do SIAPE SAÚDE, conforme o anexo desta dissertação, e enviado à chefia/gestão da unidade do SIASS pesquisada para a devida ciência e autorização, conforme prevê orientação do documento publicado em 4 de janeiro de 2012 e que dispõe sobre as informações referentes à Perícia Oficial em Saúde por meio da funcionalidade de Relatórios de Pesquisas Gerenciais do SIAPE Saúde. Cabe ressaltar que as informações presentes nesses relatórios e analisadas nesta pesquisa preservaram os dados funcionais de cada servidor, não revelando, portanto, nomes, cargos ou funções.

Esse sistema de informações compõe o Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SIAPE) que é responsável pela folha salarial dos servidores regidos pelo Regime Jurídico Único Federal (Lei 8.112/90), pela CLT e por outros regimes específicos (contratos temporários, estágios, residência médica e outros). Além de ser o responsável pelo pagamento dos servidores aposentados e dos pensionistas

Cabe dizer que as análises apresentadas não consistem em críticas de valores morais aos sujeitos envolvidos no processo de implantação e organização da unidade do SIASS pesquisada e sim de reflexões acerca do processo de trabalho realizado. As ações da política de atenção à saúde do servidor, conforme exposto no decorrer da dissertação, são recentes e não se configuram como uma realidade estática, ao contrário, são permeadas por paradoxos, por disputas de interesses no âmbito interno e externo de cada instituição, e influenciadas, de igual maneira, pelo contexto nacional e sua relação com o cenário internacional.

4.3.

O processo de implantação da unidade do SIASS na instituição pesquisada: continuidades e rupturas

A Divisão de Atenção à Saúde e Perícias, que antes de 2014 era vinculada à Prefeitura do *campus* e que possuía outra nomenclatura, sempre foi um espaço destinado ao atendimento de pequenas emergências de saúde para todo o seu quadro

interno (trabalhadores e estudantes). Já possuía uma equipe multiprofissional⁹ composta pelas seguintes especialidades: Serviço Social, Psicologia, Medicina, Enfermagem e Odontologia, além de profissionais com funções administrativas. Contudo, não havia nenhum tipo de projeto voltado para a atenção à saúde do servidor, tampouco direcionado para ações de vigilância e promoção à saúde. Os servidores atuavam de acordo com as demandas colocadas no dia a dia ao setor pela comunidade interna.

O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), através da Secretaria de Recursos Humanos, em documento publicado em 2010, admitia que a consequência da ausência de uma política nacional de saúde do servidor articulada e central foi a operação de serviços de saúde com recursos financeiros, estruturas físicas e organizacionais e critérios periciais diferenciados:

Alguns órgãos estruturaram serviços de excelência em saúde, com ações nas áreas de assistência, perícia e promoção, realizando exames médicos periódicos; outros não desenvolveram nenhuma ação na área de saúde do servidor, nem sequer possibilitaram o acesso às juntas médicas para a concessão de direitos (BRASIL, 2010, p. 3).

De acordo com o previsto na Lei 8.112/90 e no Decreto nº 7.003 de 09 de novembro de 2009, as perícias podem ser denominadas como uma avaliação técnica presencial, realizada por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado, destinada a fundamentar as decisões da administração pública federal. Elas podem ser realizadas por apenas um perito, sendo denominada de perícia oficial singular, nos casos de licenças que não ultrapasse 120 dias no período de 12 meses contados a partir da data da concessão. Ou por uma avaliação pericial formada por um grupo de três médicos ou de três cirurgiões-dentistas, denominada de junta oficial, quando a licença para tratamento de saúde do servidor periciado for superior a 120 dias.

Há também licenças que não requerem a realização de perícia, são elas: afastamento do servidor por período inferior a cinco dias ou inferior a 15 dias dentro do período de 12 meses, nos casos de licenças para tratamento de saúde do próprio servidor; e afastamento por período inferior a três dias em licenças por motivo de doença em pessoa da família, ambas, porém, condicionadas a apresentação de

⁹Apesar de o setor possuir uma equipe multiprofissional, no ano de 2014, uma parte dos profissionais já se encontrava aposentada.

atestado médico, conforme a síntese do quadro 2 abaixo. No que se refere às avaliações periciais, o setor atuava no atendimento de perícias singulares (composta de apenas um médico) para tratamento de saúde de até 120 dias a servidores lotados na instituição.

Quadro 2. Síntese dos critérios das licenças por motivo de saúde

Licença para tratamento de saúde	Licença por motivo de doença em pessoa da família
Dispensada de perícia: afastamento igual ou inferior a 5 dias e inferior a 15 dias, dentro de 12 meses;	Dispensada de perícia: afastamento inferior ou igual a 3 dias e inferior a 15 dias, dentro de 12 meses
Perícia Singular: até 120 dias de afastamento, ininterruptos ou não, dentro de 12 meses;	Perícia Singular: até 60 dias, consecutivos ou não, com vencimento; até 90 dias, consecutivos ou não, sem vencimento.
Junta Oficial em Saúde: a partir de 120 dias de afastamento, dentro de 24 meses;	

Fonte: Elaboração própria, 2019. Com base na Lei nº 8.112/1990 e no Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal atualizada no ano de 2017.

Além das licenças para tratamento de saúde e por motivo de doença em pessoa da família, referidas no quadro acima, o servidor deve passar também por avaliação pericial nos casos especificados abaixo.

Quadro 3. Casos que necessitam de avaliação pericial

Avaliação por Perícia Oficial em Saúde	Natureza da Perícia
Licença à gestante;	Perícia oficial singular em saúde
Licença por motivo de acidente em serviço;	Perícia oficial singular em saúde
Aposentadoria por invalidez;	Junta oficial em saúde
Avaliação para fins de pensão: 1) Constatação de invalidez de filho, enteado ou irmão; 2) Constatação de deficiência intelectual ou mental de filho, enteado ou irmão;	Junta oficial em saúde
Remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família;	Junta oficial em saúde
Horário especial para servidor com deficiência e para o servidor com familiar com deficiência;	Junta oficial em saúde
Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público em vaga de pessoa com deficiência;	Equipe multiprofissional incluindo um médico investido em cargo público (médico oficial)

Avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar;	Junta oficial em saúde
Recomendação para tratamento de acidentados em serviço em instituição privada à conta de recursos públicos;	Junta oficial em saúde
Readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laboral;	Perícia oficial singular em saúde
Avaliação de servidor aposentado por invalidez para fins de reversão;	Junta oficial em saúde
Avaliação de servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no §1º do art. 186, para fins de integralização de proventos;	Junta oficial em saúde
Exame para investidura em cargo público;	Perícia oficial singular em saúde
Avaliação da capacidade laboral de servidor em disponibilidade;	Junta oficial em saúde
Pedido de reconsideração e recurso acerca de avaliações periciais;	Perícia oficial singular ou junta oficial em saúde, conforme período de afastamento
Avaliação para isenção de imposto de renda;	Perícia oficial singular em saúde ou junta oficial em saúde
Avaliação de idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar;	Perícia oficial singular em saúde ou junta oficial em saúde
Avaliação de servidor portador de deficiência para comprovação da necessidade de acompanhamento de viagem a serviço;	Perícia oficial singular em saúde ou junta oficial em saúde
Avaliação da capacidade laboral por recomendação superior;	Perícia oficial singular em saúde ou junta oficial em saúde
Comunicação de doença de notificação compulsória.	Profissional que primeiro levantar a hipótese diagnóstica

Fonte: Elaboração própria, 2019. Com base na Lei nº 8.112/1990 e no Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal atualizada no ano de 2017.

Na instituição, quando havia necessidade de avaliação por juntas oficiais, o servidor era encaminhado até a sede do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, pois esse órgão era conveniado com a mesma para a prestação desse serviço. Esse fato, segundo os relatos dos profissionais que já atuavam no setor, é o que motivou o mesmo a optar pela implantação de uma unidade do SIASS na instituição. Nesse sentido, a ida dos servidores até o Ministério da Saúde para a realização das juntas periciais; a exigência burocrática para cada encaminhamento de servidor; a própria postura do Ministério da Saúde no que se refere à diminuição da realização de

perícias de servidores de outros órgãos públicos federais; e o horizonte da chegada de novos profissionais com a abertura do concurso de 2014 se constituíram como razões para a tomada dessa decisão.

Antes de prosseguir, é importante esclarecer que o setor de saúde sempre existiu na sede da instituição. Os outros *campi* não dispunham e ainda não dispõem de um setor responsável pela atenção à saúde dos servidores. Assim, esses trabalhadores, quando precisam de alguma assistência relacionada com sua saúde, devem se dirigir ao *campus* sede, tornando o atendimento dessa demanda, de alguma maneira, prejudicada devido ao deslocamento do trabalhador.

Um exemplo do prejuízo causado por esse deslocamento, haja vista que a maioria dos *campi* se encontra em outros municípios do Estado do Rio de Janeiro, é a dificuldade de se manter o acompanhamento de servidores que necessitam de assistência relacionada com algum aspecto da sua saúde e/ou vida laboral. Há situações em que a equipe observa que o servidor tem que ser acompanhado sistematicamente através de atendimentos, todavia, eles acabam comprometidos quando a lotação funcional do mesmo não é no *campus* sede, trazendo obstáculos para a intervenção da equipe na demanda complexa identificada.

Voltando aos motivos que levaram à implantação da unidade do SIASS na instituição, apreende-se que foi um processo que partiu do próprio setor e encaminhado pela figura da chefia, não contando com a participação e deliberação de outros setores e departamentos, tampouco houve algum tipo de consulta dirigida à comunidade interna sobre a possibilidade de implantação desse serviço. Pode-se dizer, portanto, que esse percurso foi constituído de maneira apartada dos servidores e dos demais setores da instituição, constituindo-se como uma solução meramente administrativa centrada na execução de perícias.

O Decreto nº 6.833 de 2009 ao instituir o SIASS considera-o como um sistema que tem por objetivo a coordenação e integração de ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial e acompanhamento da saúde de servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional. Desse modo, estabelece-se um tripé de ações da seguinte forma:

I - assistência à saúde: ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo

as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e

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

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

A perícia oficial é uma das três ações que devem ser consideradas para a implantação e a posterior execução do SIASS, todavia, no processo de implementação desta unidade do SIASS o eixo da perícia se sobressaiu aos outros dois e se caracterizou como o motivo principal. Ainda neste capítulo, no item 4.3.2. *“A persistente primazia da perícia médica e do poder biomédico na efetivação da política de saúde do trabalhador”* abordaremos de maneira mais detalhada como se deu esse processo e os imperativos que decorrem da concentração das ações em saúde do trabalhador na realização de perícias oficiais.

E ainda que o próprio Decreto nº 6.833 de 2009 não mencione a participação dos servidores na decisão de se implantar o SIASS nas instituições, percebe-se a importância da participação destes quando se analisa as demais legislações que estruturam a Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS). As disposições preliminares da Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal (NOSS), do ano de 2010, afirmam que o referido documento é fruto de “um processo de discussão, encontros e oficinas, que teve a participação de técnicos de diversos órgãos e entidades da Administração Pública Federal” (BRASIL, 2010, p. 2).

Já o documento realizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), no ano de 2010, para a apresentação da PASS, afirma que a organização e definição das unidades do SIASS devem seguir “critérios de capacidade física e humana instalada, facilidade de acesso e apoio institucional ao projeto SIASS. A escolha dessas unidades deve, ainda, contemplar um processo de entendimento coletivo” (BRASIL, 2010, p. 5). O que vai de encontro ao exposto nos parágrafos anteriores, visto que a razão principal da implantação da unidade do SIASS na instituição se deu em torno da realização de perícias médicas na própria, deixando de lado os critérios estipulados acima. Principalmente no que concerne à participação da comunidade interna sobre essa política e sobre as expectativas

quanto ao atendimento de suas demandas, o que, se realizado fosse, configuraria como um processo participativo.

Contudo, antes de prosseguir, é importante fazer uma ressalva para dizer que a crítica neste trabalho não reside na implantação dessa unidade do SIASS na instituição, pois essa política é de suma importância para a elaboração de ações em saúde do trabalhador. As observações aqui presentes se referem a maneira como se deu essa implantação, haja vista que esse primeiro momento é determinante para a forma como esse serviço vai se desenvolver no decorrer desses anos na instituição.

Andrade (2009), no ano do decreto que instituiu o SIASS, realizou um trabalho sobre o acompanhamento das iniciativas de implementação desse novo sistema no serviço público federal. A autora realizou uma investigação qualitativa com duas instituições federais do Rio de Janeiro e com suas respectivas representações sindicais. Os resultados já revelavam a ausência da participação dos trabalhadores através de suas seções representativas no processo de implementação do SIASS nessas instituições e a baixa capacidade de institucionalização do SIASS, ainda que se pese o pouco tempo de criação desse serviço.

Seis anos depois, ano da implantação da unidade do SIASS na instituição, ocorreu situação semelhante. A importância de se consultar a comunidade interna sobre as demandas relativas à assistência a sua saúde, alinhando-se, assim, a um fluxo democrático e participativo de deliberações, poderia evitar ou diminuir, como será abordado ao longo do capítulo, desconhecimentos sobre a atuação do SIASS na atenção à saúde dessa categoria na instituição. Para melhor exposição e entendimento, as análises serão divididas em três questões que se sobressaíram no processo de implantação do SIASS na instituição: a gestão/política do SIASS; papel/importância das perícias médicas; e a equipe multidisciplinar que compõe essa unidade do SIASS.

Antes de seguir, porém, é importante refletir que todas estas questões que serão analisadas no decorrer do capítulo estão situadas no enfrentamento das contradições decorrentes do conflito capital-trabalho, no qual estão presentes interesses do Estado, da sociedade e do capital pautado pelos princípios do neoliberalismo. Assim, podemos dizer que muitas das críticas que serão apontadas residem na fragmentação e no esvaziamento dos serviços e da pouca efetivação das

políticas sociais em virtude do enfraquecimento do papel do Estado provedor, característico da perspectiva neoliberal.

Neste sentido, a primeira pergunta que surge é como institucionalizar políticas referentes à saúde dos trabalhadores diante deste contexto? A resposta dessa indagação é complexa e talvez não possa ser respondida de pronto, todavia, as reflexões postas a seguir procuram identificar as problemáticas contidas especificamente na política de atenção à saúde do servidor público federal e a partir delas fomentar o debate e o engajamento de trabalhadores que estão nela inseridos, haja vista que a militância e os valores compartilhados pelos servidores podem contribuir para o rompimento com alguns dos impeditivos intra e intersetoriais, que são diretrizes atribuídas às ações e aos serviços exitosos e efetivos. A participação dos trabalhadores é central e imprescindível para o enfrentamento dos problemas que envolvem a relação trabalho-saúde. (COSTA et al, 2013).

4.3.1.

A gestão da unidade do SIASS pesquisada e a ausência da participação dos trabalhadores na Instituição

A primeira questão analisada se refere à gestão/chefia dessa unidade do SIASS, que permanece a mesma desde o início de sua implantação no ano de 2014, e não buscou estabelecer um processo mais amplo e participativo para construir coletivamente a melhor maneira de implantar o serviço na instituição. A falta de consulta aos servidores fez com que não fossem levadas em consideração definições importantes, como a composição de uma equipe necessária para cumprir com as exigências previstas nas legislações pertinentes – ainda que tivesse a perspectiva da chegada de novos profissionais com a realização do concurso do ano de 2014 – e a identificação das principais demandas dos servidores no que se refere a sua saúde.

O que se sucedeu foi o desconhecimento desse serviço por grande parte dos servidores, que ainda consideravam a configuração anterior do setor. Ficou a cargo da equipe recém chegada o processo de apropriação dessa nova política e sua divulgação, explicando-a aos outros departamentos e gestores da instituição, que até então também estavam apartados dessa nova configuração.

Esse aspecto se relaciona com outro que foi a ausência de planejamento e capacitação voltados tanto para os profissionais recém-chegados quanto para aqueles já estavam inseridos no setor antes da implantação da unidade do SIASS. Quando os novos servidores prestaram concurso não sabiam que seriam alocados em um setor com as particularidades previstas no SIASS. Muitos não possuíam quaisquer ligações com ações em saúde do trabalhador e não receberam nenhum suporte, capacitação ou apoio por parte da instituição/gestão para se qualificar nessa nova prática. A equipe, através da realização de reuniões semanais, foi, aos poucos, se apropriando desse novo universo e buscando entender essa nova política. Isso é mais um fato que pode ser creditado à maneira apartada que se deu o processo de implantação dessa unidade do SIASS.

Zanin et al (2015) procuraram analisar o processo de implantação de uma unidade do SIASS na Universidade Federal do Paraná. Os autores também presenciaram a ausência de capacitação para os profissionais atuantes nesse serviço e destacaram que o MPOG, responsável pela gestão em âmbito nacional do SIASS, disponibiliza apenas cursos à distância e, em sua maioria, voltados para a saúde suplementar e a previdência complementar, destinando seus recursos para a divulgação de parcerias público-privadas.

O Decreto nº 6.833 de 2009 no seu Art. 4, que institui o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor no âmbito do MPOG, define seis atribuições que deverão ser contempladas pelo referido Comitê. A primeira dessas atribuições, presentes no parágrafo I, diz respeito à aprovação de diretrizes para aplicação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal e para a capacitação dos servidores em exercício nas unidades do SIASS.

Na portaria nº 1.261 de 2010, que define os princípios, diretrizes e ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades da administração pública federal sobre a saúde mental dos servidores, também há, no seu capítulo I – Princípios Norteadores, Art. 1, parágrafo IX, a menção ao desenvolvimento de “programas de formação, capacitação e supervisão contínuos para os profissionais dos serviços de saúde, gestores e servidores que atuam na área de saúde do trabalhador” (BRASIL, 2010, p. 2).

O capítulo II – Diretrizes e Ações, Seção I – Quanto à Promoção da Saúde, parágrafo XVIII, menciona a capacitação de gestores para a identificação de sofrimento psíquico no trabalho. E a Portaria Normativa nº 3 de 2013, que institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor, no Capítulo III, Art. 14, parágrafo III, também cita como competência dos dirigentes de órgãos e gestores de recursos humanos a promoção de formação e capacitação das equipes responsáveis pelo cumprimento das diretrizes presentes nessa legislação.

Em cinco anos como servidora e profissional atuante no SIASS, não houve conhecimento de nenhuma capacitação voltada para os aspectos gerais da política e suas especificidades no trato à atenção à saúde dos servidores públicos federais, conforme estabelecem os marcos legais acima. Tivemos como orientação apenas os manuais oficiais, o que será abordado mais adiante, de perícias em saúde e de acesso operacional ao sistema SIAPE Saúde que são disponibilizados no site oficial do SIAPE. A iniciativa de aproximação e apreensão nessa nova intervenção e política partiu dos próprios profissionais, simultaneamente, com a necessidade de responder às demandas do cotidiano do setor.

Zanin et al (2015) também apontaram críticas em relação à gestão semelhantes às reflexões feitas acima. Para esses autores, persiste a falta de uma visão ampliada de saúde, prevalecendo um conceito de saúde restrito ao aspecto ocupacional, em detrimento de uma perspectiva integral, aliado a pouca vontade política relacionada com gestão nos diversos níveis, o que pode gerar dificuldades na definição das competências e responsabilidades no processo de implantação das unidades do SIASS, como o não estabelecimento de prioridades e de diretrizes contidas nessa política.

Esse cenário pode estar atribuído também ao fato do SIASS ter sido criado, e desde então, operacionalizado pelo MPOG e não por outro ministério, como o Ministério da Saúde. Esse órgão, por ter condições mais específicas e estruturais exigidas nas legislações mapeadas, seria o ente mais indicado para a gestão dessa política, haja vista que o MPOG se constitui, hoje, como um dos maiores responsáveis pela implantação de medidas de cunho gerencialistas na administração pública federal, abordadas nesta dissertação.

4.3.2.

A persistente primazia da perícia médica e do poder biomédico na efetivação da política de saúde do trabalhador

A segunda questão é referente ao superdimensionamento da realização de perícias oficiais em saúde quando comparada às outras ações previstas nas legislações que compõem a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), incluindo o decreto de regulamentação do SIASS, como as ações de assistência à saúde e a prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores. Para começar vamos exemplificar este fato com as chamadas reuniões de equipe para a discussão do cotidiano laboral do setor.

A realização destas reuniões partiu da iniciativa dos profissionais do Serviço Social e da Psicologia que compreendem a reunião de equipe como um momento de integração para o planejamento e execução das atividades previstas na política a qual a equipe está inserida, incluindo estudos de casos relacionados à saúde dos servidores que serão submetidos à junta médica oficial.

Todavia, o entendimento acerca da importância destas reuniões ainda não é consenso para todos os profissionais que compõe a equipe. Por mais que se tenha a definição de dia e hora para a realização das reuniões, a participação dos médicos nestes encontros não é certa, visto que esse horário não é reservado para a não marcação de perícias ou juntas médicas, dificultando a participação destes profissionais e, conseqüentemente, limitando a necessária intervenção coletiva no processo saúde doença dos servidores.

A reunião de equipe é um momento no qual todos ali presentes podem contribuir com suas ideias e opiniões a respeito de determinado tema. Faz parte, portanto, do processo do trabalho em saúde, pois permite a troca de experiências, informações, possibilitando a construção de um ambiente participativo e de compartilhamento de saberes. Além de propiciar a elaboração conjunta de resolução de problemas, pois, conforme aponta Gomes et al (2000, p. 4):

promove o engajamento de todos na implementação das decisões e as chances de falha de comunicação serão muito mais reduzidas. Além disso, quando se discute coletivamente um assunto, têm-se a oportunidade de tratá-lo sob várias abordagens e pontos de vista diferentes, o que possibilita que se reflita melhor sobre o tema e,

ainda, que se conheça a percepção dos demais membros da equipe sobre o assunto colocado em discussão.

A reunião multiprofissional se configura também como uma oportunidade de se estabelecer uma prática que supere a fragmentação da abordagem da assistência fundamentada no modelo tradicional, biomédico, “centrada nos procedimentos e na doença, e não no usuário, e a concentração do poder de decisão na figura do médico, situando a atuação dos demais profissionais de forma periférica e com desigual valoração” (CARDOSO E HENNINGTON, 2011, p. 107).

Contudo, pela experiência vivenciada na unidade do SIASS pesquisada a realização destas reuniões não é vista de forma automática como um trabalho integrador de ações ou como um momento no qual se discute questões relacionadas à prática interventiva de todos que compõem a equipe. O simples agrupamento de profissionais de saúde, em determinado espaço ocupacional e momento, não necessariamente constitui “trabalho em equipe”.

Esse exemplo reitera também a reflexão do próximo item acerca da composição e do trabalho da equipe multidisciplinar no setor. Por mais que a equipe hoje seja composta por distintas especialidades, o que é uma conquista para a operacionalização das ações previstas, ela ainda caminha com muitas dificuldades no sentido de direcionar seu trabalho para uma prática alinhada com os pressupostos interdisciplinares. Nesse sentido, a realização de reunião de equipe no setor é sempre resultado de muita insistência das profissões acima citadas e a participação dos médicos é condicionada a momentos em que não há servidores para atendimentos periciais.

O Manual que o SIASS disponibiliza para suas unidades sobre a realização de perícias também nos ajuda a entender o processo de execução dessa política e o direcionamento pretendido para esse serviço. O Manual, intitulado de “Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal”, foi publicizado pela primeira vez no ano de 2010, com o objetivo de ser “um importante instrumento de referência para auxiliar a interpretação da legislação no momento das decisões periciais” (BRASIL, 2010, p. 10), e foi destinado aos gestores públicos, aos técnicos em recursos humanos, aos profissionais da área de saúde, aos peritos em saúde e aos servidores públicos em geral.

Em linhas gerais, o referido Manual está dividido em 8 capítulos, a saber: **Capítulo I** – Conceitos Básicos de Perícia Oficial em Saúde; **Capítulo II** – Princípios da Perícia Oficial em Saúde; **Capítulo III** – Procedimentos da Perícia Oficial em Saúde; **Capítulo IV** – Equipe de Perícia Oficial em Saúde; **Capítulo V** – Atribuições Gerais da Perícia Oficial em Saúde; **Capítulo VI** – Laudo Oficial Pericial; **Capítulo VII** – Doenças Especificadas em Lei; e **Capítulo VIII** – Outras Disposições, e destaca:

[...] quão importantes são as informações de saúde produzidas pela perícia, pois constituem base de dados epidemiológicos que contribuem para a consolidação da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, por meio de ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, e para a criação de programas de promoção à saúde que tenham impacto no processo saúde, doença e trabalho (BRASIL, 2010, p. 10).

O Capítulo IV, referente à Equipe de Perícia Oficial em Saúde, menciona que os profissionais da área da saúde e segurança do trabalho estão aptos a contribuir para a avaliação pericial com pareceres técnicos pertinentes a sua área de atuação e faz um adendo especial ao grupo de profissionais que estão designados a auxiliar a administração pública federal no que concerne às questões administrativas e legais relacionadas com a saúde.

A equipe multiprofissional, segundo o Manual, pode ser constituída por: psicólogo; assistente social; técnico de enfermagem ou de saúde bucal. E são suas atribuições, dentre outras: fornecer parecer especializado; acompanhar o tratamento de saúde do servidor ou de pessoa de sua família, quando necessário e indicado pela perícia; promover a integração da equipe pericial com ações de vigilância e com programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Após essas atribuições, o Manual delimita as funções específicas de cada um desses três profissionais da equipe multiprofissional de perícia oficial em saúde, como as do assistente social, abaixo apresentadas.

emitir parecer social visando à análise dos aspectos sociais que interfiram na situação de saúde do servidor e/ou de pessoa da família, considerando a autonomia profissional na definição de instrumentos técnicos como visitas e entrevistas; conhecer os indicadores socioprofissional, econômico e cultural, dentre outros, dos servidores em tratamento de saúde, utilizando instrumentos técnicos como entrevistas, visitas e pesquisas sociais; proceder à avaliação social para subsidiar o estudo do caso em análise; realizar atendimento ao servidor e sua família, por meio de orientação social nas questões relacionadas à saúde, visando à inserção dos mesmos em ações e programas desenvolvidos pela instituição assim como

encaminhamento aos recursos sociais disponíveis na comunidade; realizar orientação sobre os direitos sociais do servidor; proceder à avaliação social para subsidiar a decisão pericial sobre a presença indispensável do servidor em caso de licença para tratamento de pessoa da família; outras que lhe forem delegadas, no seu âmbito de atuação (BRASIL, 2010, p. 4).

Contudo, no ano de 2017, a versão do Manual foi atualizada, sofrendo modificações em seu conteúdo. Especificamente no item que trata da equipe multiprofissional de perícia, não há mais menção aos profissionais acima listados. Há apenas uma definição genérica que afirma que a equipe multiprofissional é composta por “um conjunto de servidores com formação em diversas áreas do conhecimento, inclusive médicos e cirurgiões dentistas, responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde, segurança do trabalho, e atividades administrativas, no âmbito das Unidades SIASS” (BRASIL, 2017, p. 50).

Segundo o MPOG, por iniciativa da Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público (Segrt/MP), o Manual foi alterado visando adequações de texto e de formatação, com o objetivo de facilitar o acesso ao conteúdo e devido a alterações da legislação e normatização de matérias pertinentes à realização dos atos periciais.

Como discutido no capítulo anterior, o paradigma da Saúde do Trabalhador permitiu uma ruptura com concepções até então hegemônicas na relação que emerge entre o trabalho e a saúde, que foram os discursos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Possibilitou também, no que se refere à realização de perícias, a abertura de outras especialidades técnicas na composição das avaliações periciais a fim de subsidiar a decisão pericial, a partir de pareceres, acompanhamentos e estudos especializados de assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, engenheiros, técnicos de segurança e outros profissionais.

Todavia, podemos perceber ainda a ênfase dada à prática pericial centrada no saber médico. A dificuldade de integração de outras formações, como Serviço Social, Psicologia e Segurança do Trabalho, com a Medicina acerca do processo saúde-doença dos trabalhadores da instituição revela que

[...] modelo de atenção à saúde ainda vigente é um modelo centrado na figura do médico, como profissional central na lógica vigente, na doença como foco das intervenções, no consumo de procedimentos de alta tecnologia e no uso excessivo de medicamentos, ou seja, no modelo biomédico hegemônico. Apesar de esse

modelo estar sendo questionado, existem muitos desafios para que mudanças reais nos serviços aconteçam (RIBEIRO E FERLA, 2016, p. 310-311).

Pode-se observar, no âmbito da realização de perícias oficiais em saúde, um movimento semelhante no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Em 11 de novembro de 2019 foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) a Medida Provisória (MP) nº 905/2019 que traz em seu conteúdo alterações na legislação trabalhista, no contrato de trabalho, nos benefícios previdenciários e também traz mudanças para a carreira do Seguro Social, extinguindo o Serviço Social como uma prestação de serviço aos beneficiários do Regime Geral de Previdência Social (RGPS).

Na entrevista concedida pelo presidente do INSS no dia 19 de novembro de 2019, Renato Rodrigues Vieira, para a Associação Nacional dos Servidores Públicos da Previdência e da Seguridade Social (Anasps), ele garante que a revogação do artigo 18, alínea III, letra b, da Lei 8213 de 1991 – que se refere ao Serviço Social como um dos benefícios e direitos do segurado do RGPS – pela MP nº 905/2019 não seria uma extinção do Serviço Social do INSS, mas sim de uma adequação das atribuições do Serviço Social que, para ele, estavam atreladas aos benefícios previdenciários. Segundo o mesmo, a revogação desse artigo foi necessária para a ampliação das funções do Serviço Social em outras áreas do INSS.

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em Nota Técnica emitida em 2019, sobre a defesa das atribuições profissionais da/o assistente social do INSS, do trabalho com autonomia profissional e com garantia das condições técnicas e éticas, os assistentes sociais que executam ações do Serviço Social nas agências da previdência social possuem, dentre outras atribuições: a emissão de pareceres sociais com a finalidade de fornecer elementos para o reconhecimento de direitos, manutenção e recurso de benefícios e decisão médico-pericial; e a realização de estudos e pesquisas sobre a realidade social, na qual estão inseridos os usuários dessa política e sua família.

Ainda que a fala do presidente do INSS seja no sentido da permanência do Serviço Social no INSS, a revogação do artigo que trata da profissão já é um indicativo que a avaliação de assistentes sociais, junto a perícias médicas, para a concessão de benefícios assistenciais e ações de informações sobre outros direitos

reconhecidos em lei ficam ameaçadas. Retomando ao Manual vigente do SIASS, que não mais faz menção a esse referido profissional, pode-se observar a similaridade, no contexto da administração pública federal, do cenário que vem ocorrendo na Previdência Social em que, como na análise posta acima, o saber predominante e, agora, quase exclusivo, passa a ser o do médico, reforçando os discursos e práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Uma vez que os profissionais do Serviço Social não são mais listados nos marcos legais dessas políticas, sua obrigatoriedade nesses espaços ocupacionais acaba desaparecendo.

Outro fator que corrobora com esse cenário é a criação da mais recente legislação referente ao SIASS, a Portaria nº 190 de 05 de setembro de 2019, que institui a avaliação por junta oficial com a utilização do recurso de videoconferência. O artigo 2º dessa portaria afirma que as juntas periciais poderão ser realizadas por meio da “utilização do recurso de videoconferência ou outro recurso tecnológico de transmissão de sons e imagens em tempo real, disponibilizado pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal (BRASIL, 2019, p.1)”.

Segundo a Portaria nº 190/ 2019, a avaliação das juntas com a utilização de videoconferência deve ser realizada nas dependências de uma unidade do SIASS ou em alguma instituição pública federal com estrutura apropriada. Na avaliação por junta oficial com a utilização do recurso de videoconferência é obrigatória à presença de pelo menos um perito oficial no mesmo recinto do servidor a ser periciado.

Na unidade do SIASS pesquisada ainda não foi realizada nenhum ato pericial por meio do uso da videoconferência e também não houve nenhuma solicitação, via MPOG, para a utilização desse recurso. Porém, no portal eletrônico do SIASS consta a informação que, até o dia 19 de dezembro de 2019, 13 unidades do SIASS espalhadas pelo Brasil já utilizaram o recurso da videoconferência para a realização das avaliações periciais, totalizando mais de cem juntas oficiais.

Segundo o secretário de Gestão e Desempenho de Pessoal do Ministério da Economia, Wagner Lenhart, em entrevista concedida ao portal do Servidor do governo federal em 27 de novembro de 2019, a implantação da videoconferência

foi uma medida de modernização e desburocratização, que permite maior celeridade no atendimento ao servidor. Ademais, de acordo com o secretário, o uso da videoconferência possibilita o atendimento em locais com o número de profissionais reduzido e diminui os gastos com diárias e passagens decorrentes de deslocamentos de peritos.

Nota-se na fala do secretário o uso de termos como desburocratização, modernização e celeridade e que são próprios da lógica gerencialista e da reforma administrativa do Estado, abordada no capítulo 2 desta dissertação. Por trás desse discurso, o que está em voga, além do reforço à ênfase do saber médico no que concerne à relação trabalho-saúde, é a redução do custo estatal nos deveres a ele pertinentes, haja vista que a solução encontrada não foi o investimento em profissionais que poderiam aumentar o número de servidores atuantes nessa política, ao contrário, foi o investimento em tecnologia que diminui justamente a força de trabalho.

4.3.3.

A equipe multidisciplinar que compõe a unidade do SIASS pesquisada e os limites da efetivação dos seus propósitos

Na terceira questão, a equipe multidisciplinar ganha destaque. Como já dito, a unidade do SIASS pesquisada conta com uma equipe bastante diversificada em seu quadro funcional, isso é, profissionais de distintas especialidades que chegaram em 2014: Odontologia, Medicina, Serviço Social, Psicologia, Nutrição e Técnico em Assuntos Educacionais, potencializando uma diversidade de ações relativa à saúde dos trabalhadores. No ano de 2016, ela ganhou o reforço de outros profissionais advindos de um novo concurso, permitindo a formação de uma equipe de Segurança do Trabalho, com técnicos e engenheiro em Segurança do Trabalho, que vem contribuindo para o mapeamento de ambientes de trabalho na instituição e da segurança do trabalhador no seu processo laboral.

Na Portaria Normativa nº 3 de 2013, que versa sobre as diretrizes gerais de promoção de saúde do servidor público federal, a Seção III apresenta algumas premissas, a terceira com maior destaque abaixo, que devem ser contempladas para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde do servidor público federal, são

elas: I – a multideterminação da saúde; II – a abordagem biopsicossocial; IV – a gestão participativa no desenvolvimento das ações; V – os ambientes de trabalho saudáveis; VI – a relação entre atenção à saúde e gestão de pessoas; VII – a humanização na atenção à saúde. A terceira premissa, em especial, discorre sobre a interdisciplinaridade e sobre o papel das equipes multiprofissionais e afirma que

a abordagem multiprofissional sobre as ações e programas de promoção da saúde deve contemplar os conhecimentos técnicos a partir de visão interdisciplinar, observada a relação entre as diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, considerado o conhecimento dos servidores para o desenvolvimento das ações e dos programas (BRASIL, 2013, p. 2).

A atual configuração de profissionais da unidade do SIASS na instituição, conforme mencionado, não encontra dificuldades no que se refere à diversidade de profissionais que podem compor a equipe multiprofissional. O desafio que se coloca diante desses profissionais é a transformação da equipe multidisciplinar em uma equipe cujo trabalho esteja alinhado com as bases da intervenção interdisciplinar.

Nenhuma área do conhecimento consegue contemplar, de forma isolada, a complexidade presente no processo saúde-doença relacionado com o trabalho. O paradigma da Saúde do Trabalhador é, em sua gênese, um campo interdisciplinar e multiprofissional. Para Minayo (1991), a interdisciplinaridade procura estabelecer conexões e comunicação entre as disciplinas científicas, se colocando como uma “alternativa na busca de equilíbrio entre a análise fragmentada e a síntese simplificadora (p. 72).”

Pesquisando trabalhos que procuraram analisar, ainda que por distintas vertentes, o SIASS e, no geral, a política de atenção aos servidores federais, encontramos reflexões parecidas quanto à equipe multiprofissional. O trabalho de Silva (2017) sobre a determinação social da saúde que perpassa os afastamentos em uma universidade pública federal a partir de uma unidade do SIASS apresenta depoimentos que ratificam que a interdisciplinaridade é um grande desafio. Nas entrevistas realizadas pela autora, os profissionais destacaram a ausência de reuniões periódicas da equipe multiprofissional; a ausência de debate entre os profissionais acerca do planejamento das ações e objetivos dos serviços para definição dos processos de trabalho; e a pouca articulação entre os profissionais, ocasionando atuações isoladas e fragmentadas.

Pacheco (2015), ao realizar um estudo sobre a implementação da PASS com foco na equipe multiprofissional, identifica processo similar. Segundo a autora, no que se refere à multidisciplinaridade, as respostas que obteve afirmam que as ações do SIASS estão principalmente restritas ao médico e são fragmentadas, revelando, assim, um reforço ao modelo biomédico.

Na unidade do SIASS analisada nesta dissertação, a dificuldade para efetivar uma prática calcada na interdisciplinaridade pode ser identificada em alguns processos. O primeiro deles, que também perpassa a primeira questão analisada sobre a gestão/política do SIASS, se refere à realização de exames periódicos. O decreto nº 6.856 de 2009 regulamenta o artigo 206-A da Lei 8.112 de 1990, que dispõe sobre os exames médicos periódicos de servidores. Segundo esse decreto, a realização de exames periódicos tem como finalidade, de forma prioritária, a preservação da saúde dos servidores, tendo em vista os riscos existentes nos ambientes de trabalho e de doenças ocupacionais e profissionais.

Os exames periódicos podem ser realizados com os seguintes intervalos de tempo: I – bienal, para os servidores com idade entre 18 e 45 anos; II – anual, para os servidores com idade acima de 45 anos; III – anual ou em intervalos menores, para os servidores expostos a riscos que possam implicar em surgimento ou agravamento de doenças ocupacionais ou profissionais e para os servidores que possuem alguma doença crônica. Os servidores podem se recusar a realizar os exames, desde que a recusa seja feita formalmente com o preenchimento de um termo de responsabilidade.

A responsabilidade pela realização dos exames fica a cargo dos órgãos e entidades que fazem parte do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) e poderão ser prestados da seguinte forma: I – diretamente pelo órgão ou entidade; II – mediante convênio ou instrumento de cooperação ou parceria com os órgãos e entidades da administração direta, autárquica e fundacional; III – mediante contrato administrativo.

Na referida instituição, o exame periódico é oferecido aos servidores anualmente. Ele é organizado pela gestão da Divisão de Atenção à Saúde e Perícias, setor que abriga a unidade do SIASS. Contudo, os próprios profissionais do setor não estão envolvidos nesse processo. Como o próprio decreto permite, a instituição

opta por prestá-lo mediante contrato administrativo com uma empresa particular especializada em serviços ocupacionais.

Desse modo, o que ocorre, primeiramente, é a divulgação dos exames necessários e previstos no decreto para os servidores. Esses exames podem ser realizados por meio particulares ou os servidores podem optar por realizá-los, sem custo, pelas clínicas e laboratórios credenciados com a empresa. Em seguida, é marcada a data da consulta do servidor com o médico do trabalho para a devida análise dos exames.

O SIAPE SAÚDE, módulo do SIAPE, conforme explicitado no item referente à metodologia desta dissertação, contempla informações sobre a saúde do servidor público do Poder Executivo Federal. Esses dados dizem respeito aos aspectos relacionados com a atenção à saúde dos servidores, como as perícias em saúde, os exames médicos periódicos, promoção à saúde, vigilância dos ambientes e processos de trabalho, concessões de adicionais ocupacionais, exames de saúde para investidura em cargo público, além de informações gerenciais.

Portanto, o SIAPE SAÚDE foi concebido com o objetivo de se tornar uma espécie de prontuário eletrônico de saúde dos servidores. O Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (2017) afirma que o SIAPE SAÚDE foi elaborado para se tornar um instrumento de gestão e controle das ações relacionadas com a saúde e de sistematização e análise de informações que permitirão a formação do perfil epidemiológico dos servidores, e, conseqüentemente, de políticas ou ações que visem à intervenção das demandas observadas.

O próprio decreto nº 6.856 de 2009, que regulamenta os exames periódicos, no seu artigo 7º, parágrafo único, diz que “os dados coletados durante os exames periódicos comporão prontuário eletrônico com o objetivo de vigilância epidemiológica e de melhoria dos ambientes de trabalho” (BRASIL, 2009, p. 1).

O que se observa, no entanto, é que o prontuário eletrônico, conforme vislumbrado pelo SIASS e pelo SIAPE SAÚDE, é uma ferramenta que vem impossibilitando a elaboração da sistematização e arquivamento de dados relativos à saúde dos servidores. Na experiência que temos na instituição, o médico do

trabalho responsável pelos exames periódicos tem acesso à aba do sistema correspondente a “Médico ou Engenheiro do Trabalho”, que permite que o mesmo tenha acesso aos dados funcionais dos servidores, faça as anotações pertinentes ao atendimento para, posteriormente, emitir o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).

Os dados, porém, não ficam arquivados no sistema para acesso futuro da equipe multiprofissional que compõe a unidade do SIASS, impossibilitando, a comparação da evolução dos exames periódicos dos servidores. O sistema não permite, assim, a análise do que foi observado e registrado durante os exames para que a equipe possa atuar/intervir nas situações identificadas. Essa situação não acontece somente na unidade do SIASS pesquisada, haja vista que o SIAPE SAÚDE é de abrangência nacional e padronizado para todo o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC).

O fato de o exame periódico ser prestado por uma empresa particular com médicos que não estão vinculados à instituição, e muito menos à administração pública federal, se constitui como agravante, visto que o profissional só está presente nos dias de consulta e não estabelece nenhum tipo de vínculo com o restante da equipe que compõe o setor. Muitas demandas relacionadas com a saúde dos servidores acabam não sendo notificadas e repassadas à equipe multiprofissional responsável pela intervenção.

Ademais, essa incomunicabilidade dificulta também a elaboração do perfil epidemiológico dos servidores da instituição e da avaliação dos ambientes de trabalho indo de encontro ao que estabelecem as legislações pertinentes à política de atenção à saúde do servidor. Podemos citar a Portaria Normativa nº 3 de 2013, que institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, e seu artigo 5º que diz que

as iniciativas de promoção da saúde devem, preferencialmente, basear-se em dados epidemiológicos e no resultado das avaliações das condições, da segurança e dos processos de trabalho, fazendo uso da informação e indicadores de saúde como insumos para orientar e favorecer a transformação contínua do nível de saúde e das condições de vida dos servidores, respeitando as necessidades das diferentes etapas do desenvolvimento humano (BRASIL, 2013, p. 2).

O artigo 15º, parágrafo IV da mesma portaria afirma que compete às unidades do SIASS a elaboração do perfil epidemiológico de saúde dos servidores por meio

de fontes informacionais existentes, com o propósito de orientar ações de atenção à saúde do servidor e intervenção nos ambientes de trabalho. Já na Portaria Normativa nº 3 de 2010, na Seção II, parágrafo IX, há a diretriz do embasamento epidemiológico que estabelece que “o planejamento, a operacionalização e a avaliação das ações de promoção e vigilância à saúde serão subsidiadas pelas informações epidemiológicas” (p. 4). Enquanto na Portaria nº 1.261 de 2010, que institui os princípios, diretrizes e ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal (SIPEC), há, na Seção IV, artigo 5º, parágrafo IV, alínea a, a criação e manutenção atualizada de sistemas de informação e de notificação sobre saúde; e, na alínea b, o registro da história clínica e de ocupação funcional do servidor com o objetivo de auxiliar no estabelecimento donexo causal do adoecimento com o trabalho.

Cabe dizer que as informações colhidas durante os exames periódicos não são as únicas que podem servir de embasamento epidemiológico para as ações em saúde do trabalhador e para a elaboração da história clínica e funcional de cada um dos servidores. Todavia, seria de importância ímpar se esses dados pudessem ficar disponíveis e registrados para que fossem acessados e, posteriormente, servissem para o desenvolvimento de indicadores para a intervenção das demandas observadas, como a detecção de ambientes propiciadores de adoecimento e sofrimento na relação trabalho-saúde.

Até no momento da perícia oficial, o acesso aos dados do exame periódico seria importante para que os peritos e a equipe multidisciplinar pudessem, a depender do caso, relacionar o motivo da perícia com o trabalho e o histórico ocupacional do servidor. Olhando para os demais órgãos públicos federais, o cenário pode ser ainda pior. Há instituições que vêm negligenciando o cumprimento da legislação em vigor, por não realizarem exames periódicos de seus servidores ou ainda estarem iniciando o processo de implantação dos exames periódicos (ARAÚJO, 2014; SANTOS, 2016; FARIA, 2017; CASTRO, 2017).

Outro elemento relacionado com esse, e ainda que pese o fato do SIASS – completados dez anos de instituído – e as legislações que dele decorrem se constituírem como políticas recentes, é que não há na administração pública federal, por exemplo, a divulgação de boletins e anuários estatísticos integrados que possam

reunir dados sobre diversos aspectos da saúde do servidor a nível nacional, conforme ocorre na Previdência Social por meio do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Existem sim estudos sobre o perfil epidemiológico de servidores públicos federais, mas que ficam restritos à análise de dados dos trabalhadores da própria instituição.

A publicação desses boletins possibilitaria o acesso às informações sobre a saúde dos servidores públicos federais a toda a sociedade, permitindo mais uma vez, conhecimento, avaliações, discussões, acompanhamento das políticas e elaboração de propostas de mudanças, visando ao atendimento das demandas identificadas.

Mas é importante ressaltar que a presença de um sistema informacional que contribua com todos os aspectos acima expostos de nada adianta se a equipe multiprofissional não estiver alinhada e comprometida com uma prática baseada na perspectiva interdisciplinar, em que todas as especialidades presentes possam atuar de maneira igualitária, almejando integração nas ações de promoção à saúde, como, por exemplo, na elaboração de programas ou projetos específicos; na análise e acompanhamento dos afastamentos dos servidores; na notificação dos agravos em saúde; no trabalho intersetorial; nas capacitações; nas reuniões da equipe, fortalecendo uma maior articulação entre os profissionais. Isso se configura, portanto, como um grande desafio.

4.4.

Os Acordos de Cooperação Técnica (ACT) e as demandas por serviços na unidade do SIASS pesquisada

A Portaria nº 1.397 de 2012 dispõe sobre os procedimentos mínimos para a realização de acordos de cooperação técnica para a criação das unidades do SIASS, previsto no art. 7º do Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009. Segundo o artigo 2º dessa legislação, o acordo de cooperação técnica tem como meta a “execução de ações e atividades de prevenção e agravos, de promoção e acompanhamento da saúde dos servidores e de perícia oficial, com o objetivo de garantir a implementação da política de atenção à saúde e a segurança do trabalho do servidor público federal (BRASIL, 2012, p. 1).”

Na prática, essa portaria estabelece que distintos órgãos federais disponibilizem servidores da área da saúde e da área administrativa para a composição das equipes de unidades do SIASS que ficarão lotadas em uma determinada instituição pública, visando ao atendimento das demandas de servidores públicos federais de diversas instituições nas questões relacionadas com a atenção à saúde e segurança do trabalho. Ainda conforme a Portaria n. 1.397 de 2012, no seu artigo 3º, os acordos de cooperação técnica serão cumpridos mediante a realização de ações conjuntas, as quais se destinarão a: I - potencializar o resultado das ações de saúde desenvolvidas pelos órgãos e entidades partícipes; II - propiciar aos órgãos e entidades partícipes o uso racional de materiais, equipamentos, força de trabalho, imóveis, instalações e contratos, dentro dos princípios da finalidade e da eficiência; e III - otimizar recursos orçamentários.

Nota-se nessas três ações a serem realizadas pelas unidades do SIASS participantes de cooperação técnica uma concepção vinculada aos ideais gerencialistas, abordados no capítulo 2 desta dissertação, pela prescrição do uso racional de recursos visando à otimização de recursos orçamentários e da utilização de princípios, como finalidade e eficiência, reforçando a imagem veiculada do serviço público como um serviço oneroso e ineficiente, introduzindo, nas legislações pertinentes à administração pública federal, estratégias da iniciativa privada para, supostamente, enfrentar esse mal (MACHADO, 2015).

Na instituição referida não há um termo de cooperação técnica assinado no sentido de compartilhar ou ceder seus profissionais para outros órgãos públicos federais para a formação de equipe de unidades do SIASS. Porém, a unidade do SIASS da instituição vem sendo demandada por vários outros órgãos públicos para a realização de perícias oficiais de saúde de seus servidores públicos. Esse aspecto está relacionado com as três questões anteriormente colocadas e, por isso, se faz necessária a análise aqui à parte.

Os órgãos públicos que não dispõem de unidades do SIASS, após pesquisa sobre a unidade mais próxima, entram em contato com a gestão da unidade do SIASS pesquisada e encaminham, via ofício, a solicitação de realização de perícias de servidores de sua lotação. A maioria das solicitações que chegam são aceitas e

nossa unidade do SIASS entra em contato com o servidor para o agendamento da perícia oficial.

É necessário dizer que esse processo acaba despertando algumas reflexões e, conseqüentemente, alguns pontos de crítica devido à maneira como se dá. Uma delas se refere à dificuldade de atuação da equipe multiprofissional no processo saúde-doença do servidor periciado. Em outros termos, quando um servidor de uma instituição é obrigado a realizar perícia oficial em outra instituição pública, a equipe que irá atendê-lo não terá noção de seu cotidiano de trabalho, realidade institucional em que está inserido e, assim, terá dificuldades de elaborar estratégias para a melhoria de sua condição de saúde. A equipe também não poderá intervir diretamente no ambiente de trabalho do servidor, tampouco o perfil epidemiológico da instituição será construído, pois o que ocorre é apenas a entrega dos laudos periciais aos setores responsáveis do órgão de origem para o devido arquivamento, sem maiores pretensões de se criar algum procedimento em relação à saúde do servidor.

A seguir, serão analisados os gráficos que representam a porcentagem dos servidores por local de trabalho que passaram pela perícia oficial em saúde na unidade do SIASS pesquisada entre os anos de 2016 e 2019, incluindo as perícias singulares e as juntas. Optamos por contemplar os afastamentos por local de trabalho justamente para identificar o percentual de trabalhadores periciados que pertencem à própria instituição e aqueles que são lotados em outras instituições públicas federais. Vale dizer que estes gráficos não contemplam a totalidade dos servidores atendidos nessa unidade, visto que eles apenas informam os servidores que passaram pela perícia.

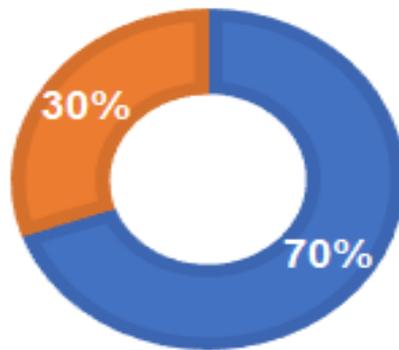
Os atendimentos por demanda espontânea realizados pela equipe, isso é, aqueles não condicionados à realização de perícias oficiais, são registrados de acordo com o arquivo pessoal de cada especialidade. No caso dos atendimentos realizados pelo Serviço Social, há um arquivo próprio, com a devida guarda e preservação do sigilo, que fica disponível para o acesso das assistentes sociais responsáveis pela intervenção nesse espaço ocupacional.

O primeiro gráfico é referente ao afastamento dos servidores no ano de 2016, por local de trabalho. Os servidores da própria instituição representaram 70% dos

periciados, enquanto os servidores de outros órgãos públicos federais representaram 30%.

Gráfico 1. Afastamentos por local de trabalho no ano de 2016

■ Servidores da Instituição pesquisada
■ Servidores de outros órgãos federais

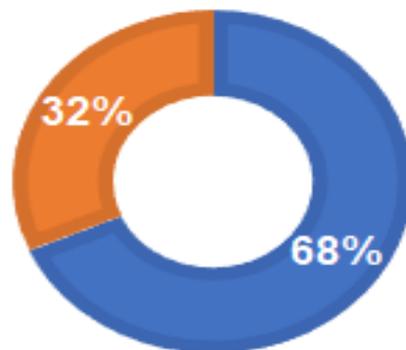


Fonte: SIAPE-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

Nos anos seguintes, 2017 e 2018, essa taxa se manteve parecida. Houve aumento de 2%, no ano de 2017, referente às perícias de servidores de outros órgãos federais, indicando aumento de solicitações para realização de perícias desses servidores à unidade do SIASS pesquisada em virtude do crescimento da necessidade de afastamentos desses trabalhadores para tratamento de saúde, inferindo-se, assim, o aumento do adoecimento desses servidores.

Gráfico 2. Afastamentos por local de trabalho no ano de 2017

■ Servidores da Instituição pesquisada
■ Servidores de outros órgãos federais

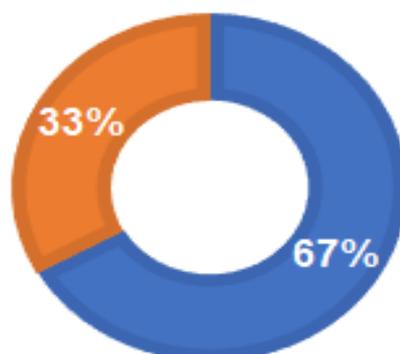


Fonte: SIAPÉ-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

Em 2018 a taxa de servidores de outras instituições aumentou 1% quando comparada ao ano anterior e 3% quando cotejada com 2016. Apesar da pequena diferença de percentual, o triênio 2016-2018 se manteve com números aproximados.

Gráfico 3. Afastamentos por local de trabalho no ano de 2018

■ Servidores da Instituição pesquisada
■ Servidores de outros órgãos federais



Fonte: SIAPÉ-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

Já no ano de 2019, percebe-se uma queda no número de perícias de servidores de outros órgãos federais pela unidade do SIASS pesquisada. A taxa correspondeu a 17%, queda de 16% quando comparada ao ano anterior. Esse fato pode ser explicado pelo aumento da demanda para a realização de perícias de servidores da própria instituição no ano de 2019 (conforme pode ser observado na tabela 1 do próximo capítulo), o que diminuiu a disponibilidade de atendimento da equipe para os servidores de outros órgão públicos federais, visto que os trabalhadores da instituição possuem prioridade de atendimento.

Gráfico 4. Afastamentos por local de trabalho no ano de 2019



Fonte: SIAPE-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

Observa-se nesse processo que a principal demanda colocada pelos órgãos que não dispõe de unidades do SIASS está relacionada com perícias, ocasionando um controle do trabalhador e de sua saúde, em detrimento do investimento em suas próprias equipes multiprofissionais que poderiam intervir em diversas ações de atenção à saúde do servidor. De um modo geral, a administração pública federal cria para si um paradoxo, pois na medida em que inaugura uma política de atenção à saúde do servidor, também permite a regulamentação de acordos de cooperação técnica, incentivando a otimização de profissionais no atendimento das demandas relacionadas com a saúde dos servidores.

Podemos elencar uma série de artigos das legislações que compõe a PASS que evidenciam essa contradição e começaremos com o próprio decreto, do ano de 2009, que institui o SIASS. No artigo 3º, além da assistência à saúde e perícia oficial, o SIASS é responsável pela promoção, prevenção e acompanhamento da saúde do servidor com ações cujo objetivo é “intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho” (p.1).

No artigo 2º da Portaria Normativa nº 3 de 2010, está presente a concepção que embasa as ações de atenção à saúde do servidor e essa prioriza “a prevenção dos riscos à saúde, a avaliação ambiental e a melhoria das condições e da organização do processo de trabalho de modo a ampliar a autonomia e o protagonismo dos servidores” (p.2). Ainda nessa mesma portaria na Seção IV, no que concerne à metodologia, o artigo 7º coloca que as estratégias para a implantação da Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) passam por “avaliações dos ambientes e processos de trabalho, acompanhamento da saúde do servidor e ações educativas em saúde, pautadas na metodologia de pesquisa-intervenção” (p. 5).

O parágrafo III desse mesmo artigo cita que o planejamento das ações educativas em saúde deve ser pautado nas informações epidemiológicas resultantes das avaliações dos ambientes e processos laborais, bem como do acompanhamento da saúde do servidor. Já a Portaria Normativa nº 3, de 2013, que regulamenta as diretrizes gerais de promoção à saúde do servidor, coloca, em seu artigo 4º, que as ações de promoção da saúde têm como propósito “a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, de modo a ampliar a conscientização, a responsabilidade e a autonomia dos servidores [...]” (p. 1).

O parágrafo único desse mesmo artigo reforça ainda que essas ações têm que abranger as mudanças na organização e no ambiente de trabalho. A Seção III, parágrafo V, também reitera esses artigos e afirma que a concepção utilizada nessas ações não restringe a saúde como ausência de doença, haja vista que deve contemplar e atuar sobre os determinantes da saúde, incluindo a intervenção nas condições de trabalho no serviço público.

Na Portaria nº 1.261 de 2010, sobre os princípios, diretrizes e ações em Saúde Mental para os servidores, há outros diversos artigos que sinalizam a importância

da intervenção no processo saúde-doença no trabalho. Destaca-se o princípio X, do artigo 2º, que estabelece a identificação, nos locais de trabalho, dos fatores relacionados com o adoecimento mental, o mapeamento dos locais e das atividades, visando à elaboração de estratégias de intervenção no ambiente, e a organização do trabalho.

O princípio seguinte, XI, cita a intervenção “nas situações de conflito vivenciadas no local de trabalho, buscando soluções dialogadas e ações mediadas pela equipe multiprofissional, constituindo comissões de ética onde não existirem” (BRASIL, 2012, p. 4). E, por fim, o princípio XVI, menciona a identificação de situações de trabalho penosas no que tange à saúde mental para as devidas intervenções.

Como exposto, os acordos de cooperação técnica criam obstáculos para a efetivação dos artigos e princípios contidos na própria política de atenção à saúde do servidor, permitindo a manutenção de um cenário que marcou todo o percurso histórico da administração pública federal, isso é, a ausência de atividades relacionada com a saúde de seus servidores. Ademais, os acordos de cooperação técnica demonstram também que a preocupação do Estado, enquanto empregador, continua a ser o controle de seus trabalhadores, visto que esse dispositivo apenas contempla a realização de perícias oficiais em saúde, negligenciando os outros dois eixos que sustentam o SIASS e a PASS que são assistência à saúde, promoção e acompanhamento da saúde dos servidores, e prevenção.

Quanto ao processo, como um todo, de implantação da unidade do SIASS pesquisada, pode-se dizer que é contraditório, cercado de algumas conquistas, mas também de muitos limites, visto que está atrelado a um contexto mais amplo, em que estão presentes a esfera econômica, política e social. Sua implementação, portanto, é produto de uma série de correlações de forças internas e externas.

Contudo, é importante ressaltar que, apesar dos entraves existentes identificados, há que se ter sempre como horizonte a busca e o aprimoramento da política de atenção à saúde do servidor comprometida com uma nova significação da relação trabalho-saúde e estruturada sob a integralidade das ações e na participação e controle dos próprios trabalhadores, aliando-se, assim, as prerrogativas defendidas pelo paradigma da Saúde do Trabalhador.

A seguir, no último capítulo, abordaremos o histórico de atuação do Serviço Social nessa unidade do SIASS que, apesar dos limites observados, procura pautar-se pelo conceito da determinação social do processo saúde-doença no que tange a suas atribuições com as ações em saúde do trabalhador e que busca refletir e intervir nos desafios contidos nesse campo de intervenção profissional.

5

O trabalho do assistente social na Divisão de Atenção à Saúde e Perícias: possibilidades e desafios na unidade do SIASS da instituição pesquisada

5.1.

A trajetória do Serviço Social na Divisão de Atenção à Saúde e Perícias e suas possibilidades de intervenção

A trajetória do Serviço Social na Divisão de Atenção à Saúde e Perícias da instituição é marcada por muitas discontinuidades. Não há registro da primeira inserção do Serviço Social no setor, tampouco das atuações do assistente social. Os relatos e documentos existentes são datados a partir do ano de 2011 pela assistente social que realizou o concurso da instituição em 2010 devido à aposentadoria da profissional que atuou no setor anteriormente. Em 2014, com a realização de um novo concurso público, como já exposto, houve a minha chegada, aumentando o número de profissionais nesse espaço ocupacional.

Antes da implantação da unidade do SIASS no ano de 2014, o setor era destinado a atendimentos de pequenas emergências e assistência à saúde. Com relação ao Serviço Social, a assistente social esteve envolvida no atendimento do programa seletivo de concessão de bolsas da Assistência Estudantil destinadas aos alunos devido à ausência de outros assistentes sociais no *campus* sede e nos outros *campi* para atuação nessa demanda. O que pode ser caracterizado como uma forma de precarização do trabalho, visto que ela respondia a diferentes demandas para diversos setores em vários *campi* da instituição.

Desse modo, as atribuições que de fato deveriam ser realizadas pela profissional no local de sua lotação se limitaram a atendimentos aos trabalhadores de forma pontual. Com a implantação da unidade do SIASS no setor e com a chegada dos novos profissionais na instituição¹⁰, o Serviço Social consegue se apropriar melhor das demandas referente a ações em saúde do trabalhador. Foi preciso, para tal, a ampliação de referenciais teóricos, legislações e outros

¹⁰ Hoje, a instituição conta no seu quadro de servidores com um total de 12 assistentes sociais. Desses, sete estão distribuídos nos *campi* e cinco lotados no *campus* sede.

documentos que pudessem ir ao encontro da intervenção das demandas sociais dos trabalhadores relacionadas com seu processo saúde-doença.

O assistente social é um profissional que atua diretamente na realidade social, sendo necessário, portanto, o constante exercício de seu pensamento crítico e reflexivo sobre a situação que lhe é posta. Segundo Forti e Guerra (2012, p. 8), o assistente social possui, portanto, “a capacidade de captar criticamente essa realidade social que é contraditória e dinâmica, o que pressupõe busca constante de sustentação teórica, política e ética”.

As autoras argumentam que o profissional do Serviço Social, ainda que seja um trabalhador assalariado e que, como tal, possui limites em sua atuação colocados pelas instituições empregadoras, tem a escolha de imprimir um sentido em sua intervenção. Dessa maneira, como portador de uma relativa autonomia profissional, o assistente social tem a responsabilidade de buscar continuamente o aperfeiçoamento intelectual, requisito imprescindível para a qualidade do direcionamento de suas ações.

[...] para isso, é crucial capacidade intelectual – busca de substanciais conhecimentos teóricos e metodológicos (inclusive ético-políticos) que lhe permitam situar seu papel como profissional na realidade social – sem obscurecimento de idealismos e dos limites das intervenções que não ultrapassam o plano das intenções, pois desconexas da realidade. Isso requer a busca de conhecimentos que qualifiquem intelectualmente o profissional para a escolha responsável do rumo que ele irá tomar, pois o Serviço Social, conforme Iamamoto (2007), é profissão que participa de um mesmo movimento que tanto possibilita a continuidade do nosso modo de sociedade como cria possibilidades para sua transformação, e as conjunturas não condicionam, não obstante a imposição de limites e possibilidade, unilateralmente as perspectivas profissionais (Id, 1998). (FORTI E GUERRA, 2012, p. 9-10).

Remetendo essa intervenção do assistente social à área das ações em saúde do trabalhador, então, os desafios são inúmeros. Segundo Mendes e Wunsch (2011), a área da saúde do trabalhador se constitui ainda como uma dispersa demanda na profissão por vários fatores. Alguns deles estão ligados a questões endógenas próprias ao Serviço Social, como a presença da perspectiva conservadora, que, aliados a outros aspectos, contribui para a limitação da compreensão sobre o processo saúde-doença e a predominância de outras concepções sobre a temática, como a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional. Contudo, de forma paralela,

vem ocorrendo a expansão dessa área de atuação para o Serviço Social nas últimas décadas.

Assim, o assistente social vem sendo requisitado para atuar nas incidências das formas de organização do trabalho na saúde dos trabalhadores. Para tanto, e como forma de entender a dinâmica e as determinações sobre a relação trabalho e saúde na vida desse sujeito, é preciso ampliar o escopo de mediações nos campos ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo, que envolvem, ainda segundo Mendes e Wunsch (2011), algumas questões, como: o conceito de saúde; o processo saúde-doença e seus determinantes sociais; a proteção social; e a concepção de Saúde do Trabalhador.

O Serviço Social do referido setor, portanto, a partir da implantação da unidade do SIASS e na perspectiva de se trabalhar integralmente com as atribuições pertinentes à saúde do trabalhador, elaborou novos objetivos que visam contemplar ações no âmbito da política, mas também ações que se referem à demandas mais gerais que envolvem o trabalhador e seu processo saúde-doença.

Abaixo, os objetivos elaborados pelo Serviço Social na Divisão de Atenção à Saúde e Perícias:

1. Promover uma aproximação entre o Serviço Social e os servidores da instituição, dentro do contexto do SIASS;
2. Garantir a articulação dos assistentes sociais da instituição;
3. Conhecer as condições de vida e de trabalho dos servidores;
4. Realizar avaliações para fins de elaboração de pareceres como forma de subsidiar as decisões periciais;
5. Atender às demandas espontâneas que se apresentam ao Serviço Social do conjunto de trabalhadores da instituição;
6. Articular e elaborar ações de prevenção e de promoção à saúde no ambiente de trabalho em conjunto com a equipe multidisciplinar;
7. Identificar conjuntamente com os servidores as possíveis causas de seu adoecimento no que diz respeito às condições de trabalho;

8. Orientar aos servidores quanto a seus direitos sociais;
9. Garantir um processo de formação continuada ao Serviço Social;
10. Realizar encaminhamentos dos usuários à rede de serviços.

Para alcançar esses objetivos, a intervenção do Serviço Social foi dividida em três frentes de atuação que não podem ser encaradas de forma fragmentada e isolada, ao contrário, estão integradas e são imprescindíveis para uma prática interventiva comprometida do Serviço Social, como apontado por Mendes e Wunsch (2011) acima, com as dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas. Antes de explicá-las, porém, cabe dizer que nenhuma das três frentes de atuação foi fruto de requisição institucional. Todas elas partiram da própria iniciativa do Serviço Social por meio de seus profissionais a partir do cotidiano vivenciado na instituição.

A primeira frente de atuação é o atendimento a demandas espontâneas colocadas por trabalhadores da instituição ao Serviço Social do setor, incluindo também os trabalhadores terceirizados. As demandas espontâneas mais comuns que chegam até os assistentes sociais, dizem respeito a situações de conflito vivenciadas no ambiente de trabalho. O servidor, portanto, nos procura para relatar e para saber como proceder em relação a essas situações. De acordo com cada relato apresentado, com a complexidade de cada atendimento e com a vontade do próprio servidor, o Serviço Social procura intervir nesse processo, encaminhando esse trabalhador, quando preciso, para outros profissionais da equipe.

Qualquer usuário pode recorrer a um atendimento com o Serviço Social a qualquer momento, sem necessidade de encaminhamento. Os trabalhadores também poderão ser encaminhados por diversas demandas identificadas pelas chefias ou por outros profissionais, mas com a necessidade de um encaminhamento formal e com a ciência do trabalhador encaminhado.

A segunda frente de atuação está relacionada com a participação do Serviço Social, como parte integrante da equipe multiprofissional de saúde da unidade do SIASS, na realização de perícias oficiais, conforme abordado no capítulo anterior. Nas ações que estão relacionadas às avaliações periciais, o Serviço Social atende processos com as solicitações listadas no quadro abaixo.

Quadro 4. Avaliações periciais que são encaminhadas ao Serviço Social

Solicitações dos processos encaminhados ao Serviço Social
Aposentadoria por invalidez;
Avaliação para fins de pensão: 1) Constatação de invalidez de filho, enteado ou irmão; 2) Constatação de deficiência intelectual ou mental de filho, enteado ou irmão;
Remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família;
Horário especial para servidor com deficiência e para o servidor com familiar com deficiência;
Readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laborativa;
Avaliação de servidor aposentado por invalidez para fins de reversão;
Avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade;
Pedido de reconsideração e recurso acerca de avaliações periciais;
Avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior.

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Os processos são encaminhados ao Serviço Social, que fica responsável pelo contato com o servidor para a realização do atendimento social. Posteriormente, o Serviço Social, a partir da natureza do processo, acionará, se preciso, o serviço de Psicologia. Após o atendimento, o servidor é encaminhado à perícia médica.

É necessário fazer um adendo para ressaltar que há situações em que não está previsto o atendimento pelo Serviço Social, mas a perícia singular ou junta médica observa demandas sociais existentes e que carecem de intervenção do assistente social, sendo encaminhadas posteriormente. No item 5.2, abordado adiante, refletiremos mais detalhadamente sobre o papel e a importância do Serviço Social no processo de realização de perícias oficiais em saúde.

Para além dessas duas frentes de intervenção, o Serviço Social da Divisão de Atenção à Saúde e Perícias participa de outras atividades, como reuniões com a presença dos assistentes sociais de todos os *campi*, cuja finalidade é debater a intervenção do Serviço Social na instituição, planejar ações e discutir atendimentos que acompanhados pela profissão, visando garantir uma maior qualidade nos atendimentos prestados à comunidade. Já a terceira frente de atuação diz respeito

aos Projetos elaborados pelo Serviço Social, o Projeto de Extensão Disseminando Direitos e Serviços Sociais (PEDDSS) e o “Projeto Conversando Sobre”.

O primeiro foi estruturado pelos assistentes sociais lotados no *campus* sede da instituição e está vinculado a três setores distintos: a Coordenadoria de Assistência Estudantil, a Divisão de Apoio Pedagógico e a Divisão de Atenção à Saúde e Perícias. Esse projeto permite que os referidos profissionais estejam em contato direto com o “objeto de trabalho” do Serviço Social: as diversas expressões da “questão social”, que tendem a manifestar-se também no ambiente escolar e seu entorno.

Nesse sentido, subsidiados pelo debate científico e pela própria experiência profissional nos últimos anos de atuação, esses profissionais constataram que fenômenos recentes, como o aumento do número de alunos ingressantes na instituição, o agravamento da crise estrutural do capital e a democratização do acesso (principalmente por meio das cotas), evidenciaram uma urgência de propostas criativas/efetivas que intervenham sobre a “questão social” na instituição. Sua metodologia, portanto, foi elaborada e contempla a organização de atividades grupais/coletivas, tais como: oficinas, rodas de conversa, cines-debate e capacitações, tendo como público alvo os alunos, seus familiares, trabalhadores da própria instituição e profissionais/estudantes de Serviço Social.

Já o segundo projeto foi resultado da aproximação da Psicologia e do Serviço Social da Divisão de Atenção à Saúde e Perícias com os trabalhadores da instituição, objetivando que os mesmos tenham nessa equipe uma referência para destinarem demandas relacionadas, imediatamente ou não, a seu processo de trabalho. O projeto também busca o fomento de debates relacionados com a organização do trabalho e suas relações, além da criação de um espaço de reflexão sobre o trabalho na vida dos indivíduos. Seu percurso metodológico envolve a realização de encontros periódicos em que são trazidas para a comunidade da instituição pessoas com notório saber em temáticas relacionadas como trabalho e às ações em saúde do trabalhador. Nesses encontros, propõe-se realizar palestras ou mesas-redondas, a depender da temática e do interesse dos servidores.

Essas intervenções estão balizadas pela concepção de saúde defendida no capítulo 3 deste trabalho, isso é, situando o trabalho do assistente social nas ações

em saúde do trabalhador a partir do processo saúde-doença e seus determinantes sociais que estão inerentemente vinculados ao processo de produção e reprodução social do capital. Nesse sentido, as ações são pensadas por meio do referencial teórico crítico que procura abarcar também, além do processo que envolve as diferentes dimensões do trabalho, a reflexão sobre a prática profissional nesse espaço, “vislumbrando novos ‘sentidos’ para o trabalho e, ao mesmo tempo, ampliando o significado social da profissão” (MENDES E WÜNSCH, p. 477, 2011).

As frentes de atuação do Serviço Social colocadas acima foram pensadas e subsidiadas também pelos dados observados pela equipe e coletados do Sistema de Informações de Saúde e Segurança do portal do SIASS da unidade do SIASS pesquisada a partir das perícias oficiais realizadas. Porém, o desafio posto é a criação de novas estratégias de intervenção diante do cenário que se transforma constantemente, com as novas formas de gestão, a desregulamentação crescente de direitos conquistados e os limites identificados na própria política de atenção à saúde do servidor, apontados ao longo desta dissertação, como, por exemplo, a implementação das perícias por videoconferência.

Contudo, antes de iniciar as análises desses dados, é importante fazer uma reflexão sobre o papel e a contribuição do Serviço Social no processo de realização de perícias oficiais em saúde.

5.2. O Serviço Social e sua contribuição nas perícias oficiais em saúde

Segundo o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (2017), a equipe multiprofissional de suporte à perícia oficial em saúde, da qual o Serviço Social faz parte, além de atuar em ações de promoção, prevenção e vigilância dos ambientes e processos de trabalho, também “poderá contribuir para a avaliação pericial com pareceres técnicos específicos de sua área de atuação, compondo a equipe multiprofissional específica em suporte à perícia oficial em saúde” (BRASIL, 2017, p. 50).

Nesse sentido, o Serviço Social, conforme exposto no quadro 4 deste capítulo, atende e intervém em algumas avaliações periciais em saúde, constituindo-se essa como mais uma das atribuições profissionais do assistente social na organização do trabalho contemporâneo. Todavia, quando enfocados os atos periciais, observa-se que foram historicamente construídos pelo campo do Judiciário. As práticas judiciárias, no decorrer de seu processo de atuação, demandaram profissionais de diversas especialidades que, a partir de suas áreas de saber técnico, respaldassem e orientassem decisões processuais. A esses profissionais se convencionou a chamar de peritos.

O perito, enquanto detentor de um saber, foi o personagem chamado a dar esse respaldo, ou seja, chamou-se um profissional especialista em determinada área do conhecimento, para o estudo, a investigação, o exame ou a vistoria de uma situação processual, com o objetivo de oferecer subsídios técnico-científicos que possibilitassem ao magistrado a aplicação da lei com maior segurança, reduzindo-se a possibilidade da prática de erros ou de injustiças (FÁVERO, p.18, 2003).

O assistente social, inserido nas equipes multiprofissionais das unidades do SIASS, não é designado perito, tal qual a citação acima, mas participa do processo de perícia em saúde, realizando pareceres que buscam subsidiar as decisões da perícia oficial em saúde por meio de sua competência técnica especializada. A participação do Serviço Social nesse processo pode ser encarada como um reconhecimento do conceito ampliado de saúde ao longo das últimas décadas, ainda que existam limites, identificados e pontuados no capítulo anterior, como o constante conflito com os discursos que priorizam apenas o saber biomédico.

O Serviço Social, portanto, na realização dos atos periciais, busca situar e atuar na determinação social do processo saúde-doença dos servidores, possuindo o assistente social, como instrumento para o desvelamento da situação que lhe é apresentada e a posterior interlocução com os direitos, sua competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Resguardando as devidas particularidades de cada campo de atuação, as áreas do Judiciário e das perícias em saúde guardam entre si algumas similaridades no que tange aos processos interventivo e metodológico.

Para efetivação desses propósitos mencionados, podemos situar o estudo social como uma ferramenta comum que perpassa o cotidiano desses dois espaços

sócio-ocupacionais. Segundo Fávero (2003), o estudo social é elaborado a partir de observações, entrevistas e pesquisas documentais em que “as pessoas são examinadas, avaliadas, suas vidas e condutas interpretadas e registradas, construindo-se, assim, uma verdade a respeito delas” (p. 28). No dia a dia das perícias oficiais em saúde, esse processo é caracterizado, num primeiro momento, pelo recebimento de determinada solicitação pericial.

Posteriormente, o servidor a ser periciado é contatado e atendido para entendimento de sua demanda e realização de orientações acerca do processo pericial. Dependendo da situação identificada, o Serviço Social entende que a complexidade da solicitação requer outros atendimentos e a entrega de novas documentações para elaboração de uma decisão a respeito do que lhe foi apresentado.

O que se segue após essas etapas é a emissão de um parecer social sobre a solicitação posta. O parecer social, manifestação breve que prioriza as principais situações sociais observadas, é embasado pelos referenciais técnicos, éticos e políticos da profissão e por uma finalização de caráter conclusivo ou indicativo (FÁVERO, 2003).

O conteúdo deve basear-se nas situações previstas, havendo uma coerência, entre os elementos constitutivos trabalhados, aspectos relevantes e a conclusão. É necessário que o conteúdo não seja excessivo e deve ser expresso de maneira clara e objetiva (MOREIRA E ALVARENGA, p. 62, 2003).

Em um relato de experiência sobre o Serviço Social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Moreira e Alvarenga (2003) citam que a formulação de um parecer social que envolve a área da saúde deve contemplar as intercorrências sociais que interferem na origem, evolução e agravamento de patologias. Ainda que pese as especificidades dos processos periciais do INSS e dos servidores públicos federais, há elementos que devem ser priorizados e que são comuns a outras esferas do serviço público federal. As autoras citam algumas das questões que devem ser observadas para a emissão de um parecer social, além do entendimento do processo saúde-doença como decorrente das condições de vida e trabalho historicamente construídas, são:

situação de doença *versus* acesso a serviços de saúde; custos de tratamento *versus* renda familiar; motivação para o retorno ao trabalho *versus* condições de trabalho;

desconhecimento do diagnóstico ou não aceitação do mesmo pelo usuário e familiares; necessidade de acompanhamento psicológico para enfrentar/aceitar a doença (MOREIRA E ALVARENGA, p. 61, 2003).

É importante dizer que todo o processo que envolve o estudo social e a elaboração do parecer social no contexto das perícias oficiais em saúde deve ser pautado pela direção hegemônica da profissão, isso é, a direção que compreende a realização de perícias sociais como um via da ampliação e viabilização do acesso aos direitos sociais e não como um instrumento de caráter psicologizante, autoritário e fiscalizador de condutas do sujeito que se encontra na situação de periciado.

Também é necessário pontuar que a elaboração do parecer social não pode ser encarada como um fim em si mesma. O trabalho do Serviço Social no campo que envolve as ações em saúde do trabalhador, e especificamente nas unidades do SIASS, deve transportar esse processo interventivo, que a princípio possa parecer individualizante, para o cenário interno e externo à instituição.

Em outras palavras, o assistente social deve “construir interpretações e estabelecer relações com as questões estruturais, nacionais e mundiais que interferem e determinam o dia-a-dia dos sujeitos” (FÁVERO, 2003, p. 37), levando ao conhecimento do outro ou, nesse caso, da equipe a dimensão de totalidade que envolve a vida daquele indivíduo e criando estratégias de ação nas situações que estão atreladas ao processo saúde-doença no trabalho.

Conforme visto no item anterior, o Serviço Social atende os processos listados no quadro 4, e fica responsável pelo primeiro contato com o servidor para a realização do atendimento social. Se for necessário, dependendo da natureza do processo, é realizado mais de um atendimento com o servidor ou com o familiar a ser periciado. Após o entendimento acerca das questões por eles colocadas, o servidor é encaminhado à perícia médica.

Quando preciso o Serviço Social também realiza encaminhamentos para a rede de serviços externos ou, quando é o caso, para outros setores da própria instituição. Ademais, o Serviço Social passa a acompanhar os servidores que passaram pela junta médica, principalmente, aqueles que solicitaram remoção por motivo de sua saúde ou de pessoa de sua família; horário especial para servidor com

deficiência ou para o servidor com familiar com deficiência e; readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laborativa. Os dois primeiros, por sinal, são os processos mais atendidos pelo Serviço Social no processo de realização de perícias.

Os dados analisados a seguir são decorrentes da realização de perícias oficiais em saúde na unidade do SIASS pesquisada e se constituem como informação essencial para se resistir à perícia enquanto processo individual de um trabalhador em determinado momento de sua história funcional. Os dados permitem que se elaborem reflexões e questionamentos sobre o processo produtivo de um conjunto de trabalhadores e possibilitam a elaboração de estratégias de enfrentamento, ou até mesmo superação, de condições e relações de trabalho penosas.

5.3.

Desafios para o Serviço Social a partir dos dados identificados na unidade do SIASS pesquisada

O debate que será posto dar-se-á a partir dos dados colhidos do Sistema de Informações de Saúde e Segurança do portal do SIASS da unidade da instituição pesquisada no período que contempla os anos de 2016 a 2019, conforme explicitado no capítulo anterior, no item 4.2 – *aproximação com o campo empírico, coleta de dados e critérios éticos na análise da implantação de uma unidade do SIASS*. Os dados são referentes aos afastamentos por motivo de saúde dos servidores da própria instituição registrados no Módulo de Perícia Oficial em Saúde por meio da modalidade de perícias. Essa modalidade formaliza o afastamento do servidor do trabalho por motivo de saúde.

Vale lembrar que o que difere a modalidade de perícias da modalidade de registro de atestados é o tempo de afastamento indicado no atestado apresentado pelo servidor à instituição dado que foi exposto no quadro 2. O atestado pode ser apenas homologado (dispensado de perícia), se é igual ou inferior a 5 dias e inferior a 15 dias, dentro de 12 meses, ou submetido a uma avaliação pericial – podendo ser perícia oficial singular (com a presença de apenas um médico) ou junta oficial em saúde (com a presença de mais de um médico).

Optamos por privilegiar a modalidade de perícias, visto que os servidores devem passar por avaliação da junta médica e, dependendo da natureza do processo, pelo Serviço Social. Segundo o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, os dados contidos no SIAPE-Saúde “poderão ser objeto de estudo e divulgação pela APF, observadas as restrições referentes aos dados de caráter sigiloso e/ou pessoal” (MPOG, 2014, p. 06).

O primeiro dado contempla os tipos de perícias concluídas dos anos de 2016 a 2019. As licenças para tratamento de saúde e por motivo de doença em pessoa da família são as mais demandadas pelos servidores da instituição ao longo dos 4 anos. Cabe dizer que o número de afastamentos não corresponde ao número real de servidores que efetivamente se afastaram do trabalho por motivo de saúde, pois um mesmo servidor pode ter passado pela avaliação pericial mais de uma vez.

A tabela mostra que no ano de 2016 foram realizadas 179 perícias, sendo 124 delas via avaliação singular, que não precisaram de junta médica. Nos anos seguintes o número de realização de perícias cresceu. Em 2017, esse número subiu para 351 perícias realizadas, representando, em apenas 1 ano, crescimento de 96% quando comparado ao ano anterior. Em 2019, o número chegou a 777 perícias realizadas, sendo 589 para tratamento de saúde e 95 para licença por motivo de doença em pessoa da família. Um aumento de 62% em relação ao ano de 2018, em que foi atingido o número de 477 perícias concluídas.

Há que se fazer um adendo para dizer que a análise do aumento do número de perícias oficiais em saúde tem que levar em consideração também o crescimento do número de servidores na instituição. Só no ano de 2014 o concurso público para provimento de cargos efetivos contou com 195 vagas para diversos níveis de escolaridade. Ao longo desses anos (2016-2019), houve outros concursos para o cargo de docente e também a convocação de candidatos que estavam no cadastro de reserva, previsto no edital do concurso.

Apesar do crescimento de algumas avaliações periciais, como a avaliação da necessidade de horário especial para servidor com familiar/dependente portador de deficiência – regulamentada pela Lei 13.370 de 2016 que alterou o § 3º do art. 98 da Lei 8.112/1990 e estendeu o direito ao horário especial ao servidor que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência de qualquer natureza, quando

comprovada a necessidade por junta médica oficial, independente da compensação de horário – e remoção por motivo de doença do próprio servidor, o aumento de perícias se concentrou mesmo nas licenças para tratamento de saúde do próprio servidor e por motivo de doença em pessoa da família.

Tabela 1. Perícias concluídas por tipo de perícias de 2016 a 2019

Tipo de Perícia	2016			2017			2018			2019
	Singular	Junta	Total	Singular	Junta	Total	Singular	Junta	Total	Total
Licença para tratamento de saúde	124	10	134	258	38	296	370	25	395	601
Licença por motivo de doença em pessoa da família	10	0	10	21	0	21	31	0	31	95
Licença por acidente em serviço ou moléstia profissional	6	1	7	4	0	4	6	1	7	7
Licença para tratamento de saúde – RGPS (até 15 dias)	3	0	3	3	0	3	1	0	1	1
Licença para tratamento de saúde por junta oficial	0	18	18	0	15	15	0	13	13	25
Avaliação para fins de isenção do imposto de renda sobre a aposentadoria	0	3	3	2	0	2	3	6	9	15
Remoção por motivo de doença do próprio servidor	0	1	1	0	1	1	0	5	5	10
Remoção por motivo de doença do cônjuge, companheiro ou dependente que viva às expensas do servidor	-	-	-	0	1	1	0	4	4	2
Avaliação da necessidade de Horário Especial para servidor portador de deficiência	0	2	2	-	-	-	0	4	4	8
Avaliação da necessidade				0	1	1	0	1	1	9

de Horário Especial para servidor com familiar dependente portador de deficiência										
Avaliação da capacidade laboral para fins de readaptação	-	-	-	0	1	1	-	-	-	1
Avaliação de invalidez permanente por doença especificada em lei para fins de aposentadoria	-	-	-	0	1	1	0	2	2	1
Avaliação para concessão de licença à gestante	-	-	-	2	0	2	3	0	3	1
Avaliação de invalidez permanente por doença não especificada em lei para fins de aposentadoria	-	-	-	-	-	-	0	1	1	1
Avaliação da capacidade laboral de servidor por recomendação superior	-	-	-	1	0	1	-	-	-	-
Revisão de aposentadoria por invalidez para fins de reversão				0	1	1	-	-	-	-
Avaliação de invalidez de dependente	0	1	1	0	1	1	-	-	-	-
Avaliação de deficiência intelectual ou mental para fins de concessão de pensão	-	-	-	-	-	-	0	1	1	-
TOTAL GERAL	143	36	179	291	60	351	414	63	477	777

Fonte: SIAPE-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

Os gráficos seguintes são referentes aos afastamentos de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com

a Saúde – CID-10, apresentando os grupos das doenças e sua frequência. Apesar da Organização Mundial da Saúde (OMS) ter lançado em 2018 a nova classificação internacional de doenças, a chamada CID-11, a vigência do documento está prevista apenas para 1º de janeiro de 2022. Portanto, nesta análise são utilizados os parâmetros previstos na CID-10.

A CID é a base para identificar tendências e estatísticas de saúde em todo o mundo e contém cerca de 55 mil códigos únicos para lesões, doenças e causas de morte. O documento fornece uma linguagem comum que permite aos profissionais de saúde compartilhar informações de saúde em nível global (OPAS, 2018, n.p).

Quadro 5. Lista de códigos da CID-10

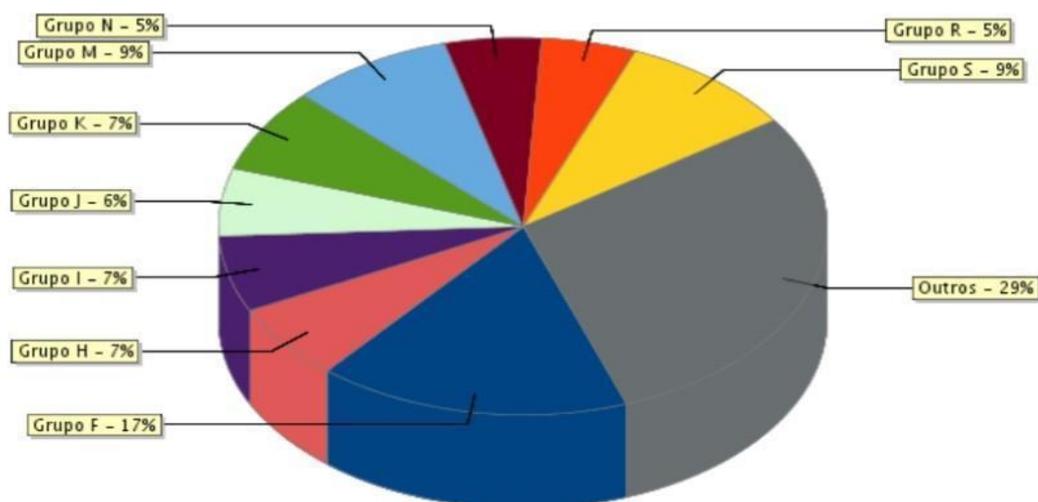
CAPÍTULO	CÓDIGO	TÍTULO
Capítulo I	(A00-B99)	Doenças infecciosas causadas por parasitas
Capítulo II	(C00-D48)	Neoplasias e tumores
Capítulo III	(D50-D89)	Doenças do sangue
Capítulo IV	(E00-E90)	Distúrbios endócrinos, nutricionais e metabólicos
Capítulo V	(F00-F99)	Transtornos mentais e comportamentais
Capítulo VI	(G00-G99)	Doenças do sistema nervoso
Capítulo VII	(H00-H59)	Doenças do olho e anexos
Capítulo VIII	(H60-H95)	Doenças do ouvido e da apófise mastóide
Capítulo IX	(I00-I99)	Doenças do aparelho circulatório
Capítulo X	(J00-J99)	Doenças do aparelho respiratório
Capítulo XI	(K00-K93)	Doenças do aparelho digestivo e bucais
Capítulo XII	(L00-L99)	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
Capítulo XIII	(M00-M99)	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
Capítulo XIV	(N00-N99)	Doenças do aparelho geniturinário
Capítulo XV	(O00-O99)	Gravidez, parto e puerpério
Capítulo XVI	(P00-P96)	Algumas afecções originadas no período perinatal
Capítulo XVII	(Q00-Q99)	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
Capítulo XVIII	(R00-R99)	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
Capítulo XIX	(S00-T98)	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências

		de causas externas
Capítulo XX	(V01-Y98)	Causas externas de morbidade e de mortalidade
Capítulo XXI	(Z00-Z99)	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde
Capítulo XXII	(U04-U99)	Códigos para propósitos especiais

Fonte: Elaboração própria, 2019. Com base na CID-10.

O primeiro gráfico demonstra a ocorrência de afastamento por grupo de CID do ano de 2016. O grupo de CID responsável pela maior causa de afastamento dos servidores da instituição nesse ano foi o grupo F, ligado aos transtornos mentais e comportamentais, com 17%. O segundo lugar ficou com os grupos S e M, lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, respectivamente.

Gráfico 5. Ocorrências de afastamento por grupo de CID no ano de 2016

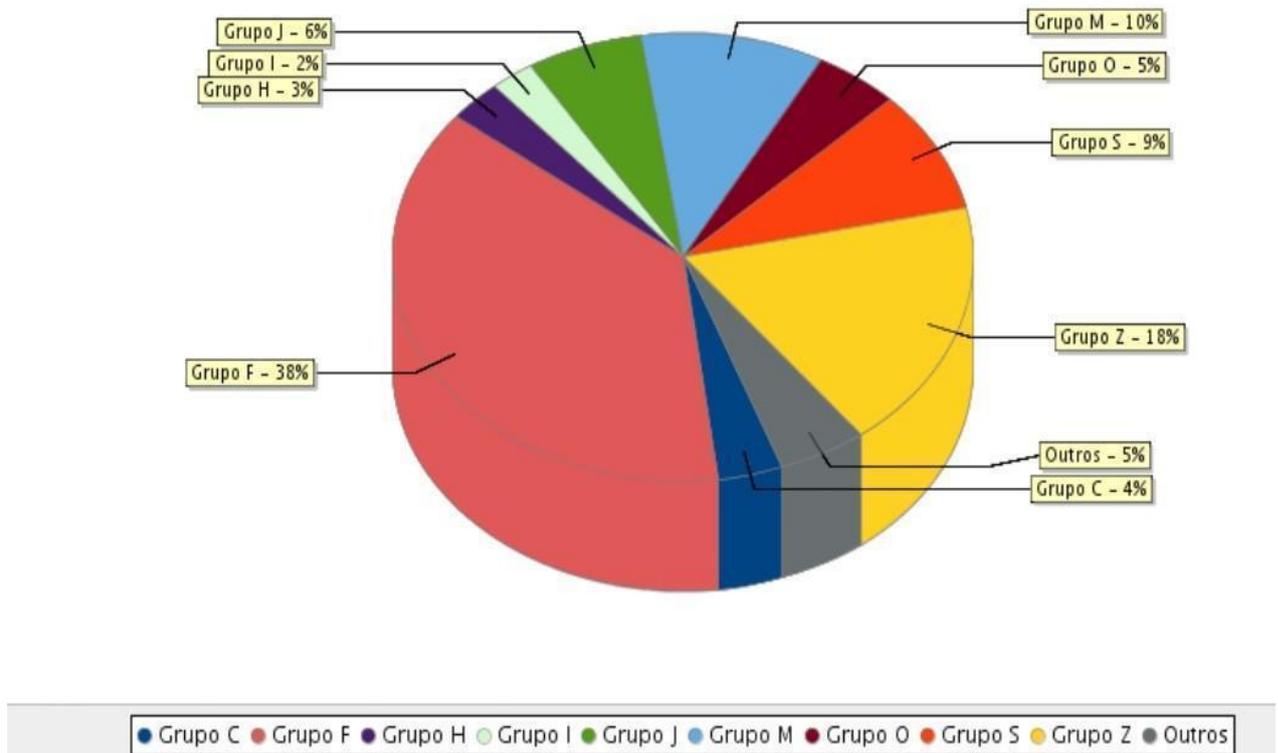


Fonte: SIAPE-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

O gráfico abaixo é do ano de 2017 e o grupo F (transtornos mentais e comportamentais) permaneceu, agora ao lado do grupo J (doenças do aparelho respiratório), com a maior porcentagem de afastamentos, isto é, 19%. O grupo M

(doenças do sistema osteomuscular e do tecido) também continuou a ocupar a segunda maior porcentagem, com 11%.

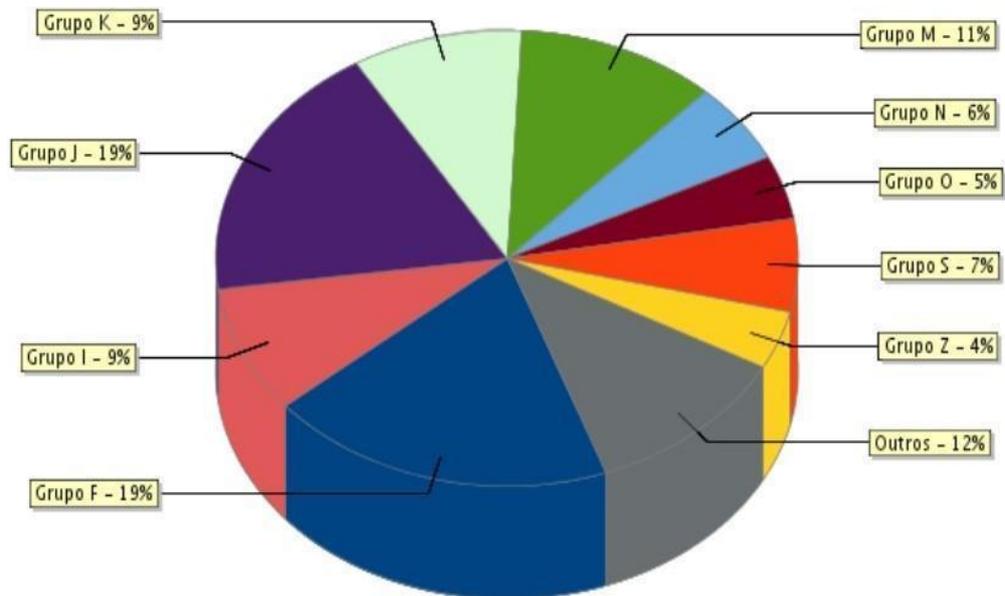
Gráfico 6. Ocorrências de afastamento por grupo de CID no ano de 2017



Fonte: SIAPE-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

O gráfico de 2018 mostra um aumento percentual significativo do grupo F (transtornos mentais e comportamentais) que continuou a ocupar a primeira causa de afastamento por grupo de CID, agora com 38%. Em segundo lugar aparece o grupo Z, com 18%, e em terceiro o grupo M (doenças do sistema osteomuscular e do tecido), com 10%. O grupo Z (Z00-Z99), pertencente ao capítulo XXI, é o dos “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”. Faremos uma análise específica sobre ele no decorrer da seção.

Gráfico 7. Ocorrências de afastamento por grupo de CID no ano de 2018

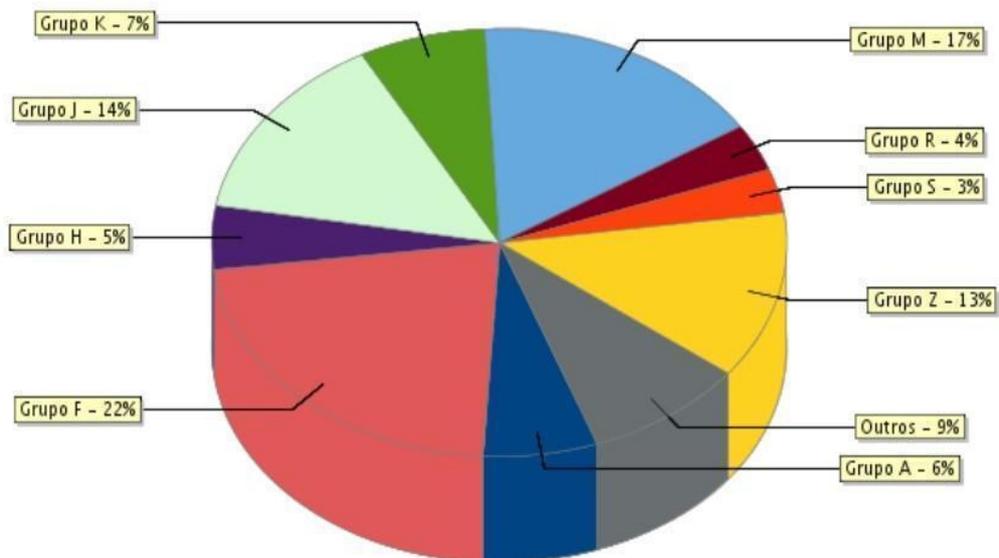


● Grupo F ● Grupo I ● Grupo J ● Grupo K ● Grupo M ● Grupo N ● Grupo O ● Grupo S ● Grupo Z ● Outros

Fonte: SIAPE-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

No último ano de análise, 2019, o grupo de CID F (transtornos mentais e comportamentais) caiu para 22%, mas ainda continuou como maior prevalência de afastamentos dos servidores, seguido do grupo M (doenças do sistema osteomuscular e do tecido), com 17%, do grupo J (doenças do aparelho respiratório), com 14%, e, em quarto, o grupo Z (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde), com 13%.

Gráfico 8. Ocorrências de afastamento por grupo de CID no ano de 2019



● Grupo A ● Grupo F ● Grupo H ● Grupo J ● Grupo K ● Grupo M ● Grupo R ● Grupo S ● Grupo Z ● Outros

Fonte: SIAPE-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

Nesse quadriênio, percebe-se que o grupo de CID F¹¹ (transtornos mentais e comportamentais) foi o que teve maior ocorrência nos afastamentos dos servidores da instituição e foi o responsável também pelos maiores números de dias de afastamentos, que veremos mais abaixo. A prevalência do grupo de CID F também foi encontrada em outras pesquisas sobre o perfil de afastamentos do servidor público federal (SCHLINDWEIN E MORAIS, 2014; CASTRO, 2017; OLIVEIRA et al, 2015).

A pesquisa realizada sobre os dados quantitativos dos afastamentos do trabalho dos servidores públicos federais de vinte e três instituições públicas federais situadas no Estado de Rondônia revelou que, no ano de 2011, foram

¹¹ O grupo de CID M (doenças do sistema osteomuscular e do tecido) e o grupo de CID J (doenças do aparelho respiratório) também tiveram grande prevalência nos afastamentos dos servidores da instituição, cabendo, em trabalhos futuros, uma análise mais aprofundada sobre as razões para a significativa incidência desses grupos na saúde dos servidores. Para tal, vale dizer também, se fará necessária a contribuição de outras especialidades profissionais, visto que a contribuição do Serviço Social apenas não dará conta da investigação sobre a prevalência dessas doenças nesses trabalhadores.

concedidos 3.079 afastamentos por licença de saúde, sendo que desses, 296 (9,6%) foram motivados por transtornos mentais e comportamentais, constituindo a principal ocorrência de afastamentos dos servidores (SCHLINDWEIN E MORAIS, 2014).

Já o trabalho de Castro (2017) sobre afastamento por motivo de saúde dos servidores do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro a partir de perícias realizadas no triênio 2013-2015 evidencia também que os “transtornos mentais e comportamentais” (Grupo F) e as “doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (Grupo M) foram responsáveis pela maior ocorrência de licenças médicas naquela instituição.

Olhando para a iniciativa privada, através das informações estatísticas da Previdência Social, o 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017 evidenciou que, no país, os transtornos mentais e comportamentais foram a terceira causa de incapacidade para o trabalho, totalizando 668.927 casos, cerca de 9% do total de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez concedidos em cinco anos de análise.

Ao constatar esses dados de prevalência ou crescimento do grupo de CID F nos afastamentos para tratamento de saúde de trabalhadores de diferentes instituições e categorias de trabalho, podemos recorrer novamente ao trabalho de Linhart (2014) que aborda o conceito de “precariedade subjetiva” e suas consequências para a vida dos trabalhadores.

Segundo a autora, essa “precariedade subjetiva, para além das formas de precariedade nas condições físicas de trabalho, aparece, atingindo também os trabalhadores estáveis, como um sentimento de não domínio sobre o trabalho cabendo ao trabalhador “esforçar-se permanentemente para adaptar-se, cumprir os objetivos fixados, não arriscar-se física ou moralmente (no caso de interações com usuários ou clientes). É o sentimento de não ter a quem recorrer em caso de problemas graves no trabalho” (LINHART, 2014, p. 46).

Esse sentimento é provocado pelos imperativos contidos nas novas formas de gestão do trabalho, principalmente a gestão gerencialista, que impõem a seus trabalhadores a administração, em nome de uma suposta autonomia de trabalho, de

exigências e responsabilidades da organização de trabalho, ao mesmo tempo em que são intensificadas as cobranças relativas a metas e objetivos a serem alcançados. O resultado dessas novas relações de trabalho na saúde dos trabalhadores é, cada vez mais, o desencadeamento de medo, ansiedade e insegurança que, em muitas vezes, se manifestam no grupo de CID F, referente aos transtornos mentais e comportamentais.

O debate posto a seguir procura justamente refletir sobre essas novas maneiras de gestão da organização e das relações de trabalho e seus desdobramentos na saúde dos trabalhadores. É importante a identificação da prevalência do grupo de CID F nos afastamentos para tratamento de saúde dos trabalhadores, mas, igualmente, é mister trazer à tona que muitos dos afastamentos referentes a essas doenças podem não estar sendo associados a suas principais causas, isso é, a organização decorrente das relações de trabalho.

5.3.1.

O código Z (Z00-Z99): fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Os agrupamentos que abrangem o grupo Z vão de Z00 a Z99, descritos no quadro 6 abaixo, e são utilizados para situações “em que outras circunstâncias que não uma doença, um traumatismo ou uma causa externa classificáveis nas categorias A00-Y89, são registradas como “diagnósticos” ou “problemas””(WHO, 2019, n.p). Isso pode surgir de duas maneiras principais:

- a) quando uma pessoa que não está doente consulta os serviços de saúde para algum propósito específico, tais como receber assistência ou serviço limitado para uma afecção atual, doar órgão ou tecido, receber imunização profilática ou discutir um problema que não é em si uma doença ou um traumatismo; (b) quando alguma circunstância ou problema está presente e que influencia o estado de saúde da pessoa, mas que não é em si uma doença ou traumatismo atual. Tais fatores podem ser obtidos durante inquéritos populacionais, quando a pessoa pode ou não estar atualmente doente, ou serem registrados como fator adicional a ser levado em conta quando a pessoa está recebendo cuidados para alguma doença ou traumatismo (WHO, 2019, n.p).

Quadro 6. Agrupamentos que abrangem o grupo Z (Z00-Z99) do Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Código	Descrição
Z00-Z13	Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação
Z20-Z29	Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com doenças transmissíveis
Z30-Z39	Pessoas em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução
Z40-Z54	Pessoas em contato com os serviços de saúde para cuidados e assistência à saúde específicos
Z55-Z65	Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais
Z70-Z76	Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias
Z80-Z99	Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e certas afecções que influenciam o estado de saúde

Fonte: CID-10

O código Z, desse modo, pode ser utilizado tanto para caracterizar uma queixa dirigida ao serviço de saúde, quanto para caracterizar uma situação identificada pelo profissional de saúde, mesmo que não formulada diretamente pelo paciente (VIEIRA, 2017). Essa particularidade possibilita a elaboração de nexos causais relacionados com o sofrimento psíquico e aos determinantes sociais. O código Z, assim, parece contemplar, pelo menos em parte, a determinação social do processo saúde-doença na análise epidemiológica, abordada no capítulo 2 desta dissertação, visto que busca apreender melhor, para além da abordagem biomédica, os fatores que englobam a dimensão social da saúde.

Dentro do agrupamento Z55-Z65 (pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais), nos importa, em especial, o detalhamento da categoria Z56 correspondente a “Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego”. Essa categoria está composta por oito subcategorias, são elas:

Z56.0 Desemprego, não especificado

Z56.1 Mudança de emprego

Z56.2 Ameaça de perda de emprego

Z56.3 Ritmo de trabalho penoso

Z56.4 Desacordo com patrão e colegas de trabalho

Z56.5 Má adaptação ao trabalho (condições difíceis de trabalho)

Z56.6 Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho

Z56.7 Outros problemas não especificados relacionados com o emprego

É, portanto, um debate necessário e constitui-se como um objeto complexo a análise dos novos processos de trabalho e de suas formas de organização sobre a esfera psíquica e sua relação com o aparecimento de doenças. Não é evidente o desencadeamento de transtornos mentais a partir do trabalho, todavia, em grande parte dos diagnósticos que envolvem o grupo de CID F (transtornos mentais e comportamentais), a dimensão psicossocial do trabalho está presente.

Dejours (1991), em suas pesquisas sobre a influência do ambiente de trabalho na saúde mental do trabalhador, afirma que a organização do trabalho pode sim causar efeitos psicossomáticos ao trabalhador. De acordo com esse trecho:

A organização do trabalho pode ser causa de uma fragilização somática, na medida em que ela pode bloquear os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental. [...] é provável que uma parte não negligenciável da morbidade somática observada entre os trabalhadores tenha sua origem numa organização do trabalho inadequada (DEJOURS, 1991, p. 192).

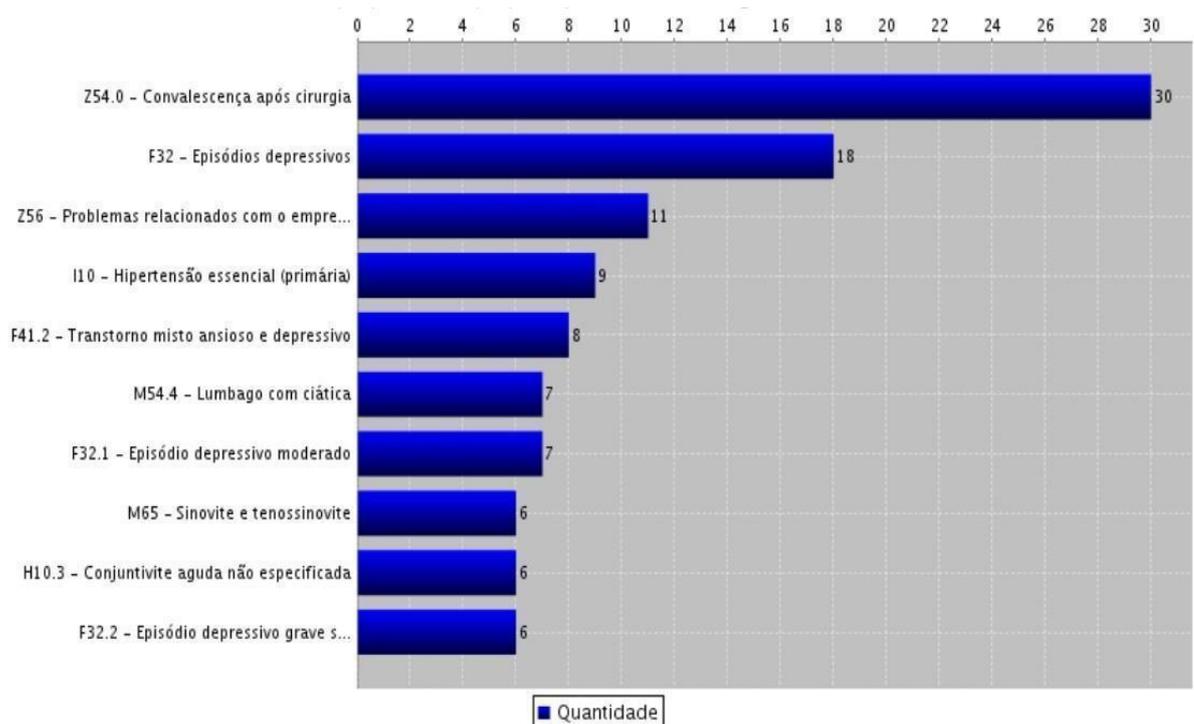
Nesse sentido, a discussão de causas de adoecimento dos trabalhadores se torna impossível sem se considerar o estabelecimento da relação entre saúde e o processo organizativo do trabalho. Ainda mais no cenário vigente de cobranças por produtividade, de violência institucionalizada nos ambientes laborais, onde trabalhadores são pressionados a ultrapassar seus limites e dificuldades em prol dos interesses de seus empregadores. Para tal, exige-se, cada vez mais, um perfil de trabalhador com adaptação a mudanças contínuas e novas exigências de versatilidade. Pede-se um “indivíduo ‘volátil’, sem laços, sem vínculos e sem caráter, isso é, flexível” (DRUCK, 2011, p. 49).

Havendo evidências de que o adoecimento do trabalhador está ligado ao processo de trabalho, como a compreensão de que, se não fosse a organização laboral, o trabalhador não teria adoecido, é importante seu registro como doença relacionada com o trabalho, haja vista que o grupo de CID F (transtornos mentais e

comportamentais), muitas vezes, mascara a verdadeira causa do adoecimento dos trabalhadores.

No gráfico 7, referente ao afastamento por grupo de CID no ano de 2018, visto acima, o grupo Z (problemas relacionados com o emprego e com o desemprego) apareceu em segundo lugar como a maior ocorrência de afastamento por grupo de CID, com 18%. Abaixo, temos o gráfico 9, com os dez resultados mais representativos, detalhado com a quantidade de servidores por grupo de CID no ano de 2018.

Gráfico 9. Quantidade de servidores por grupo de CID no ano de 2018

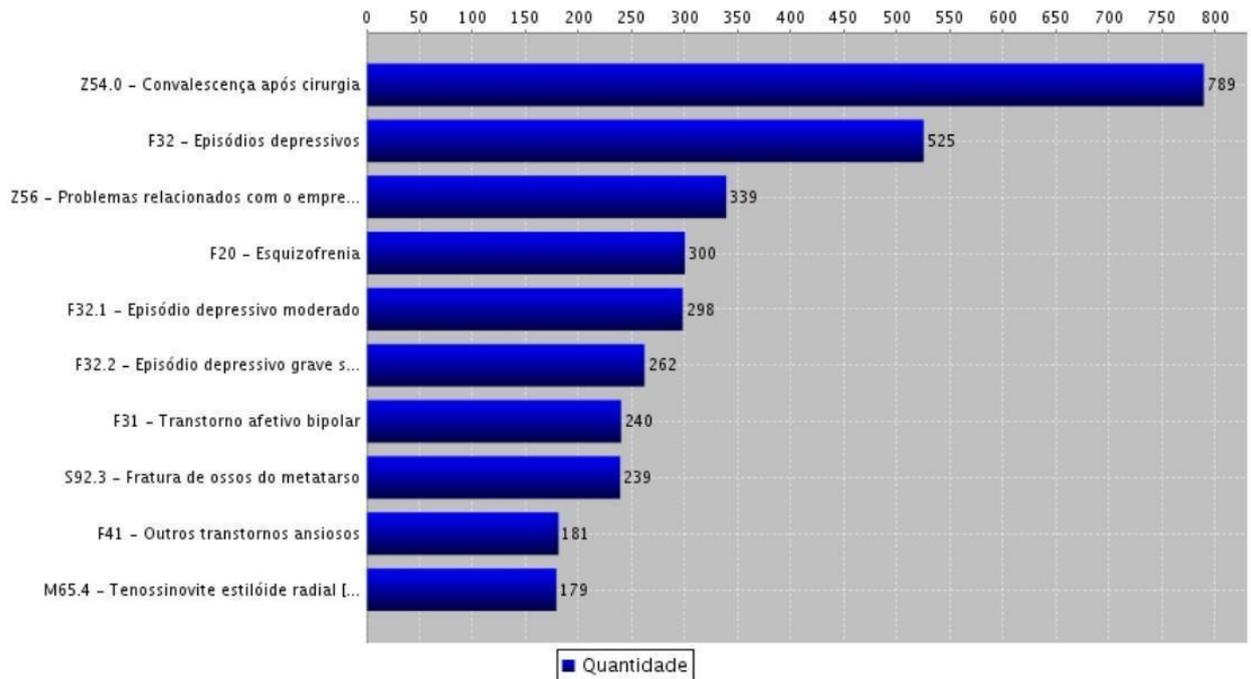


Fonte: SIAPÉ-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

O Z54.0 (recuperação após procedimentos cirúrgicos) teve a maior ocorrência por quantidade de servidores, seguido do F32 (episódios depressivos) e em terceiro veio o Z56 (problemas relacionados com o emprego e desemprego). No ano de 2016 o grupo de CID Z não apareceu nas estatísticas. Em 2017 houve um percentual de 4% (gráfico 6), mas não relacionado especificamente com a categoria Z56 (problemas relacionados com o emprego e com o desemprego). Contudo, em 2018 esse dado apareceu e se constituiu como a terceira maior ocorrência de afastamentos por número de servidores.

Esse dado é importante para demonstrar que as condições de trabalho desses servidores estão atuando no desencadeamento de adoecimentos e, conseqüentemente, no afastamento dos mesmos. O gráfico seguinte demonstra o número de dias de afastamentos por grupo de CID no ano de 2018.

Gráfico 10. Número de dias de afastamento por grupo de CID no ano de 2018



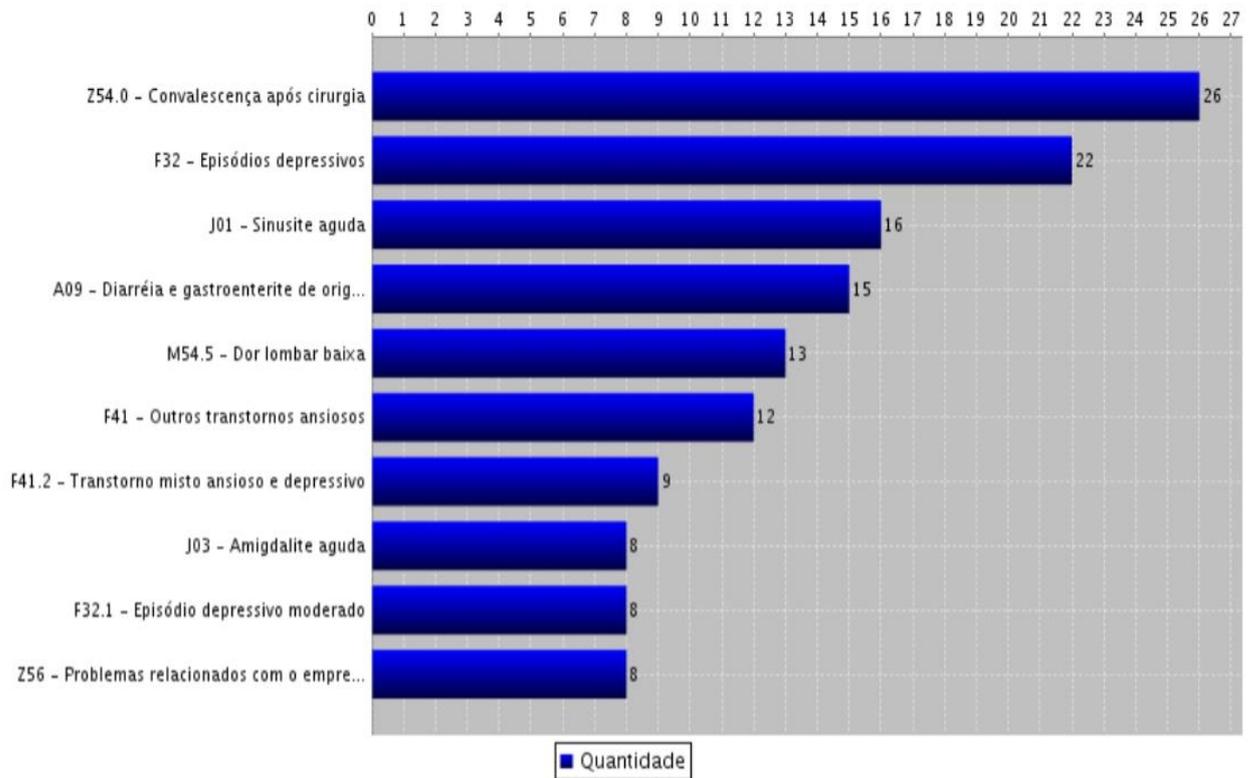
Fonte: SIAPE-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

Observa-se que o número de dias de afastamentos por CID coincidiu com a ordem da quantidade de servidores por grupo de CID. A categoria Z56 (problemas relacionados com o emprego e com o desemprego) foi responsável por 339 dias de afastamentos dos servidores. Enquanto o F32 (episódios depressivos) e o Z54.0 (recuperação após procedimentos cirúrgicos) ficaram com 525 dias e 789 dias de afastamentos, respectivamente. Essas informações apontam para a necessidade de se olhar para uma série de aspectos que envolvem situações de trabalho que, conjuntamente com outros elementos da vida do servidor, podem atuar no desencadeamento de licenças médicas.

No ano de 2019 a categoria Z56 (problemas relacionados com o emprego e com o desemprego) teve uma queda no número de servidores por grupo de CID, porém, ainda aparece entre as dez categorias mais representativas ente os afastamentos. A categoria Z54.0 (recuperação após procedimentos cirúrgicos) e

F32 (episódios depressivos) permaneceram no topo das estatísticas com as maiores quantidades de servidores de licença médica por grupo de CID.

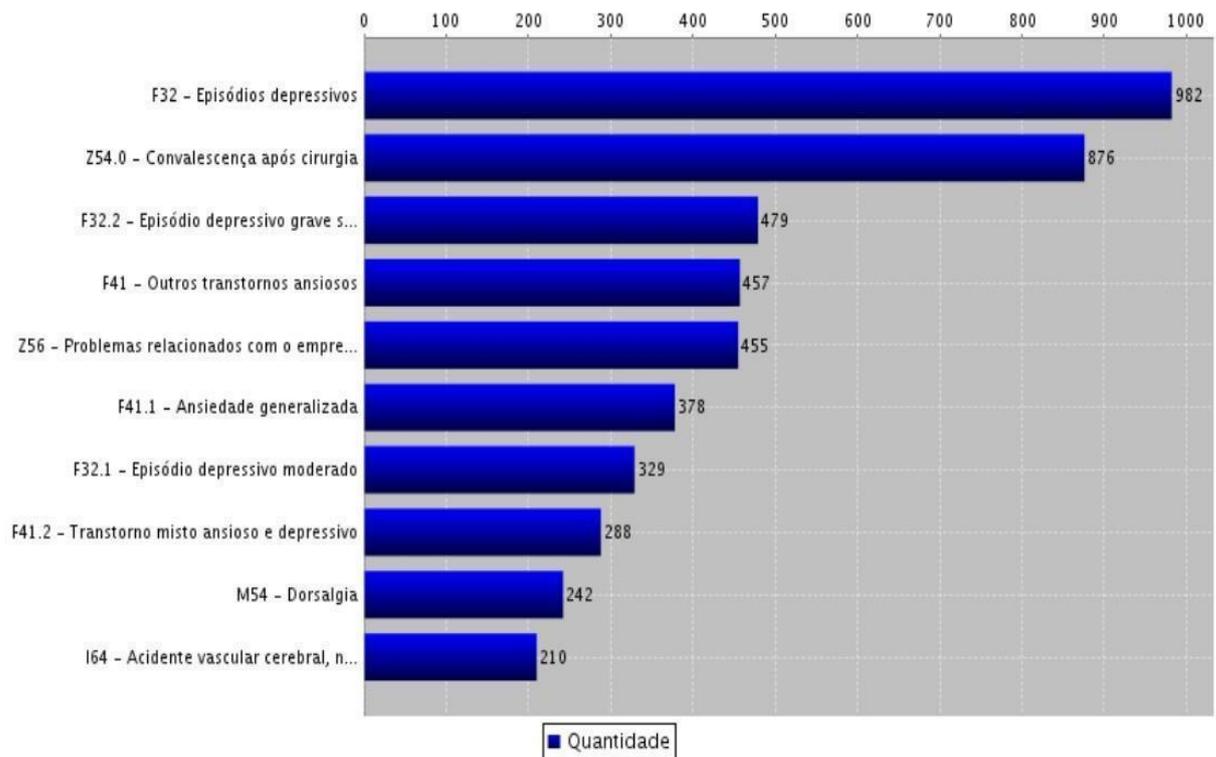
Gráfico 11. Quantidade de servidores por grupo de CID no ano de 2018



Fonte: SIAPE-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

Por fim, o último gráfico demonstra que a categoria F32 (episódios depressivos) suplantou a categoria Z54.0 (recuperação após procedimentos cirúrgicos), que no ano anterior era a maior responsável pelo número de dias de afastamento. Em terceiro aparece a categoria F32.2 (episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos) e em quarto vem mais uma categoria do grupo F, F41.1, referente a ansiedade generalizada. E em quinto está a categoria Z56 (problemas relacionados com o emprego e com o desemprego) que, apesar de ter caído duas posições quando comparada ao ano anterior, teve um aumento no número de dias de afastamento, passando de 339 dias para 455 dias.

Gráfico 12. Quantidade de servidores por grupo de CID no ano de 2019



Fonte: SIAPÉ-Saúde/Módulo Perícia Oficial em Saúde da unidade do SIASS pesquisada

Voltando-se para as possibilidades e desafios na unidade do SIASS pesquisada, a escolha desses dados para a análise revela que a instituição, a cada ano que passa, se mostra mais adoecida, visto o aumento crescente no número de perícias realizadas, principalmente as licenças referentes a tratamento de saúde do próprio servidor (tabela 1), e o aumento do número de dias de afastamentos dos trabalhadores.

Portanto, o Serviço Social desse espaço ocupacional, a contar suas atuais frentes de atuação, permanece com desafios enormes pela frente, ainda que se tenha a consciência de que a profissão, por si só, não dá/dará conta de responder a todas as expressões decorrentes desse modo de produção e reprodução social, não incorrendo, assim, no superdimensionamento de sua prática. Como colocado no capítulo 4, principalmente em relação à equipe multiprofissional, o que está posto diante desses profissionais é a transformação da equipe multidisciplinar em uma equipe cujo trabalho esteja alinhado às bases de uma intervenção interdisciplinar.

Não se pode assentir que todas as avaliações periciais realizadas pela unidade do SIASS da instituição pesquisada levam em consideração a organização e o

ambiente de trabalho dos servidores. Mas a presença, a partir do ano de 2018, do registro constante do grupo de CID Z, em sua categoria Z56 (problemas relacionados com o emprego e com o desemprego), mostra conquistas, em caráter multiprofissional, ao apontar o trabalho e seus elementos decorrentes como um aspecto de grande destaque nas avaliações periciais, contemplando o ambiente e o processo de trabalho dos servidores da instituição.

A identificação de adoecimentos ou sofrimento, que podem gerar ou não afastamentos do trabalho, através da intervenção do Serviço Social, é observada em algumas situações, como: avaliações de desempenho com notas abaixo da média sem argumentação clara por parte das chefias; diferenciação de tratamento entre servidores com mais tempo e menos tempo de trabalho na instituição e entre servidores de diferentes carreiras, como os Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) e os docentes; discurso institucional referente ao estágio probatório, reforçando uma cultura de medo e silenciamento, podendo vir a facilitar situações de assédio moral e organizacional; desvio de função, acúmulo de funções e subutilização de trabalhadores.

Para além das avaliações periciais, o caminho a ser perseguido é sempre a busca da compreensão da relação entre o trabalho e a saúde, tendo como horizonte, por meio de ações de promoção da saúde, a avaliação e intervenção nos ambientes de trabalho. A elaboração do nexo causal, ainda baixo e pouco reconhecido, entre a relação do adoecimento do servidor e sua inserção no processo produtivo requer, cada vez mais, uma ação articulada entre diferentes especialidades que envolvem a assistência, promoção e vigilância em saúde capacitada a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho.

6

Considerações Finais

Chega-se à última etapa desta dissertação com a certeza de que as análises aqui expostas não se esgotaram, ao contrário, novas pesquisas serão necessárias para o aprofundamento dos resultados discutidos. Foi possível identificar algumas questões a partir do objetivo proposto, isso é, a análise das políticas referentes à saúde do trabalhador no contexto da esfera pública federal brasileira através do processo de implantação da unidade do SIASS da instituição pesquisada, tendo como referência o paradigma da Saúde do Trabalhador.

Uma dessas questões se refere ao fato de que, antes da criação do decreto 6.833, que instituiu o SIASS, por meio do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPOG) e das legislações decorrentes que compõem a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público (PASS), a administração pública federal era marcada pela ausência de uma política de atenção à saúde voltada para seu trabalhador, o servidor público federal.

Cada instituição pública, quando não caracterizada pela ausência de ações relacionadas com a atenção à saúde, estruturava seus serviços relacionados com a saúde de acordo com seu entendimento, com a gestão do momento e sua compreensão sobre a relação trabalho-saúde. Assim, os órgãos públicos, levando em consideração suas características institucionais e o quadro funcional efetivo necessário para a execução de um setor voltado para a atenção à saúde, se diferenciavam uns dos outros nos aspectos relacionados com a forma de gerir e operacionalizar esses serviços.

A ausência, portanto, de políticas para a saúde dos servidores públicos federais até o ano de 2009 foi crucial também para o não estabelecimento de um sistema informacional de monitoramento das condições de trabalho, saúde e segurança desses trabalhadores. Pela experiência vivenciada na unidade do SIASS pesquisada, observou-se que, apesar da implantação do SIASS e do sistema SIAPE/SAÚDE – responsável pelos registros referentes às ações de saúde –, ainda

persiste a falta de um boletim epidemiológico, de âmbito nacional, que contemple as informações referentes à saúde dos servidores públicos federais.

Também permanece a inexistência do registro de ações relacionadas com os exames periódicos. As informações obtidas através dessas ações não ficam disponíveis para o acesso posterior dos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, dificultando, por exemplo, a elaboração de estratégias de intervenção e a construção do histórico de saúde de cada servidor. Em contrapartida, o módulo de registro de perícias e atestados do SIAPE/SAÚDE é a parte informacional do sistema que tem maior acesso e uso por parte dos profissionais, o que indica que a execução do SIASS se concentra na realização de atos periciais e no controle de atestados médicos.

Desse modo, os três eixos de ações que devem ser contemplados no decreto de criação do SIASS e previstos no arcabouço formal da PASS, isso é, a assistência à saúde do servidor público; perícia; e promoção e vigilância à saúde dos servidores, se tornam desiguais no que se refere a sua efetivação. Os procedimentos de vigilância epidemiológica dos agravos à saúde e dos ambientes e condições de trabalho dos servidores do serviço público federal, por exemplo, já se tornam prejudicados pelo sistema informacional ainda deficiente nos aspectos acima relatados e também pela realização dos acordos de cooperação técnica, regulamentados pela Portaria nº 1.397 de 2012.

Na unidade do SIASS da instituição pesquisada, a realização de atos periciais de servidores de outros órgãos federais impossibilita o acompanhamento do quadro de saúde e a intervenção no processo saúde-doença, haja vista que os profissionais que atuam na unidade do SIASS não terão a gerência de atuar no órgão de origem de cada servidor, seja por meio da avaliação dos ambientes de trabalho ou do acompanhamento multiprofissional ao servidor. Não será permitida, assim, a construção de um perfil epidemiológico daquele órgão, pois a preocupação principal se torna apenas a homologação de atestados e a realização de perícias singulares e de juntas médicas.

Observou-se ainda a ausência de incentivos a programas de capacitação para as gestões locais das unidades do SIASS e para os profissionais que compõe as equipes; a inexistência de conferências que possam discutir, avaliar e aprimorar as

ações em saúde do trabalhador no serviço público federal, conforme ocorre em outras políticas como as da Assistência Social e da própria Saúde; e a criação de unidades do SIASS sem um planejamento prévio da equipe multiprofissional necessária para atuar nas diversas ações previstas.

A partir da atuação do Serviço Social, outra questão que pôde ser discutida, e que se configura ainda como um desafio para toda a administração pública federal, é a atenção que devemos dar a vigilância em saúde do trabalhador. O adoecimento do servidor deve sempre ser relacionado com o processo que cerca seu cotidiano laboral, como o ambiente de trabalho e as atividades por ele realizadas. A equipe multiprofissional precisa estar atenta para contemplar uma diversidade de fatores que podem estar envolvidos na determinação social do processo saúde-doença, principalmente no tocante às doenças mentais e comportamentais relacionadas com o trabalho.

É fato que há casos de afastamentos de trabalhadores que são causados, de forma predominante, por razões de natureza propriamente biológica e química, todavia, há muitos outros que estão relacionados com as formas de organização e gestão do trabalho ou até mesmo da ausência de trabalho.

Nos anos de 2018 e 2019 identificou-se o surgimento e aumento do grupo de CID Z, especificamente a subcategoria Z56 correspondente a “Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego”, que ratifica a necessidade da prática do estabelecimento dos sintomas apresentados pelo servidor com seu cotidiano de trabalho. A equipe multiprofissional tem importância ímpar nesse processo de compreensão da saúde dos servidores como a elaboração de estratégias de ações que visem à intervenção nas condições de trabalho adoecedoras.

A presença e o registro do grupo de CID Z, portanto, além de revelar o olhar qualificado da equipe para os determinantes de saúde dos servidores, aponta também para o debate em torno da individualização e medicalização do adoecimento. Segundo Leão (2014), no decorrer da história da sociedade, o sofrimento e adoecimento humano foram, gradativamente, encarados como doenças, patologias e transtornos, escamoteando o fato de que a causalidade desses problemas nem sempre reside no corpo biológico ou nas esferas psíquicas, mas sim nas relações sociais.

Nesse sentido, a ênfase dada aos sintomas apresentados pelo trabalhador, e a decorrente medicalização, dificulta a busca pela “compreensão das manifestações de sofrimento como decorrentes das relações sociais e de trabalho, naturalizando-as e culpabilizando os indivíduos pelo seu sofrimento, frequentemente interpretado como fraqueza, fingimento e fantasia” (LEÃO, 2014, p. 33).

A alta prevalência do grupo de CID F (transtornos mentais e comportamentais) em determinados grupos ocupacionais ou em trabalhadores de um mesmo local, como é o caso da instituição pesquisada, é um dado que revela que pode estar ocorrendo a ocultação da verdadeira causa do adoecimento. Corresse, então, o risco de se limitar a intervenção sobre o quadro de saúde de determinado trabalhador à sua instância individual, inibindo a elaboração de estratégias de cunho coletivo que visem o enfrentamento dos imperativos prejudiciais à saúde provocados pelas formas de gestão e organização do trabalho.

Contudo, é importante dizer que decifrar essa questão não é nada fácil, ao contrário, já que se trata de um tema complexo e, conforme identificou Merlo (2011), cercado pela dificuldade de se criar instrumentos e referenciais metodológicos para a identificação donexo causal entre a saúde mental e o processo de trabalho que possam ser implantados nos serviços especializados em ações em saúde do trabalhador.

Por fim, é necessário dizer que o processo de pesquisa e escrita sobre o processo de implantação do SIASS e sobre toda a legislação que envolve as ações em saúde do trabalhador na administração pública federal não foi tarefa fácil. A cada notícia, ou melhor, a cada retrocesso divulgado em forma de decretos e portarias, o mais recente datando de fevereiro de 2020, colocando uma série de dúvidas sobre a continuidade de algumas ações do SIASS na administração pública federal (Medida Provisória nº 922 no seu artigo 3º que diz que a avaliação pericial realizada pela perícia médica federal dispensa a necessidade de junta médica ou de perícia por cirurgião-dentista) se constitui como mais um duro golpe para todos aqueles que trabalham e estão inseridos na administração pública federal. Ainda que se possam apontar várias questões problemáticas na política é, contudo, necessário reconhecer também seus avanços, de tal forma que a possibilidade do

fim de algumas dessas ações do SIASS não se configura como uma medida acertada.

Como assistente social, como profissional que compõe a equipe de uma unidade do SIASS e, principalmente, como trabalhadora e servidora pública, o que nos motiva a continuar a pensar, refletir e intervir em ações referentes à saúde dos trabalhadores é o conhecimento de que a realidade que nos cerca não é estática e tampouco imutável, mas sim o oposto, ela é dinâmica, ela é movimento e, sobretudo, ela se transforma. E essa transformação, em especial, dos modos de produção e reprodução social a que estamos submetidos, é o horizonte que devemos perseguir sempre. O horizonte de uma prática multiprofissional integrada e articulada com competência para considerar o trabalhador em seus mais variados aspectos, inclusive o de que ele é partícipe e sujeito dessa própria mudança.

7

Referências Bibliográficas

ANDRADE, E. T.; MARTINS, M. I. C.; MACHADO, J. H. O processo de construção da política da saúde do trabalhador no Brasil para o setor público. **Configurações** (Porto), v. 1, p. 133-148, 2012. Disponível em: <<https://configuracoes.revues.org/1472&>>. Acesso em: 02 out. 2016.

ANDRADE, E.T. **O Processo de Implementação da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador em Instituições Públicas Federais: o desafio da integralidade**. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz.

ANDREAZZI, M.F.S; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2019.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.

ARAÚJO, A. P. **Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal: um estudo sobre a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor SIASS (2009-2013)**. São Paulo, 2017. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

BARROS, B. T. S; BRITO, A. E. C. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. **O social em questão**. Ano XXII, n. 44, p. 67-86, 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art3.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BEHRING, E. R. A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil. **Revista Ser Social**. v. 18, n. 38, 2016.

_____, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2009.

BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. de S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39 n. 106, p. 841-854, 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00841.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2019.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. Lei nº 8.112, 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8112cons.htm>. Acesso em: 15 fev. 2016.

_____. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. **Câmara da Reforma do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Lei 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm>. Acesso em: 14 maio 2019.

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (2004), Brasília, DF. [Online] Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2016.

_____. Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal. “Um Projeto em Construção Coletiva”. Outubro de 2008.

_____. Decreto nº. 6.833, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Disponível em <<http://www.dji.com.br/decretos/2009-006833/2009-006833.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão pública. Portaria normativa nº 2, de 22 de março de 2010.

_____. Decreto nº 7.602/2011, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 9 abr. 2019.

_____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 de agosto de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 9 abr. 2019

_____. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em 18 out. 2018.

_____. Lei 13.429 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13429.htm>. Acesso em: 18 out. 2018.

_____. Lei 13.467 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm>. Acesso em: 18 out. 2018.

_____. Decreto nº 9.507 de 21 de setembro de 2018. Dispõe sobre a execução indireta, mediante contratação, de serviços da administração pública federal direta, autárquica e fundacional e das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9507.htm>. Acesso em: 11 dez. 2019.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. S ET AL (orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 1ªed. São Paulo: OPAS, OMS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CORTEZ EDITORA, 2006, v.1, p88-110.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 2ed. São Paulo: Cortez, 2007, v. 1, p-88-110.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____; M. I. S; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BUSS, P.; FILHO, A. P. Determinantes Sociais da Saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1), p. 77-93, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2019.

CARDOSO, C. G; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 85-112, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/05.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2020.

CASTRO, L. C. F. **Afastamento por motivo de saúde como perspectiva de análise da relação trabalho-saúde: estudo de caso dos servidores do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CHIAVEGATO FILHO. L. G; NAVARRO, V. L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e avanço da ideologia gerencialista. **Revista Pegada Eletrônica**, 13 (2), 67-8, 2012. Disponível em:< <http://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/view/2023/1920>>. Acesso em 20 ago. 2018.

COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; FILHO, J. M. J.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma saúde pública. **Revista brasileira de Saúde Ocupacional**, v 38, p. 11-30, São Paulo, 2013. Disponível em: < [http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/artigos/2014/Saude do Trabalhador no SUS de safios pa](http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/artigos/2014/Saude%20do%20Trabalhador%20no%20SUS%20de%20safios%20pa)>. Acesso: 29 mar. 2019.

DEJOURS, C. **Repressão e subversão em psicossomática**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1991.

DI PIETRO, M, S, Z. **Direito Administrativo**. 20ed. São Paulo: Atlas, 2007.

DRAIBE, S. M. Políticas sociais e o neoliberalismo. Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo. **Revista da USP**, n. 17. São Paulo: USP, mar/abr/mai, 1993.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: velhos e novos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, número especial 01, p. 37-57, 2011. Disponível em: <http://www.ufjf.br/angelo_esther/files/2012/10/RH-I-PRECARIZA%C3%87%C3%80O-DO-TRABALHO-2011>. Acesso em: 25 abril de 2018.

DRUCK, G; FILGUEIRAS, L. “Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34, jan./jun, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a04.pdf>>.

ESPING-ANDERSEN, G. As Três Economias Políticas do Welfare State. **Lua Nova - CEDEC**, n. 54, São Paulo, 1991.

FADEL VASCONCELLOS, L. C. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado EM Saúde Pública) –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

FARIA, F. R. **Transformações no mundo do trabalho: reflexões, políticas e perspectivas para a saúde do Trabalhador Público Federal**. Juiz de Fora, 2017. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

FÁVERO, E. T. O Estudo Social - fundamentos e particularidades de sua construção na Área Judiciária. In: CFESS. (Org.). In: **O Estudo Social em Perícias, Laudos e Pareceres Técnicos contribuição ao debate no Judiciário, Penitenciário e na Previdência Social**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2003, p. 09-51.

FORTI, V.; GUERRA, Y. Na prática a teoria é outra? In: **Serviço Social: Temas, Textos e Contextos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012, p. 3-22.

FRANCO, T; DRUCK, G. O trabalho contemporâneo no Brasil: terceirização e precarização. In: **Seminário Fundacentro**, 2009.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Aparecida: Ideia Letras, 2007.

GOMES, E. S; ANSELMO, M. E. O; LUNARDI FILHO, W. D. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. 3, p. 472-480, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n3/v53n3a17.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2020.

HARVEY, D. **O neoliberalismo**. História e implicações. Edições Loyola, São Paulo: 2005.

IAMAMOTO, M; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-sociológica**. São Paulo: Cortez/Celats, 1982.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA. Aracajú: 2015. 4v Atas. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

LACAZ, F. A. C. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza et al (Org). **O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

_____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p. 757-766, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2016.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social, In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983, p. 133-158.

LEÃO, L. H. C. **Nas trilhas das cadeias produtivas: subsídios para uma política integradora de vigilância em saúde**. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública.

_____; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). **Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 453-489.

LINHART, D. Modernização e precarização da vida no trabalho. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 45-54.

MACHADO, J. P. Saúde do servidor público federal: política, discursos e práticas prescritas. In: Maria Chalfin Coutinho; Odair Furtado, Tânia Regina Raitz. (Org.). **Psicologia Social e Trabalho: perspectivas críticas**. 1ed. Florianópolis: ABRAPSO Editora / Edições do Bosque CFH/UFSC, v.1, p 64-91. 2015. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD=475&g>. Acesso em: 1 dez. 2016.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.667-1.676, jun. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/18.pdf>>. Acesso em; 23 mar. 2019.

MARTINS, M. I. C. et al. A política de atenção à Saúde do Servidor Público Federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 5, p. 1429-1440. 2017. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/141381232017225.33542016>>.

MARX, K. O capital: crítica de economia política. Livro I. **O processo de produção do capital**. Traduzido por Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo. 2013.

MENDES, J. M. R. et al. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Argumentum**, Vitória, ES, v. 7, n. 2, p. 194-207. jul./dez. 2015.

MENDES, R; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública [online]**, v. 25, n. 5, p. 341-349. 1991. ISSN 1518-8787. Disponível

em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

MENDES, J. M. R; WUNSCH, D. S. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, julho/setembro. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n107/05.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2018.

MENEZES, J. S. B. Os governos do PT e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”. In: Maria Inês Souza Bravo; Juliana Souza Bravo de Menezes (Org). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

MERLO, A. R. C. Sofrimento Psíquico e Atenção à Saúde Mental. In: Álvaro Roberto Crespo Merlo, Carla Garcia Bottega e Karine Vanessa Perez. (Org.). **Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. 1ed. Porto Alegre: Evangraf, v. 1, p. 12-29, 2014.

MESQUITA, A. A. B. et al. **A questão da Saúde do Trabalhador no âmbito das Instituições Públicas: um olhar sob a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO**, 2008.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: (Org.). **Pesquisa social**. 17. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C; FADEL VASCONCELLOS, L.C; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1963-1970. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1963.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2019.

_____; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl.2, p. 21-32. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MOREIRA, M. C; ALVARENGA, R. F. C. O parecer social: um instrumento de viabilização de direitos (relato de uma experiência). In: CFESS (org.). **Estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos. Contribuição ao debate no Judiciário, Penitenciário e na Previdência Social**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

NETTO, J. P. Uma face contemporânea da barbárie. **Revista Novos Rumos**, 2013. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/novosrumos/article/view/3436/2657>>. Acesso em 06 maio 2018.

OLIVAR, M. S. P. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102. jun. 2010. Disponível em: <<mailto:http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10252.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

OLIVEIRA, L. A; BALDAÇARA, R. L; MAIA, M. Z. B. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 132, p. 156-169. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n132/0303-7657-rbso-40-132-156.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2019.

PACHECO, M. V. **Uma Análise da Implementação da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS) com Foco na Equipe Multiprofissional**. Dissertação. Rio de Janeiro, 2015. Universidade Federal Fluminense.

PAIVA, M. J; VASCONCELLOS, L. C. F. Modelo Operário Italiano – o surgimento do campo da saúde do trabalhador. In: Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel; Oliveira, Maria Helena Barros de (org.) **Saúde, trabalho e direito - Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

PASSOS, R. G; NOGUEIRA, C. M. O fenômeno da terceirização e a divisão sociosexual e racial do trabalho. **Revista Katálysis**, Florianópolis, vol 31, n. 3, p. 484-503 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v21n3/pt_1982-0259-rk-21-03-00484.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 213-226, abr./jun. 2007. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/171>>. Acesso em: 20 maio 2019.

RAMOS, L. F. C; MACÊDO, K. B. Reflexões sobre o adoecimento dos servidores técnico administrativos em educação. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 107-122, ago./dez. 2018.

REZENDE, C. A. P. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças ao Projeto Neoliberal. In: Cadernos de Saúde: política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde/organizadoras, Maria Inês Bravo [et al]. 2. Ed- Rio de Janeiro, **ADUFRJ**, 2008.

RIBEIRO, A. C. L; FERLA, A. A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 294-314, ago. 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n2/v22n2a04.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

RIBEIRO, C, V, S; MANCIBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, p. 192-207, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100015>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SANTOS, C. M. **Na Prática a Teoria é Outra? Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SANTOS, J. A. C. **Saúde do trabalhador no serviço público federal: desafios para uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho no contexto de um hospital universitário.** 2016. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

SANTOS, J. S. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SÁ-SILVA, J. R.; C. D. ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. “Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.” **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, ano. I, n. I, jul. 2009. p. 15. Disponível em: <<https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/viewFile/6/pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

SCHLINDWEIN, V. L. D. C. . MORAIS, P, R. Prevalência de transtornos mentais e comportamentais nas instituições públicas federais de Rondônia. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 17, n. 1, p.117-127. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v17n1/a09v17n1.pdf>>. Acesso em :17 jul. 2019.

SILVA, W. H. F. **Política de renda mínima no Brasil: análise dos postulados do programa bolsa família.** Juiz de Fora, 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2010/06/wesley.pdf>>. Acesso: 6 jan. 2020.

SIQUEIRA, M. V. S; MENDES, A. M. Gestão de Pessoas no Setor Público: Análise da Produção Científica Brasileira no Período 2006-2016. **PROFIAP**, 2016.

SOUZA, D; MELO, A. I. S. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Saúde do (s) trabalhador (es): do ‘campo’ à ‘questão’ ou do sujeito sanitário ao sujeito revolucionário. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 591-604. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0591.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SOUZA, K. R; MENDONÇA, A. L. O. Saúde do trabalhador e Educação: reflexões a partir do modelo operário de conhecimento. **Trabalho Necessário**, ano 11, n. 17. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/34756/20005>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

TAMBELLINI, A. T.; ALMEIDA, M. G.; CAMARA, V. M. Registrando a história da Saúde do Trabalhador no Brasil: notas sobre sua emergência e constituição. **Revista em Pauta**, n 32, v 11, p. 21-37. 2013, Rio de Janeiro.

VIEIRA, I. M. M. M. **Construção social do burnout no Brasil**: medicalização da fadiga no trabalho e seus efeitos. Rio de Janeiro, 2017. 210 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ZANIN, F. C.; KUNZLE, L. A.; PERNA, P. O.; MUNTSCH, S. M. A. Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público no Brasil. **Universidade e Sociedade** (Brasília), v. 55, p. 86-95, 2015. Disponível em: <<http://portal.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-226911099>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

8 Anexo

8.1 Anexo - Termo de Solicitação de Relatórios de Pesquisas Gerenciais do SIAPE-SAÚDE

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO
SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO SAÚDE, PREVIDÊNCIA E BENEFÍCIOS DO SERVIDOR

**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIOS DE
PESQUISAS GERENCIAIS DO SIAPE – SAÚDE
ABRANGÊNCIA LOCAL**

1 – PROCEDIMENTOS PARA A SOLICITAÇÃO, SIGILO E USO DAS INFORMAÇÕES

As informações de caráter local devem ser solicitadas por meio do preenchimento deste formulário, a ser assinado e encaminhado (em meio físico ou eletrônico fotocopiado/"escaneado") ao gestor da Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS, a qual está vinculado o órgão/entidade solicitante da pesquisa.

As informações para contatos dessas Unidades estão disponíveis no Portal do SIASS, no endereço eletrônico: <https://www2.siapenet.gov.br/saude>.

ATENÇÃO: As informações contidas nos sistemas de informação ou banco de dados da Administração Pública são protegidas por Lei e sigilo. Portanto, os relatórios de pesquisas gerenciais do SIAPE Saúde, uma vez repassados aos solicitantes informados nos itens 2 e 3 deste formulário, serão de inteira responsabilidade dos mesmos.

- DADOS DO SOLICITANTE

NOME DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

NOME DA UNIDADE:

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

TELEFONE:

NOME DO SOLICITANTE:

CPF:

CARGO/FUNÇÃO:

ASSINATURA:

DATA:

3- DADOS DO CHEFE DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

NOME:

CPF:

CARGO/FUNÇÃO:

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

TELEFONE:

TERMO DE COMPROMISSO:

Por meio deste TERMO, declaro ter ciência das limitações da base de dados e do compromisso do uso correto das informações aqui solicitadas.

LOCAL E DATA:

ASSINATURA:

4 - RELATÓRIOS DO SIAPE-SAÚDE QUE O SOLICITANTE TEM INTERESSE E USO DAS INFORMAÇÕES**RELATÓRIOS DO SIAPE-SAÚDE**

<input type="checkbox"/>	AFASTAMENTOS POR CARGO	<input type="checkbox"/>	PERÍCIAS CONCLUÍDAS POR TIPO DE PERÍCIA
<input type="checkbox"/>	AFASTAMENTOS POR CID (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS)	<input type="checkbox"/>	PERÍCIAS POR PERITO E SITUAÇÃO
<input type="checkbox"/>	AFASTAMENTOS POR LOCAL DE TRABALHO	<input type="checkbox"/>	PERÍCIAS POR UNIDADE DO SIASS E SITUAÇÃO
<input type="checkbox"/>	CONSULTAS AFASTAMENTOS	<input type="checkbox"/>	REGISTRO DE ATESTADO POR CID
<input type="checkbox"/>	PARECERES POR FORMAÇÃO	<input type="checkbox"/>	REGISTRO DE ATESTADO POR FAIXA ETÁRIA
<input type="checkbox"/>	PARECERES POR MEMBRO DO QUADRO MULTIPROFISSIONAL	<input type="checkbox"/>	REGISTRO DE ATESTADO POR PROFISSIONAL
<input type="checkbox"/>	PERÍCIAS CONCLUÍDAS POR FAIXA ETÁRIA	<input type="checkbox"/>	REGISTRO DE ATESTADO POR TEMPO DE AFASTAMENTO
<input type="checkbox"/>	PERÍCIAS CONCLUÍDAS POR RESULTADO	<input type="checkbox"/>	REGISTRO DE ATESTADO POR UNIDADE DO SIASS
<input type="checkbox"/>	PERÍCIAS CONCLUÍDAS POR TEMPO DE AFASTAMENTO	<input type="checkbox"/>	SERVIDORES AFASTADOS POR FAIXA ETÁRIA

VALIDADE DO USO DAS INFORMAÇÕES:**5 - APROVAÇÃO** (preenchimento exclusivo do responsável/gestor da Unidade do SIASS) APROVADO INTEGRALMENTE APROVADO COM RESTRIÇÃOJUSTIFICATIVA:

UNIDADE DO SIASS FORNECEDORA DAS INFORMAÇÕES

NOME DA UNIDADE: _____.

LOCAL DA UNIDADE: _____.

TELEFONE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL/GESTOR: _____

DATA: ____ / ____ / ____ ASSINATURA E CARIMBO: